

---

## TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI BAĞLAMINDA ŞEHİR HASTANELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA<sup>1</sup>

---

*Durmuş GÖKKAYA<sup>2</sup> Ramazan ERDEM<sup>3</sup>*

### Öz

Şehir hastaneleri modelinin yapısı, yöntemi, işleyişi, avantajları ve dezavantajları, finansal sürdürülebilirliği ve gelecekteki riskler gibi konuları derinlemesine inceleyip, modelin yönetsel, finansal, hukuki ve sözleşmesel boyutlarının değerlendirilmesini yaparak, şehir hastaneleri hakkında genel bir çerçeve ortaya koymaya çalışmak bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Çalışma nitel araştırma yöntemi kapsamında yürütülmüştür. Desen olarak fenomenolojik yöntem kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme ve kartopu tekniği kullanılarak araştırmanın katılımcıları belirlenmiştir. 24 kişiyle yapılan derinlemesine görüşme sonucunda araştırmanın verileri elde edilmiştir. Veriler Maxqda analiz programıyla çözümlenerek analiz edilmiştir. Sonuç olarak, şehir hastanelerinin avantajları olarak, yeni tesisler olmasından kaynaklı fiziksel imkânları oldukça iyi olarak görülmektedir. Hastanelerin modern bir yapısı, ferah dinlenme salonlarının olması, nitelikli yataklara sahipliği ve teknolojik donanımıyla iyi bir konumda olduğu dikkat çekmektedir. Otelcilik hizmetleri olarak kaliteli hizmet ve temizlik gibi konularda da avantajlar sağlandığı görülmektedir. Dezavantajları olarak ise, başta şehir hastanelerinin kamu yatırımlarına göre çok daha maliyetli olması gelmektedir. Uzun süreli sözleşmelerle yönetilecek olmasıyla birlikte bu sözleşmelerin içerdiği bazı yükümlülük problemleri de vardır. Bunların yanında, özellikle büyük şehirlerde kuruluş yerlerinin yanlış seçimi ve planlama hataları beraberinde ulaşım problemlerini getirmiştir. Yine özellikle büyük şehirlerde yatak kapasiteleri olarak büyük hastanelerin kurulması ve bunlara bağlı olarak da hastanelerde gereksiz maliyetlerin oluşması, verimlilik ve etkililik gibi konularda soru işaretleri içermesi de önemli bir dezavantaj olarak durmaktadır.

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

**JEL Sınıflandırması:** H51, I10, I18.

---

## EVALUATION OF CITY HOSPITALS IN THE CONTEXT OF PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN TURKEY: A QUALITATIVE RESEARCH

---

### Abstract

The aim of this study is to examine the administrative, financial, legal and contractual dimensions of the model and to reveal a general framework about city hospitals by thoroughly examining the structure, method, operation, advantages and disadvantages of the city hospitals model, financial sustainability and future risks. The study was carried out within the scope of qualitative research method. The phenomenological method was used as a pattern. The participants of the research were determined by using criterion sampling and snowball technique. As a result of the in-depth interview with 24 people, the data of the research were obtained. The data were analyzed by resolve with Maxqda program. As a result, as the advantages of city hospitals, the possibilities of physics arising from the fact that they are new facilities are considered to be quite good. It is remarkable that the hospitals are in a good position with a modern structure, spacious lounges, quality beds and technological equipment. It is seen that advantages such as quality services and cleaning are provided as hotel services. The disadvantages are that at the outset city hospitals are much more costly than public investments. Although it will be managed with long term contracts, there are some liability problems that these contracts include. In addition to these, wrong choice of establishment locations and planning errors brought along transportation problems especially in big cities. It is also an important disadvantage that the establishment of large hospitals as bed capacities especially in big cities, and consequently, unnecessary costs in hospitals, including question marks on issues such as efficiency and effectiveness.

**Keywords:** Public Private Partnership, Health Sector, City Hospitals, Qualitative Research.

**JEL Classification:** H51, I10, I18.

---

<sup>1</sup> Bu çalışma yazarın SDK-2019-6931 no'lu Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından desteklenen doktora tezinden üretilmiştir.

<sup>2</sup> Dr. Arş. Gör., Yozgat Bozok Üniversitesi, durmusgokkaya@gmail.com, ORCID: 0000-0002-6713-1748

<sup>3</sup> Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, ramazanerdem@sdu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-5986-8280

## 1.Giriş

1980'lerden bu yana serbest piyasa ekonomi sistemi baskın bir şekilde dünyada genel kabul görmektedir. Yaklaşık kırk yıldır dünya üzerinde, devletin ekonomik hayatta daha düzenleyici bir rol alması ve kamu hizmetlerinin özellikle de altyapı yatırımlarının özel sektör tarafından piyasa ekonomisi dinamikleri içerisinde gerçekleştirilmesi düşüncesi daha da önemli hale gelerek kullanılmaya başlanmıştır (Sarcan, 2017: 2-3). Küreselleşme hareketleri sonucu devletin her alanda elinin bulunmasından ziyade küçültülmesi gerektiğini savunulmuştur. Bu uygulamaların sonucu olarak devletler siyasal ve yönetsel anlamda büyük dönüşümler yaşamışlardır. Bu dönüşümler mali anlamda özelleştirme ve devletin faaliyet içinde olduğu bazı sektörlerden çekilmesi ve bunun sonucu olarak yerel faaliyetlerin işlerlik kazanması sonucunu doğurmuştur (Mamur Işıkçı, 2016: 732). Diğer bir ifadeyle günümüz dünyasında kamunun rolünde birtakım değişiklikler meydana gelmiştir. Kamu hizmet üretip bunu sunma anlayışından vazgeçerek hizmetlerin işleyiş ve sunumlarını özel sektör temsilcilerine devredip kendisi politika, düzenleme ve denetim alanlarına yoğunlaşmıştır. Yani hizmet üretip kürek çeken bir kamu anlayışından, dümen tutan ve kontrol etmek isteyen bir anlayışa doğru geçiş olmaktadır. Bu durumda kamu anlayışında yeni bir paradigma değişikliği olduğu görülmektedir. Diğer yandan sosyal devlet olmanın bir gereği olan hizmet sunumu sürecinde kamu kaynaklarının yetersiz kalmasıyla, devlet özel sektör kuruluşlarını bu sürece dâhil etmek durumunda kalmıştır. Önceleri özelleşme şeklinde olan bu dâhil edilmiş, bugünlerde kamu özel ortaklığı modeliyle karşımıza çıkmaktadır.

Serbest piyasa ekonomisiyle ya da neoliberal politikalarla birlikte sağlık hizmetlerinde de değişim ve dönüşümler yaşanmaktadır. 1980'li yıllardan itibaren hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli reform atılımlarının olduğu bilinmektedir. Nüfusun çoğalması, hastalıkların artması, yaşlı nüfus oranının yükselmesi ve sağlık hizmetlerindeki teknolojik yenilenmenin devletin bütçesi üzerine baskılar getirmesi bu reformların en temel göstergeleri olarak bilinmektedir. Bu kapsamda kamu sektörünün yürüttüğü sağlık hizmetlerini, özel sektörle ve çeşitli piyasa aktörleri ile paylaşması bir çözüm olarak sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasa temelinde yeniden kurgulanması reformların ana unsurunu oluşturmakta, IMF ve Dünya Bankası gibi kurum ve kuruluşlar tarafından da oldukça desteklenmektedir. Bu yeni durumda devletin rolü, sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen, kurallar koyan ve sağlık hizmetlerini özel sektör eliyle sunulmasını sağlama şeklinde dönüşüme girmiştir. (Günaydın, 2011: 323). Yıllar geçtikçe sağlık hizmetlerine olan talep artmış ve bu durumda sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Sağlık teknolojilerinin gelişim göstermesi ile birlikte kamunun bu hizmeti sunması zor bir hal almıştır. Akla gelecek tüm sektörler için geçerli olduğu gibi sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan işgücü, sermaye ve teknoloji gibi ana kaynaklar sınırsız bir şekilde bulunmamaktadır. Bu noktada ülkeler vatandaşlarının sağlık hizmeti alması ve kaliteden ödün vermemek adına bu çıkmazdan kurtulmak istemektedir (Paksoy, 2017: 10). Bu sebepten ötürü hizmet sunumu açısından dünyada değişen kamu yönetimi modeliyle devletlerin hizmet sunumlarında bizzat sağlayıcı olması rolünün farklılık gösterdiğini ifade etmek mümkündür. Bu sebeple hizmet sunumunda ortaya yeni anlayışların çıktığı bilinmektedir. Bunların da en yaygınlık kazananı kamu özel ortaklığı modeli olarak ifade edilebilir.

Bu kapsamda paradigma değişimiyle birlikte devletler 1980 sonrasında yeni bir kamu yönetimi anlayışı ile idare edilmeye başlanmıştır. Bu yönetim anlayışının Türkiye'de sağlık alanına yansıyan yönü ise Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak geçmektedir. Bu program neticesinde amaçlanan Sağlık Bakanlığı'na idari ve fonksiyonel bakımdan planlayan ve denetleyen bir sorumluluk yüklemektir. 2003 sonrasında hayata geçirilen bu programın uygulanmaya başlaması ile sağlık kuruluşları çok başlıktan kurtulup tek bir çatı altında toplanmıştır. Bu uygulamalara ek olarak hastaneler idari ve mali bakımdan özerk bir yapıya kavuşmaları için çalışmalar yürütülmüştür. Aile hekimliği sistemine geçilmesi, tüm vatandaşların genel sağlık sigorta kapsamına alınması ve kamunun yetersiz kaldığı yerlerde özel sağlık sektörünün teşviki bu sistemin öngördükleri arasında sayılmıştır (Beylik vd., 2015: 188-189). Günümüz itibarıyla hayata geçmiş ve geçmeye de devam eden "Şehir Hastaneleri Projeleri" bu programın kapsamı içinde ele alınmaktadır. Diğer bir ifadeyle

SDP çerçevesinde sağlık sektöründe meydana gelen reformlardan biri de KÖO modeliyle finansmanı, kurulması ve işletilmesi sağlanan şehir hastaneleri projeleri olmuştur.

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

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

## 2. Araştırmanın Metodolojisi

### 2.1. Araştırmanın Amacı

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

1. Şehir hastaneleri yatırımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.1. Sağlık hizmetleri için doğru bir yatırım olduğunu düşünüyor musunuz?

2. Şehir hastanelerini sözleşmeler boyutuyla değerlendirdiğinizde neler söyleyebilirsiniz?

2.1. Sözleşmelerle ilgili problemler olduğunu düşünüyor musunuz?

3. Şehir hastanelerinin finansal yönden sürdürülebilirliği ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

4. Şehir hastaneleri modelinin yönetim yapısı ve işleyişi ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

4.1. İşleyişle ilgili sorunlar var mı? Bununla ilgili neler söyleyebilirsiniz?

5. Şehir hastanelerini avantajlar ve dezavantajlar yönünden değerlendirdiğinizde neler ifade edebilirsiniz?

6. Şehir hastanelerini gelecekte öngördüğünüz riskler üzerinden değerlendirebilir misiniz?

7. Şehir hastaneleri ile ilgili eklemek istediğiniz ya da herhangi bir öneriniz var mı?

### 2.2. Araştırma Probleminin İfadesi

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

### 2.3. Araştırmanın Yöntemi ve Deseni

Şehir hastaneleri modeli ile ilgili akademisyen, üst düzey yönetici hekim ve uzmanların deneyim, bilgi, tecrübe, duygu ve düşüncelerini derinlemesine ortaya koymak için nitel araştırma yönteminin kullanılması planlanmıştır. *Nitel araştırma, sosyal ya da beşeri bir probleme bireylerin veya grupların atfettiği anlamları keşfetme ve anlamaya yönelik bir yaklaşımdır* (Creswell, 2016: 4). Bunun yanında, araştırma konusu bütüncül bir yaklaşımla belirlenip, olay ya da olgular doğal ortamları içinde ele alınarak, tümevarım ilkesi çerçevesinde, katılımcıların bir fenomenle ilgili algı ve deneyimlerini ortaya koymaya çalışan bir yöntemdir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 43-47).

Bu çalışma, nitel araştırma desenlerinden biri olan Fenomenoloji (olgu bilim) deseni kapsamında yürütülmüştür. *Fenomonolojik çalışmalarda "genellikle belli bir olguya ilişkin bireysel algıların veya perspektiflerin ortaya çıkarılması ve yorumlanması amaçlanır"* (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 69). Fenomonolojik desen, olayları, durumları, tecrübeleri, kavramları incelemek ve açıklamak için sosyal bilim alanında son zamanlarda oldukça kullanılmaktadır.

### 2.4. Araştırmanın Katılımcıları

Nitelikli ve çeşitli bilgilerin elde edilebilmesi için bu çalışmada amaçlı örneklem yönteminin bir türü olan ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bunun yanında kartopu tekniğinden de faydalanılmıştır. Creswell ve Clark (2018: 185-186)'e göre nitel araştırmalarda amaçlı örneklem, araştırmacıların çalışmalarında inceledikleri temel fenomen veya anahtar kavram hakkında deneyimi olan ve bilinçli olarak seçilen kişilerden meydana gelir. Amaçlı örneklemin en yaygın stratejilerinden biri, içinde merkezi fenomen hakkında değişik bakış açılarına sahip kişiler arasından seçilen farklı bireylerden meydana gelen, maksimum çeşitlilik örneklemesidir. Bu çalışmada da bu örnekleme çeşitliliği sağlanmaya çalışılmıştır.

Araştırmada kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt ve kartopu örnekleme yöntemleri aracılığıyla ulaşılan 24 katılımcının görüşme bilgileri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Görüşme Bilgileri

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

Araştırmada 9 akademisyen, 3 uzman, 5 şehir hastanesi kamu yönetici, 4 şehir hastanesi şirket yöneticisi, 2 uzman hekim ve 1 hukukçu ile toplamda 24 görüşme yapılmıştır. Katılımcıların 4'ü kadın 20'i ise erkek yönetici, hekim, uzman ve akademisyenlerden oluşmaktadır. Görüşmeler en uzun 67 dakika 10 saniye, en kısa görüşme ise, 20 dakika 30 saniyedir. Katılımcıların hepsi şehir hastaneleri ile ilgili oldukça fazla bilgiye sahiptir. Bir diğer durum ise bazı katılımcılar, ses kaydına izin vermemiş, görüşmeler not alma şeklinde sürdürülmüştür. Katılımcılarının ifadeleri bu süreçte eksiksiz olarak not alınmıştır. Notların bazı yerleri tekrar edilerek karşılıklı pekiştirilmiştir. Bunlarla ilgili olarak tahmini görüşme süreleri belirlenmiştir. Araştırmada verilerin tekrar etmeye başlaması ve doygunluğa ulaşmasıyla 24. katılımcıyla birlikte görüşmelerin sonlandırılmasına karar verilmiştir.

### 2.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşme verileri katılımcının onayına göre ses kayıt cihazı ya da not tutma şeklinde elde edilmiştir. Görüşmeler 2019 yılının Ekim-Aralık aylarında iki buçuk aylık bir süreçte tamamlanmıştır. Bu süreç içerisinde Türkiye'de açılan bütün şehir hastanelerine ulaşılacak istenerek çoğu illere randevulara göre gidilmiştir. Türkiye yelpazesinde bir araştırma yapılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda İstanbul, Ankara, Bursa, Adana, Yozgat, Isparta ve Kayseri illerinde görüşmeler yapılmıştır.

### 2.6. Araştırma Verilerinin Analizi

Bu çalışmada analiz yöntemi olarak yorumlayıcı fenomolojik analiz kullanılmıştır. Nitel araştırmada analiz süreci verilerin organizasyonunu, veri tabanının ön okuma işleminden geçirilmesi, sonra verileri kodlamayı ve kodların bir araya getirilmesiyle temalara indirgemeyi, son olarak veriyi şekiller ya da tablolarla sunarak bunların yorumlanmasını içermektedir. Bu çoğu çalışmada ifade edildiği gibi araştırmacıların kullandığı genel bir süreçtir (Creswell, 2018:179-180). Bu çalışmanın analiz süreci ise, öncelikle ses kayıt cihazıyla elde edilen verilerin tamamı dinlenerek, microsoft word programında metne dönüştürülmüştür. Ses kayıtların dökümleri, veri kaybolmaması için dikkatli ve titizlikle yürütülmüştür. Tüm dökümler bittikten sonra kontrol amaçla tekrardan bir daha gözden geçirilmiştir. Dökümü çıkarılan metinler eş zamanlı olarak ses kayıt cihazıyla karşılaştırmalı olarak tekrar dinlenerek kontrol edilmiştir. Böylelikle veri kayıpların önüne geçilmiş, gözden kaçan durumlar olduğunda düzeltmeler yapılmıştır. Bu süreç bittikten sonra bütün dökümler birleştirilerek kodlama sürecine geçilmiştir. Kodlamalar araştırmacı tarafından titizlikle iki defa yapılmıştır. Bir başka araştırmacı tarafından da ayrı olarak yapılmıştır. Bunların sonucunda yapılan karşılaştırmalarla kodlamaların %95 örtüştüğü görülmüştür. Bu şekilde kitapçık üzerinde kodlama tamamlandıktan sonra kodların temalaştırma sürecine geçilmiştir. Kodların temalaştırılması bir grup akademisyenin katılımıyla iki farklı oturumda yoğun ve uzun bir şekilde tartışılarak yapılmıştır. Böylelikle kod ve tema geçerliği de sağlanmıştır. Bundan sonra elde edilen kodlar ve temalar nitel analiz programlarından biri olan Maxqda 20 Pro Analytics Programı<sup>1</sup> ile analiz edilemeye devam edilmiştir. Maxqda programıyla bütün analiz süreci sistematikleştirilerek bir bütün halinde yapılmıştır. Analiz sonucunda kavram haritaları oluşturulmuştur. Bu kavram haritaları üzerinden bulgular kısmı yorumlanarak analiz süreci tamamlanmıştır.

### 3. Araştırmanın Bulguları

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

<sup>1</sup> MAXQDA: Qualitative Data Analysis Software, <https://www.maxqda.com/>, (22.02.2020).

Şekil 1. Şehir Hastanelerinin Kavram Haritası

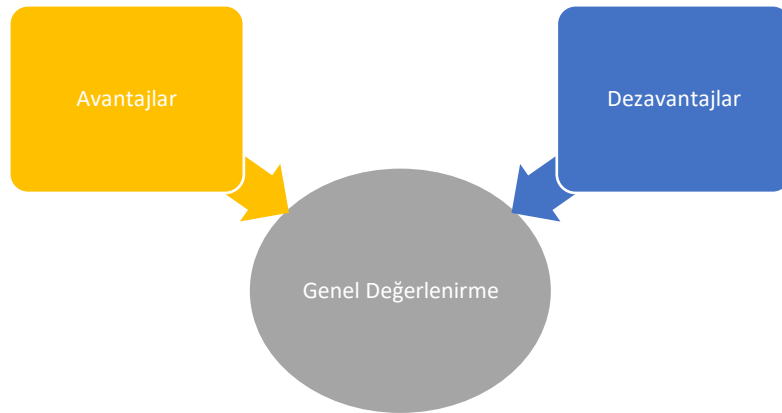


Yukarıdaki şekilde şehir hastanelerinin yatırımları, sözleşmeleri, yönetim yapısı, finansal sürdürülebilirliği, genel değerlendirme, gelecek riskleri ve önerilerle ilgili kavramsal çerçeve temel hatlarıyla görülmektedir. Bu yedi tema üzerinden çalışma yürütülmüştür. Burada makalenin sayfa sınırı nedeniyle ve geniş yer kaplamaması için sadece şehir hastanelerinin “genel değerlendirme” teması ele alınarak üzerinde durulmaktadır. Daha geniş ve diğer temalar hakkında da bilgi edinmek isteyenler yazarın doktora tezine başvurabilirler<sup>1</sup>.

### 3.1. Şehir Hastanelerinin Genel Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Şehir hastanelerinin genel değerlendirilmesine ilişkin katılımcılara “Şehir hastanelerini avantajlar ve dezavantajlar yönünden değerlendirdiğinizde neler ifade edebilirsiniz?” sorusu sorulmuştur. Katılımcıların verdikleri cevaplar “Avantajlar” ve “Dezavantajlar” olmak üzere iki tema altında toplanmıştır. Elde edilen temalara ait kavram haritası Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Şehir Hastanelerinin Genel Değerlendirilmesine İlişkin Kavram Haritası

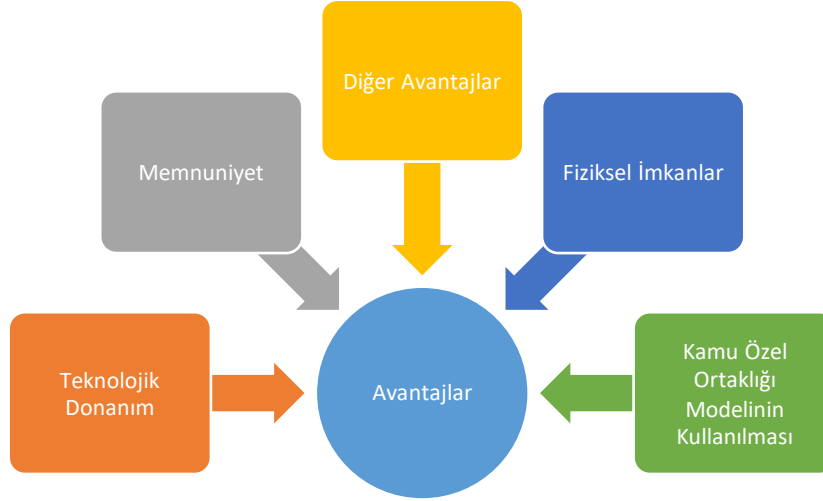


<sup>1</sup> Gökkaya, Durmuş, “Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Isparta, 2020.

### 3.1.1. Avantajlar

Avantajlar teması kendi içerisinde “fiziksel imkânlar”, “teknolojik donanım”, “kamu özel ortaklığı modelinin kullanılması”, “memnuniyet” ve “diğer avantajlar” olmak üzere beş alt temada gruplandırılmıştır. Bu kategorizasyonun kavram haritası Şekil 3’te gösterilmektedir. Bu temalardan bazılarında değinildiğinde şu ifadeler öne çıkmaktadır:

Şekil 3. Şehir Hastanelerinin Avantajlarına İlişkin Kavram Haritası



#### 3.1.1.1. Fiziksel İmkânlar

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

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

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

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

*Yani çok modern hastane binaları yapılmış oldu. (...) Bizim eski hastanelerde yatak başına, 25-30 metrekare hasta başına alan düşerken; yeni şehir hastanelerinde yatak başına 150-250 metrekare alan düşüyor. Yani yenilenmiş oldu. Hem modern anlamda hem de fonksiyonel açısından her şey yenilendi (Ahmet Bey, Uzman).*

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

*Hasta ve hasta yakınları açısından baktığımızda odaların kaliteli ve konforlu olması, poliklinik hizmetlerde yönlendirme ve veri girişler kolay yapılmakta ve hastaların istedikleri bölüme ulaşmalarını kolaylıkla sağlamaktadır (Metin Bey, Yönetici).*

*Şehir hastanelerine hasta açısından bakıldığında otel odası konforunda hizmet alıyor. Maximum bir odada iki kişi kalıyor. Çoğu tek odalıdır. Yoğun bakım odaları bile tek kişilik odalar (Hale Hanım, Yönetici).*

*Vatandaş gözüyle yeni bir hastane, odalar tek kişilik, oldukça lüks veya iki kişilik oda, odaların çoğu tek kişilik ve lüks. Bu onlar için tabi ki hem hasta hakkı, için hem insan hakları için tabi ki itiraz etmeyeceğim bir şeydir (Adem Bey, Akademisyen).*

Sonuç olarak şehir hastaneleri fiziksel imkânlar açısından oldukça avantajlıdır. Yeni yatırımların olması binalarının konforlu ve hasta odalarının tek kişilik ya da en fazla iki kişilik olması önemli bir noktadır. Şehir hastanelerinin nitelikli yatak imkânlarına sahip olması artı bir değer olarak görülmektedir. Şehir hastaneleri, sağlıkta modernizasyonun sağlanması açısından sağlık sistemine yeni bir seviye getirmiştir.

### 3.1.1.2. Teknolojik Donanım

Şehir hastanelerinin teknolojik yönü bazı katılımcılar tarafından şu şekilde ele alınmıştır:

*Teknoloji ve dijitalleşme anlamında çok önemli fırsatlar sağlıyor. Avrupa ve dünya tamamıyla dijitalleşmeye geçiyor. Kâğıtsız bir hastane olarak hizmet veriyoruz. Yine şehir hastaneleri daha iyi ameliyatlar yapılmasına olanak sağlıyor. Tıbbi ekipmanlar açısından her türlü olanağa sahip. Teknoloji seviyesi arttı (Metin Bey, Yönetici).*

*Şehir hastanelerinde kullanılan cihazlar son teknolojidir. Tüm tıbbi ekipmanlar sıfır ve yenidir. Aynı zamanda binanın kendisi yenidir. Bu durum teşhis ve tedavide artı noktaları oluşturmaktadır (Hale Hanım, Yönetici).*

*Şehir hastaneleri yatırımlarında teknoloji ön plandadır. Hiçbir devlet hastanesinde görmeyeceğiniz laboratuvar ve teknik sistemler mevcut. Halkın hizmet almaya başlamasından çıkışına kadar daha fazla iletişim ve memnuniyeti artırıcı unsurlar bulunmaktadır. Avantaj olarak şimdilik bunları söyleyebiliriz (Burhan Bey, Yönetici).*

Sonuç olarak şehir hastanelerinin diğer bir avantajlı yönü olarak teknolojik donanım ele alınmıştır. Bu noktada şehir hastaneleri teknolojik olarak donanımlı olması daha iyi sağlık hizmeti üretilmesi hususunda kolaylıklar sağlamaktadır. Teknolojik yönüyle şehir hastanelerinin sağlık sistemine olumlu bir değer kattığı katılımcılar tarafından vurgulanmaktadır.

### 3.1.1.3. Otelcilik hizmetleri

Otelcilik hizmetleriyle ilgili kaliteli hizmet, temizlik ve yemek gibi konular yer almaktadır. Şehir hastanelerinin kaliteli hizmet sunumuyla ilgili olarak bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

*İşte şehir hastanelerinin en büyük avantajı şu bence; toplumsal yapı olarak biz maalesef hizmet ettiğimiz alanlarda kaliteye çok odaklanmıyoruz. Yani bu sağlık alanı şart değil hangi alanda olursa olsun kalite odaklılık hep ikinci planda kalıyor. Ama özel sektör dediğimiz yatırımcı grup, özellikle uluslararası alanda çalışan firmalar bu işi daha fazla önemsiyorlar. Bu kabiliyetlerden faydalanıyor olmak biz de hem anlayış yönünden hem de hizmetlerin sunumu ve kalite açısından artı bir değer katıyor. İşin bu yönüne baktığımız zaman esasında güzel bir tablo çıkıyor ortaya (Burak Bey, Uzman).*

*Çünkü devlet hastaneleriyle artık yürümüyordu. Vatandaş kapılarda sürünüyordu. Şimdi gayet kaliteli bir şekilde hizmet alıyor. Hastaların çoğu teşekkür ediyor. Şehir hastanelerinde insana değer veriliyor. Devlet hastanelerinde bu mümkün değildi. Özel sektörün temposu esasında devleti etkiliyor (Serdar Bey, Yönetici).*

*Türk sağlık hizmetleri şehir hastaneleri ile birlikte bir kademe atladı. Özellikle kalite açısından ve çalışanlar açısından gayet iyi bir ortam sağlandı. Hastalarımızın tamamıyla sağlık hizmetlerine bakış açısı değişmiş bulunmaktadır. Bunu ilk şehir hastanesi olmamızdan dolayı gördük. Şehir hastaneleriyle sağlık hizmetlerinde tamamen farklı bir basamağa geçildi. Bu kaliteli hizmet açısından, dijitalleşme, teknoloji ve otelcilik açısından ilerleme sağladı ya da basamak atlattı (Metin Bey, Yönetici).*



Şehir hastanelerinde yemek hizmetlerinin kaliteli olduğunu Serdar Bey şu cümlesiyle vurgulamaktadır:

*Yemekler dışardaki lokanta kalitesindedir. Bunu ben söylemiyorum hastalar ifade ediyor %90'lık bir beğeni var (Serdar Bey, Yönetici).*

Şehir hastanelerinin temizliğiyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

*Temizlik hizmetleri konusunda belki çok daha hızlı bir şekilde hizmet ortaya koyuluyor (Nazlı Hanım, Akademisyen).*

*Biz temiz bir sağlık hizmeti alıyoruz. Yani tertemiz hastane (Sevim Hanım, Yönetici).*

*Örneğin uygulamada da değişiklikler var. Eskiden hasta çamaşırları falan her şey birlikte yıkaniyordu. Şimdi devasa bir çamaşırhanede ayrı ayrı olarak yıkıyor. Enfekte çamaşırlar ayrı odada yıkıyor (Serdar Bey, Yönetici).*

*Ayrıca yoğun bakım hizmetleri tamamıyla devlet hastanesinden farklı. Sadece temizlik anlamında demiyoruz bunu ilaç teminleri olsun, teknolojik hizmetler olsun, yakın takibi ve doktorun takibi şehir hastanelerinde daha rahat ve daha kalitelidir (Metin Bey, Yönetici).*

*Özel şirketler teknik işleri yürütüyor. Temizlik, güvenlik vb gibi hizmetleri yürütüyor. Örneğin daha önceki hastanelere göre hastaneler daha profesyonelce temizleniyor. Özel işletmenin bu konuyla ilgili profesyonel elamanları var. En başta avantajlarından bir tanesi budur. Nitelikli temizlik oluyor. Hastaneler daha temiz ve hijyenik (İsmail Bey, Yönetici).*

Sonuç olarak şehir hastanelerinin otelcilik hizmetlerinin kaliteli olduğu vurgulanmıştır. Eski hastanelere göre daha kaliteli hizmetlerin sunulduğu dile getirilmiştir. Temizlik ve yemek hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesi dikkat çeken bir husustur.

#### 3.1.1.4. Memnuniyet

Şehir hastanelerinin memnuniyeti ilgili hasta memnuniyetinden bahsedilmiştir. Bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

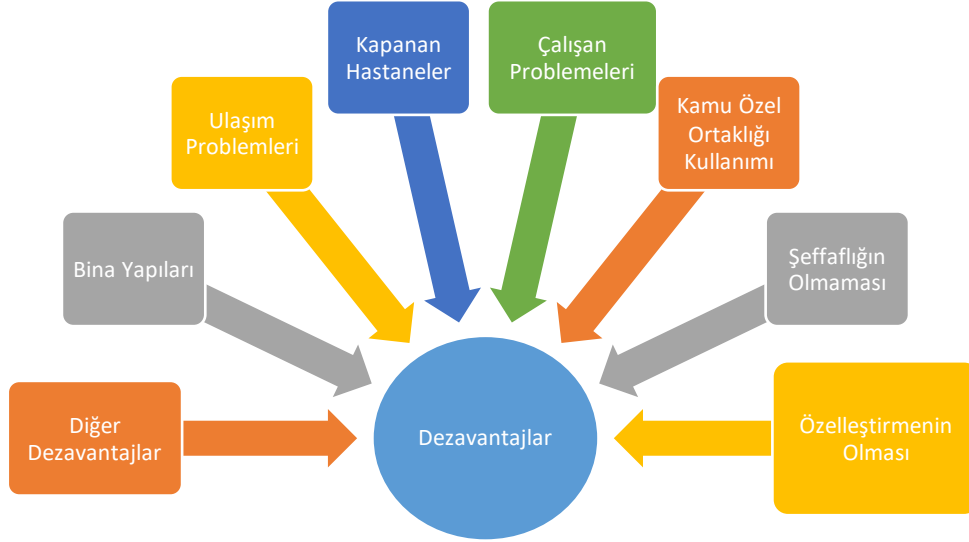
*Hastalar ilk etapta gidip gördüklerini benim söylediğim şeyi söylüyorlardı. Yani biz işte atıyorum 6 ay önce numune hastanesine gittiğimizde eski bir sağlık tesisine gidiyorduk. Şimdi bu hastanede içimiz açılıyor diye söylüyorlar. Kocaman bir bina, tertemiz her şey, bir sürü insan, hizmet veren insan sayısı artmış, yataklar temiz, eşyalar temiz, ortam çok modern. Yani bizim halkımız şeyi sever gösterişi ve gösterişten ziyade temizliği ve düzeni sever. Dolayısıyla bir sağlık tesisinde de insanlar biliyorsun hijyen arar, temizlik ister, temiz koksun ister. Bu anlamda bence hastalarda ve sağlık çalışanları da bu yönünden bence memnundur. Memnun diye düşünüyorum. Ben bir tek Adana Şehir Hastanesini gördüm. Yani gayet güzel bir tesis. Hasta olarak gitsem oraya gitmek isterim (Pakize Hanım, Akademisyen).*

*Odalar genelde tek kişilik en fazla iki kişilik haline getiriyorsunuz. Tabi bu hasta ve hasta mahremiyeti açısından ve rahatlık açısından güzel bir şeydir. Düşünün 25m<sup>2</sup> ya da 30m<sup>2</sup> odalarda hastalar tek kalıyor. Bu durum hastalar açısından ferah ve rahat bir ortam sağlıyor. Bu durumda doğal olarak hasta memnuniyetini artırıyor (İsmail Bey, Yönetici).*

#### 3.1.2. Dezavantajlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda şehir hastanelerinin dezavantajlı yönüne ilişkin bulgular elde edilmiştir. Şehir hastanelerinin dezavantajlarıyla ilgili olarak "Bina Yapıları", "Ulaşım Problemleri", "Kamu Özel Ortaklığı Kullanımı", "Çalışan Problemleri", "Şeffaflığın Olmaması", "Özelleştirmenin Olması" ve "Diğer Dezavantajlar" olmak üzere yedi tema oluşturulmuştur. Elde edilen temalara ilişkin kavram haritası Şekil 4.'te gösterilmiştir.

Şekil 4. Şehir Hastanelerinin Dezavantajlarına İlişkin Kavram Haritası



### 3.1.2.1. Bina Yapıları

Şehir hastanelerinin bina yapılarıyla ilgili olarak katılımcılar genellikle büyüklük ve mimari yapıyla ilgili problemlere değinmişlerdir. Bu yüzden bina yapıları üst teması “Büyüklük” ve “Mimari Yapı” olmak üzere iki alt temaya ayrılmıştır.

Şehir hastanelerinin büyüklükleri ilgili olarak küçük ölçekli olmaması, büyük kampüsler olması, büyüklüğün ölü alanlar oluşturması, boş olanların fazla olması, kuruluş ölçeği standardının üstünde olması, büyük alanların atıl kapasite oluşturması, konsültasyonların zor olması, etkililik ve verimlilikle ilgili sorunlar, hasta güvenliği, hastane içi ulaşım ve yorucu olması gibi noktalarda problemler çıkardığı katılımcılar tarafından ele alınmıştır. Bunlarla ilgili katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

Burhan bey şehir hastanelerinin daha küçük ölçekli olması ile ilgili görüşü şöyledir:

*Şehir hastaneleri gerçekten olması gereken doğru bir yatırım ama daha küçük ölçekli olması gerekmektedir. Yani bir Yozgat şehir hastanesi ideal ölçekte olanıdır. Büyüklük olarak örnek verebilirim. Ben Bakanlığın yerinde olsam Ankara'ya 6 tane hastane yatırımı yapardım. 6 tane 500 yataklı hastane yapardım. Her birini Ankara'nın farklı noktalarına yapardım. Böylelikle ulaşım daha iyi olurdu. Bu halkın ulaşımını daha çok kolaylaştırırdı (Burhan Bey, Yönetici).*

Şehir hastanelerinin büyüklükleri ve büyük kampüsler şeklinde olmasıyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

*Sağlık kurumlarında uygulanan bu modelin bizde çok büyük kampüsler halinde uygulanması ve sende farkındasın kamuoyunu bilgilendirmeden, yeterli analizler yapılmadan yapılması bir dezavantajdı (Pakize Hanım, Akademisyen).*

*Bu kadar büyük bir hastane yapmak mantıklı mıdır? Sağlık hizmeti vermek açısından doğru bir model midir? Bunun da ciddi bir tartışma konusu olduğunu biliyorum. Genelde uluslararası çalışmalar verimlilik olarak 200-600 yatak arasındaki optimum kapasitede çalışabileceğini söylüyor. 200'ün altında ve 600'ün üstündeki hastanelerin yönetim noktasında ve verimlilik noktasında iyi çalışmadığını vurguluyor. Nitekim hakikaten daha aylar olmasına rağmen bu hastanelerde değil mi ciddi problemleri yaşıyoruz. Kamuoyuna yansıyor, direk malzeme alımında, gerek hastanelerin işleyiş mekanizmasında, gerek yurttaşların sağlık hizmeti alırken hastane içerisinde kolay hizmet alabilmesi anlamında.*

(...) Yani hastanelerin büyüklüğünü bir dezavantaj olarak yorumluyorum (Yavuz Bey, Hekim).

Şehir hastanelerinin dezavantajlarına bakıldığında kompleks çok büyük böylece hem özelin hem de kamunun yönetmesi zor. Yani hastanenin büyüklüğü her iki yönetim açısından da kolay değil (Hale Hanım, Yönetici).

Dezavantaj olarak ise hastanenin çok büyük yapılmasını ifade edebiliriz. Ankara'nın muhtelif yerlerine daha küçük ve butik olarak hastaneler yapılsaydı. Ya da buradaki her bloğu Ankara'nın farklı yerine dağıtsaydık. Memnuniyet ve ulaşım daha iyi olurdu. Amaç tek noktadan hizmet üretmektir. Bu sonuç olarak baktığımızda büyüklük meselesi memnuniyeti azaltıcı duruma geldi. Hastanenin büyük olması spesifik noktalarda sorunlar çıkmasına sebep olabilmektedir (Burhan Bey, Yönetici).

Büyüklüğün ölü alanlar oluşturduğuyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir:

Hastanede poliklinik alanı bu kadar büyük olur mu? Doktor da şaşırıyor. Ne yapacağım ben burada diyor. Tamam, hani bir KBB'de, gözde bir cihaz oluyor, filan ama yanı sıra buranın iki katı büyüklüğünde poliklinik alanı var. Gidiyorsun, doktor sekreteri köşede durmuş diğer taraf bomboş, yani ölü alan. Yani inşaat olarak yapılırken ölü alanların fazla büyüklüğü dikkat çekiyor (Sevim Hanım, Yönetici).

Ama ben eski bir başhekimim bana desen ki hocam bu hastaneyi kamulaştırdık. Al bu hastaneyi yönet. Az önce sana söyledim. Bu kadar ölü alanın yaratıldığı, bu kadar yüksek maliyetle ancak sürdürülebilir bir yapının tasarlandığı binalarda sağlık hizmetini yürütmek çok kolay değil (Kasım Bey, Akademisyen).

Kendimden örnek vereyim mesela ben pansuman odasını kendime oda yaptım. Başka şeyim yok çünkü. Bu da dezavantaj. İşin şey kısmına belki soracaksınız. Mesela bunlar çok büyük. Kapalı alanlar çok fazla. Ama kapalı alanın kayda değer bir kısmı kullanılmıyor. Bunlar gereksiz alanlar (Adem Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin kuruluş ölçeği standardının üzerinde olmasıyla ilgili bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

Bir şey haddini aşarsa zıttına inkılap eder diye bir deyiş vardır. Haddinden fazla büyütürseniz verimsiz bir noktaya gelmiş olur ölçek itibarıyla. Yani bu fabrika değil sağlık hizmeti ki ölçek büyük olduğu zaman onu dolduramıyorsun. Anladığım ve gördüğüm kadarıyla ben bir işletmeciyim değilim ama aklın yolu bir (Selim Bey, Akademisyen).

Fakat bu hastanelerin kuruluş yeri seçimi ve ölçekleri açısından bir takım sorunlar var. (...) Bu hastaneler şehirlerin belirli bölgelerinde ve genellikle de dışında konumlandırılıyor. Bursa'daki şehir hastanesi 20 km mesafededir. Bir tek benim bildiğim Ankara ve İstanbul'dakiler şehir içinde diğerlerinin hepsi şehir dışında. Burada bu kadar devlet hastanesini kapatıp bir tane hastane kurduğunuz zaman öncelikle ölçekle ilgili bir sorun var. (...) Literatürde 200 ile 600 arasındaki yatakların etkin çalışacağı söyleniyor. Türkiye için yapılmış bir çalışmada da 400 ile 800 yatak kapasitesine sahip hastaneler verimli çalışıyor diğerleri optimal olmadığı söyleniliyor. Böyle bir sorunumuz var (Umur Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinde büyüklükten kaynaklı konsültasyonların zor olmasıyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir.

Konsültasyon hizmetlerinde çok ciddi sorunlar var. Çünkü sizin belli bir yerden başka bir yere belli zaman dilimi içerisinde konsültasyon gerçekleştirmeniz mümkün olmuyor. Bunun sonucu nedir? Konsültasyonun kâğıt üstünde yapılması maalesef ya da uzaktan, hastayı görmeden. Çünkü sistem ister istemez böyle bir tarafa doğruya götürüyor. (...) Örneğin; konsültasyona gidiyorsunuz, 20-30 dakikada bitirmeniz gerekiyor. Bitirmezseniz sürekli

size mesaj geliyor. Bitirmeniz mümkün mü? Bu kadar büyük yapılarda mümkün değil. O zaman yani siz konsültasyonu gerektiği gibi hasta başında hastayla görüşerek yapmıyorsunuz. Bilgi alarak bir takım danışmanlık gibi hizmet vermiş oluyorsunuz. Tıbbi hizmetin gerçekten burada istenildiği gibi verilmediği bir durum ortaya çıkmış oluyor (Ali Bey, Akademisyen).

Hizmete sokulan şehir hastanelerindeki uygulamalardan anlaşıldığı kadarıyla bilim dallarının değişik bloklara dağıtılmış olması tıbbi hizmetin verilebilmesi açısından önemli sorunlar doğurmaktadır. Kadın doğum hastanesine yatırılan bir hastaya istenen dâhiliye konsültasyonu için hekimler uzun mesafeler kat etmek zorunda kalmakta, vb, bu tür durumlar hizmetin ulaştırılmasını geciktirmektedir (İrfan Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin etkili ve verimliliğiyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

Şehri hastaneleri modelinin vadettiği herhangi bir şeyi gerçekleştirdiğine dair dünya örneklerinde de elimizde bir veri yok. Yani her neyi vadediyorlarsa etkililik, verimlilik vesaire gibi böyle bir takım standart başlıklar var. Etkili değil, verimli değil. Büyüklükleri nedeniyle uluslararası standartlarda zaten 200-600 yatak arasındaki hastanelerin etkili ve verimli olduğu ortaya çıkmış olmasına rağmen bu devasa şeyleri yapıp oradan etkin ve verimlilik nasıl çıkarılacak onu bilmiyoruz. Kaldı ki iktisat alanında hizmet verimliliğinin hesaplanmadığı tek alan sağlık. Dolayısıyla hizmet verimliliğinin ölçüsünü nereye koyacaksınız? (Çiğdem Hanım, Avukat).

Hastanelerde biliyorsunuz verimlilik denilen bir kavram çok ön plandadır. Sağlık yönetiminin temel ilkelerinden bir tanesidir. Hastane verimliliğini ölçtüğümüz çok sayıda parametreler var. Ama makro parametreler açısından bakıldığında bir tanesi hastanelerin yatak kapasitesidir. Dünyadaki son araştırmalara bak en son 2017 yayınlanan bir meta-analiz var. 105 tane araştırmayı karşılaştırmışlar. Bundan sonuç nedir? 200 yatağın altında ve 600 yatağın üstünde hastaneler verimsiz. Şimdi ŞH daha en baştan çok yüksek yatak sayısı ile Ankara'daki hastane yatak sayısı 3000 üzerinde. Artık bir hastane olmak özelliğini bir kenara bırakıp bir tedavi edecek hizmet fabrikası biçimine dönüşmüş durumdadır. Dolayısıyla makro düzeyde bakacak olursak verimsizdir. (...) Dolayısıyla gelecek açısından ben şehir hastanelerini Türkiye sağlık sistemi açısından sıkıntılı buluyorum. (...) Bizim bu verimsiz yöneme yönelmemiz Türkiye'den finansal hem yönetsel hem de hasta güvenliği açısından sorunlar oluşturabilir diye düşünüyorum (Kasım Bey, Akademisyen).

Şehir hastanelerinin büyüklüğünden kaynaklı hastane içi ulaşım ile ilgili problemleri bazı katılımcılar şu şekilde açıklamıştır:

Mekânın içerisine gittiği zaman da büyük zorluklar yaşadığını görüyoruz. Zaman zaman haberlere de konu oluyor. Biliyorsunuz hastanelerde bunu çözmek için bina içi ulaşım araçları kullanılıyor. Bunun ötesinde vatandaş aynı o büyük ölçekli hastane içerisinde çeşitli tetkiklerini yaptırmak için muayene olduğu yerden daha çok uzakta yerlere gidip gelmek durumunda kalıyor. Bu ölçeğin büyümesi meselesi vatandaşa da birazcık farklı anlamlarda yansımış durumda (Cihat Bey, Akademisyen).

Ama ayaktan hizmete vatandaş ulaşamıyor. Bu büyük kütlelerin içerisinde yolunu yordamını şaşırıyor (Harun Bey, Yönetici).

Şehir hastaneleri çok büyük içerde hasta kayboluyor. (...) Hem hastaneye ulaşım hem de hastane içi ulaşımında sıkıntılar var (Hamit Bey, Akademisyen).

Ama hastaneler çok büyük. Vatandaşın ulaşacağı polikliniğe gelecek. Oradan laboratuvara gidecek. Oradan tetkik için başka yere gidecek. Oradan tekrar hekime dönecek. Çok geniş bir ulaşım ağı var. Yani hastane içi ulaşım çok sıkıntı bu açıdan (Adem Bey, Akademisyen).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin büyüklükleriyle ilgili olarak çeşitli problemler ifade edilmiştir. Şehir hastanelerinin bu denli büyük yapılması atıl alanların oluşmasına neden olmuştur. Hastanelerin yatak kapasitesi bakımından etkililik ve verimlilik noktasında problemler oluşturduğu vurgulanmıştır. Diğer yandan hastanelerin büyüklüğü konsültasyonları, hastane içi ulaşimleri ve çalışanların performanslarını olumsuz etkilemiştir. Son olarak hastanelerin kuruluş ölçeği olarak uluslararası standartlarda olmadığı ele alınmıştır.

### 3.1.2.2. Ulaşım Problemleri

Şehir hastanelerinde ulaşım problemleri arasında trafik yoğunluğu, hastaneye ulaşımın zorluğu, hastanelerin şehrin dışında olması, erişim zorluğu, sağlık tesislerin bir noktada toplanması, kolay ulaşılan hastanelerin kapatılması ve yerel hizmetlerin yeterince reaksiyon gösterememesi gibi konular yer almaktadır.

Şehir hastanelerinin ulaşımı problemleriyle ilgili bazı katılıcı ifadeleri şu şekildedir:

*Kentin merkezinde, yurttaşlarımızın kolay erişebileceği, tek dolmuşla, tek otobüsle, taksiye binseler düşük bir ücretle rahatlıkla erişebilecekleri yerlerdeki hastaneler kapatılmış durumda ve ne yazık ki hastalarımız Bilkent Şehir Hastanesine gitmek zorunda kalıyorlar. Çok daha fazla ulaşım için bedel ödemek zorunda kalıyorlar. Çok daha fazla erişim için zaman harcıyorlar. Yani ulaşım ve zaman noktasında da aslında şehir hastanesinin dezavantaj olduğunu söyleyebilirim. Yani Ankara'da ufak bir saha çalışması yaparsanız eminim yurttaşlarımız da bunu size iletcekler (Yavuz Bey, Hekim).*

*Ancak hastaneye erişim açısından da bazı dezavantajlar getiriyor. Yani önceden farklı şehrin farklı yerlerindeki hastaneleri insanlar daha kolay ulaşılabilirken bugün hani bir büyük şehir Hastanesi'ne ulaşım hele bunların da önemli bir kısmını Bursa örneğinde olduğu gibi şehrin oldukça dışında yerlere yapılması. Bildiğim kadarıyla Mersin Şehir Hastanesi'nin de bazı ulaşım problemleri var. Bunlar erişimi de zor hale getirmeye başlayan unsurlar (Cihat Bey, Akademisyen).*

*Ben bakanlığın yerinde olsam Ankara'ya 6 tane hastane yatırımı yapardım. 6 tane 500 yataklı hastane yapardım. Her birini Ankara'nın farklı noktalarına yapardım. Böylelikle ulaşım daha iyi olurdu. Bu halkın ulaşımını da çok kolaylaştırırdı. Bizim buraya altı hastane taşındı. Ama bu taşınan 6 hastanenin doluluğuna ulaşamıyoruz. Ulaşım noktasında sıkıntılar olduğunu düşünüyorum (Burhan Bey, Yönetici).*

Şehir hastanelerinin şehrin dışında olması ile ilgili bazı katılıcıların görüşleri aşağıdaki gibidir:

*Şehir hastanelerinde bununla da ilgili çok ciddi problemler olduğunu görüyoruz. Pek çok şehir hastanesinin aslında şehir dışı hastanesi olduğunu görüyoruz. Bunu hani Mersin'de görüyorsunuz, Bursa'da görüyorsunuz. Ankara çok büyüdüğü için gene şehrin içinde kaldı. Ama yine de şehir merkezinin dışında, erişimi kolay olmayan yerlerde olduğunu görüyorsunuz (Yavuz Bey, Hekim).*

*Şimdi insanların tercih edip etmemesinden öte insanların ulaşım ulaşamamasıyla da ilgili bir problem var. Bursa Şehir Hastanesi sen şimdi buradan gitmeye kalk ne demek istediğimi anlayacaksın. Çünkü Bursa Şehir Hastanesi otoyolun kıyısında şehrin büyükşehirin temel alanın sınırlarını dışındadır (Kasım Bey, Akademisyen).*

Şehir hastanelerinde erişim zorluğu ile ilgili bazı katılımcılar şu şekilde görüş bildirmişlerdir:

*Şehir hastanelerinde bununla da ilgili çok ciddi problemler olduğunu görüyoruz. Pek çok şehir hastanesinin aslında şehir dışı hastanesi olduğunu görüyoruz. Bunu hani Mersin'de görüyorsunuz, Bursa'da görüyorsunuz. Ankara çok büyüdüğü için gene şehrin içinde kaldı bu hastaneler ama yine de şehir merkezinin dışında, erişimi kolay olmayan yerlerde olduğunu görüyorsunuz (Yavuz Bey, Hekim).*

*İkincisi ulaşım sorunu yani biz sağlık hizmetinden, evrensel sağlık hizmetinden neyi bekliyoruz. Özellikle yaşlıların ve yoksulların sağlık hizmetine erişmesini bekliyoruz. Varlıklı insanlar sigorta yaptırabilirler, gençler ayakta fazla durabilir otobüsle gider dolmuşla gider. Varlıklı insanlar zaten sigortasını yaptırdığı için özel hastanelerine gider. Onların sağlığı da çok önemli ama biz öncelikle yaşlılar ve yoksulları istiyoruz. Ve bu şehir hastaneleri tam da yaşlıların ve yoksulların erişimine kısıt yaratıyor. Tam da yaşlılar ve yoksullar erişemeyecek bu şehir hastanelerine. Bu yönüyle de Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında yayınlamış olduğu sağlıkta dönüşüm programının ruhuna aykırı bir yapılanma. Sonuç itibarıyla yeni hastane yapılması isabetli bir karar, yer ve ölçek seçimi açısından da yerinde bir karar değil (Umur Bey, Akademisyen).*

Sağlık tesislerin bir noktada toplanması ve tek merkez olarak hizmet vermesi bazı katılımcılar tarafından dezavantajlı bir yön olarak ele alınmaktadır. Bununla ilgili ifadeler şu şekildedir:

*Dezavantajı ya da olumsuz yönü açısından bakacak olursak birden çok sağlık tesisini bir araya toplamak bir dezavantajdı. Daha, yani uluslararası örneklerine baktığımızda çok daha küçük ölçekli uygulanmış (Pakize Hanım, Akademisyen).*

*Bütün hastaneler belli bir merkeze toplanarak özellikle Ankara'nın belli yerlerinden erişim iyice zorlaştırılmış durumdadır (Yavuz Bey, Hekim).*

*Çok rahat ulaşabiliyorduk. Farklı hastaneler vardı işte devlet hastanesi, SSK, kadın doğum, çocuk hastanesi veya kardiyoloji hastanesi vardı. Bunlar şehrin içine dağılmıştı. İnsanların ulaşması daha kolaydı. Şimdi bu da ortadan kalktı. Siz bir e-may geçiren hastayı şehrin bir ucundan bir ucuna getirmek zorundasınız. Kaldı ki burada da dakikalar önemli (Adem Bey, Akademisyen).*

Kolay ulaşılan hastanelerin kapatılmasıyla ilgili bazı katılımcıların eleştirileri şöyledir:

*Dediğim gibi hepsi eğitim araştırma hastanesi vasfında ve Türkiye'nin dört bir yanından hasta çeken, bu yine 6 büyük hastane kapatılarak yine tek merkeze toplanacak. Ankara'daki oluşacak sağlık hizmetlerindeki kargaşanın, aksamanın, sağlık hizmetlerine erişimine zorlanmanın hangi boyutlara erişebileceğine dair ancak tahminler yürütebiliyoruz. Kuşkusuz yaşadıkça göreceğiz ama hani bizim hata olarak gördüğümüz bu hastaneleri tek merkezde toplama meselesinin daha da devam edeceğini, bunun Ankara ile de kısıtlı kaplamayı pek çok ilde İzmir'de, İstanbul'da hayata geçirileceğini ne yazık ki görüyoruz (Yavuz Bey, Hekim).*

*Şehir hastanelerinin hizmete sokulduğu illerdeki bütün Bakanlık hastaneleri kapatılarak şehir hastanesine taşınıyor. Bu nokta birkaç sorun yaratıyor: A) Halkın hizmete ulaşımı zorlaşıyor. B) Ciddi trafik sorunu ortaya çıkıyor. C) Taşınan hastanelerin şehrin merkezindeki binalarının ve arsalarının kimi örneklerde kira süresi boyunca yatırımcı şirkete bırakılması apayrı bir sorun olarak önümüzde duruyor (İrfan Bey, Akademisyen).*

Sonuç olarak şehir hastanelerinin ulaşım yönüyle ilgili ortaya çıkan çeşitli problemlere değinilmiştir. Bunlar arasından bazı illerde hastanelerin şehrin dışına yapılması ve uzaklık noktasında merkeze yakın olmamasından kaynaklı ulaşım problemi gündeme gelmiştir. Hastanelerin tek bir noktada toplanması trafik yoğunluğu oluşturması bakımından bir diğer ulaşım problemi olarak vurgulanmaktadır. Bunun yanında hastanelerini büyük ve uzak yerlere yapılması yaşlı ve yoksul insanların hastaneye erişiminde zorluklar oluşturduğunun üzerinde durulmuştur. Son olarak merkezlerdeki kolay ulaşılan hastanelerin kapanması ve insanların her noktadan şehir hastanesine gitmesi de bir problem olarak ifade edilmiştir.

### 3.1.2.3. Kamu Özel Ortaklığı Kullanımı

Şehir hastaneleriyle ilgili dikkat çeken bir diğer dezavantajlı durum ise kamu özel ortaklığı kullanımından kaynaklı olan bazı faktörlerdir. Kamu özel ortaklığı kullanımı teması "Ekonomik

Problemler”, “Sözleşme Problemleri”, “Fazla Sağlık Hizmeti Kullanımı” ve “Olumsuz Yurt Dışı Örnekleri” olmak üzere kendi içerisinde dört alt temaya ayrılmaktadır.

### 3.1.2.3.1. Ekonomik Problemler

Şehir hastanelerinin dezavantajlı yönlerinden biri de ekonomik olarak maliyetlerinin yüksek olması olarak karşımıza çıkmaktadır. Ekonomik yönden dezavantajlı olmasıyla ilgili şehir hastanelerinde fazla harcamanın olması, ekonomik olmayan finans modelinin olduğu, kira ve kullanım giderlerinin fazla olduğu, geri ödeme zorlukları, yüksek maliyetli projeler olması, sağlığın ticarileştiği, gölge borçların olduğu, geleceğin ipotek altına girdiği, kar baskılarının olduğu, rant kapılarının oluşması ve kapanan hastanelerin yer sorunsalı gibi konular karşımıza çıkmaktadır.

Şehir hastaneleri ile ilgili harcamaların fazla ya da daha pahalı olmasının yanı sıra ekonomik olmayan bir finansman modeli olduğuyla ilgili bazı katılımcılar şu şekilde açıklama yapmıştır:

*Ekonomik açıdan değerlendirdiğimizde ben ciddi bir şekilde şehir hastanelerinde kamunun fazla harcama yaptığını düşünüyorum (Nazlı Hanım, Akademisyen).*

*Ya bu kadar harcamayla biz kaç hastane yapılabileceğini defalarca hesapladık. (...) Sonuçta kamu-özel ortaklığı finansman yöntemi vadettiği şeyleri yerine getiremiyor, daha pahalıya yapıyor, süre aşımı oluyor, projeler gereksiz olarak büyüyor, süreleri uzuyor. Dolayısıyla kamu-özel ortaklığı finansman yönteminden bizim beklediğimiz şey aslında oluşmuyor. (...) Yani Amerika Birleşik Devletleri’nde yani Milton Friedman’dan başlayarak okuduğunuz zaman bile bizdeki bu yöntemden bahsetmiyorlar kamu-özel ortaklığı diye. Bu amorf Türkiye’ye has bir şey oldu. Yani o yüzden de sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum (Çiğden Hanım, Avukat).*

*Üçüncüsü ve daha önemlisi kendim bir çalışma yaptım. Sağlık Bakanlığı 2017 bütçesinde, blokta var o yazı. Bu arada ortalıkta dolaşan tek fizibilite bilgisi ve şu anda kamuoyunda dolaşan tek rapor Bilkent Şehir Hastanesinin raporudur. Bu rapora göre; Bilkent Şehir Hastanesini devlet hastanesi yerine yapmadım, şehir hastanesi olarak yaptım. Devlet hastanesi olarak yapsaydım 100 liraya mal edecektim. Ben şimdi 76 liraya mal ettim diyor. Aynı hesabı aynı yöntemle ben yapıyorum inanılmaz dört işlem hataları inanılmaz varsayımlar var. Ben de diyorum ki bunu devlet kendi yapsaydı 100 liraya mal edecekti. KÖO yöntemiyle yapmasıyla yedi kat ve daha fazlasına mal etmektedir. Buda aradaki fecaati gösteriyor. Ne kadar şehir hastaneleri projelerinin kötü ve masraflı olduğunu gösteriyor (Umur Bey, Akademisyen).*

Şehir hastanelerinin maliyetli projeler olması ve bunların bütçeye yük getirmesinin bazı katılımcılar şu şekilde ifade etmektedir:

*Gerçekten de pek çok Türkiye’deki çalışmalar da onu gösteriyor ki doğrudan hani Sağlık Bakanlığının normal ihale ile yöntemi ile yaptığı hastanelere göre bu hastaneler 6-7 kat daha pahalıya mal oluyorlar. Ve yıllar içerisinde bu maliyetin katlandığı projelere dönüşmüş gözüküyor ne yazık ki. Orada ciddi problemler var (Yavuz Bey, Hekim).*

*Çünkü bu kadar büyük yapılara gerek olmadığı halde bunların yapılmış olduğunu görüyorsunuz. Çok geniş alanları hani hastanede tamam çok yüksek yataklar bu uyumlu değil. 600 olsun 700 olsun bilemediniz. Ama bunun dışında da bu kadar geniş mekânlar bunun elektriği var, suyu var, harcanacak enerjisi var. Bununla ilgili birçok hani devletin ve bu devletin gelirlerini karşılayan, vergilerini veren, halk açısından baktığım zaman bütün bu kalemlerde çok ciddi bir maliyet ortaya çıkıyor (Ali Bey, Akademisyen).*

*İkincisi hastane yönetimi aynı sonuca ulaşmak için en uygun yöntemleri seçmek zorunluluğunsa kalan bir yönetsel mekanizmadır. Amerika’da büyük hastanelerin yatak başına kapalı alanları yaklaşık 200 metrekaredir. Bir yatak başına kapalı alan. Bizde şehir hastanelerinde bu 350 metrekareye kadar çıkıyor. Şimdi bir yatak başına kapalı alanı 350*

*metrekareye çıkardığın andan itibaren 200 metrekare yerine ki Amerikalılar biliyorsun büyük hastanelerin büyüklüğüyle övünürler. Hem büyük arabaları ile hem de en büyük binalarıyla onlar 200 metrekare yapıyor sen 350 metre kare yapıyorsun. Şimdi o zaman ardından şu mesele geliyor. Yatak başına 350 metrekareyi inşa etmek, bakım ve onarımını yapmak, temizliği yapmak, ısıtmak, soğutmak ve ulaşımını sağlamak bunların hepsi ek ve gereksiz maliyetler (Kasım Bey, Akademisyen).*

Şehir hastaneleri ülke gelirini ipotek altına aldığını ve bütçe üzerinde gölge borçlar oluşturduğuna yönelik bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

*Ülkelerin bütçelerinde görünmeyen gölge borçlanmalar yaratıyor, uzun vadede ülke gelirlerini ipotek altına alıyor (Çiğden Hanım, Avukat).*

*Ama siz böyle yapmamayı ve yap-kirala-devret modeliyle yapmayı tercih ediyorsunuz ve torunlarınızı dahi borçlandırdığınız bir modelle devam etmeyi tercih ediyorsunuz. Bunun finansal sürdürülebilirliği nasıl olabilir? Ancak daha çok borçlanarak, ancak daha çok başka yerlerden kesip buraya kaynak attırarak olabilir. Siz Sağlık Bakanlığı bütçesinin %65'ini 31 tane hastane için harcarsanız diğer hastaneler ne olacak? Personelin gideri nasıl olacak? Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini nasıl vereceksiniz? Yeni yatırımları nasıl yapacaksınız? Burada ciddi bir problemle karşı karşıya olduğumuz çok açık. (...) Kuşkusuz torunlarımızı bile borçlandıran bir finansman modeliyle değil. Türkiye'nin içinde bulunduğu durumu da gözetin ve doğru finansman modeliyle, en doğru finansman modeliyle gerçekleşmesini istiyoruz (Yavuz Bey, Hekim).*

*Bu 25 yıllık süre çok uzun bir süre bu ülkenin geleceğini ipotek altına almaktır. Çocuklarımızın geleceğini ülkenin geleceğini ipotek altına almaktır. Ben bu sonucu çıkarıyorum (Adem Bey, Akademisyen).*

Şehir hastanelerinin finansal metodolojinin olmamasını Umur Bey şu şekilde açıklamaktadır:

*(...) Mutlaka bu modelle yapılacak diye bir kural yok diyor. Sonra banka, dünya bankası bunu soruyor bu böyle mi diyor evet böyle diyorlar. Peki, finansal analizle ilgili ayrıntılı bir metodolojiniz var mı? Yok. Ekonomik analizle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Sosyal analizle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Risk analiziyle ilgili ayrı bir metodolojiniz var mı? Yok. Şimdi bu metodolojiler yoksa bu fizibilite çalışması yapılabilir mi? Yapılamaz. Metodoloji olmadan yapılmaz. O da bu işin iyi olmadığını söylüyor (Umur Bey, Akademisyen).*

Şehir hastanelerinin ekonomik yönü katılımcılar tarafından oldukça eleştirel değerlendirilmiştir. Bununla ilgili ekonomik olmayan bir finansman modeli benimsendiği böylece yüksek maliyetlerin olduğu ve bununda da bütçeye yük getirmesi vurgulanmıştır. Şehir hastanelerinin ekonomik olarak ülke geliri üzerinde bir ipotek oluşturduğu üzerinde durulmuştur. Şehir hastanelerinde ekonomik dengenin oluşması için hekimlere kar baskısı uygulandığı ve bu hastanelerin rant kapısı oluşturduğu gündeme gelmiştir. Son olarak şehir hastaneleriyle birlikte sağlığın ticarileştirildiği ve kapanan hastanelerin yerlerinin nasıl değerlendirileceğiyle ilgili belirsizliklerin sürdüğü ifade edilmiştir.

### 3.1.2.3.2. Sözleşme Problemleri

Şehir hastaneleriyle ilgili kamu özel ortaklığı kullanımından kaynaklanan bir diğer dezavantajlı durum ise sözleşmeler ve bunların içerdiği taahhütler olduğudur. Bununla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

*Çünkü sözleşmeler çok iyi bir şekilde hazırlanmamış. Yani sözleşme öncesinde hastanelerin bir röntgeni ve fotoğrafı çekilmemiş. Biz ne kadar atık çıkarıyoruz, ne kadar yemek hizmetine ihtiyacımız olacak, ne kadar temizlik hizmetine ihtiyacımız olacak. Önce bir röntgeni çekmediği için özel sektörle anlaşmayı yaparken de hep sözleşmeler özel sektöre*



*fazla ödemeler yönünde yapılmış. Dolayısıyla bu da ciddi bir şekilde hastanenin ya da kamunun özel sektöre fazla ödeme yapmasına neden oluyor. Bu konu ciddi bir dezavantajlarından bir tanesidir (Nazlı Hanım, Akademisyen).*

*Sözleşme, bunu açık ve net söylüyorum, altını da çiziyorum; sözleşmeler sağlıklı şekillenmemiş. Sözleşmeler yapılmış hastaneler çok çok sonra yapım aşamasına geçilmiş. Mesela Kayseri Şehir Hastanesi ilk sözleşmesi yapılan hastane ama beşinci mi altıncı mı açılan hastane oldu. Yani ve benim bildiğim yanılıyor da olabilirim 2012’de falan atıyorum sözleşmeler yapılıyor, en az 3 yıl önce sözleşmeler yapılmış oluyor. Yani o dönemde şehir hastanesinin ‘Ş’ sini bilmiyor kimse (Mehmet Bey, Uzman).*

### 3.1.2.3.3. Olumsuz Yurt Dışı Örnekleri

Olumsuz yurt dışı deneyimleriyle ilgili bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

*Kamu-özel ortaklığını tercih etmek için Türkiye’nin hiçbir öne sürebileceği gerekçesi yok. Çünkü İngiltere’de başlayan bu sistemin 2000 yılların ortasında yanlış bir sistem olduğu, pahalı bir sistem olduğu, yolsuzluğa çok açık olduğu ortaya konmuş. Öyle ki İngiltere parlamentosu bununla ilgili soruşturma açmış. Ve İngiltere’nin Sayıştay’ı Paund bazında bu yöntemin %70 daha pahalı olduğuna ilişkin resmi bir belge yayınlamış durumdadır. Bunların hepsi elimizde var. Toplumla da paylaşıyoruz. (...) Şimdi buradan çıkaracağımız ders şu: İngiltere bu sistemi finans olarak sürdürmüyor. Vazgeçti şu anda önümüzdeki seçim döneminde de en başında İşçi Partisi olmak üzere böyle bir sistemi tamamen ortadan kaldıracaklarını ilişkin kamuoyuna demeçler veriyor. Bunun propagandasını yapıyor. İngiltere’nin sürdüremediği bir sistemi biz nasıl sürdüreceğiz. Hem onun kadar zengin bir ülke değiliz. Hem kaymalarımız onun kadar fazla değil (Kasım Bey, Akademisyen).*

*Bu global ölçekli bir projedir. Orijini İngiltere’dir diyebiliriz. Ancak İngiltere 2000’lerin sonlarından beri artık hiçbir sektörde hiçbir KÖO projesine izin vermiyor. Nedeni çok basit: Bu modellerle gerçekleştirilen sağlık, eğitim kurumu, otoyol, demiryolu, havaalanı projeleri devletin klasik ihale yöntemiyle gerçekleştirdiğinden 2-4 kat daha pahalı. Benzer bulgular başka yüksek gelirli kapitalist ülkelerde de mevcut. İşte buna İngiliz halkı, sendikaları uzun süredir itiraz ediyorlar ve hükümetlerine KÖO’ndan vazgeçmesi için basınç uyguluyordu. İngiliz hükümeti vazgeçti, ama kendisine bağlı bir yarı bağımsız kamu kuruluşu üzerinden KÖO işini Türkiye’nin de içinde yer aldığı 20 kadar düşük-orta gelirli ülkeye pazarlamaya başladı (İrfan Bey, Akademisyen).*

*Şöyle, şimdi mesela İngiltere’den, Kanada’dan vesaire bahsediyoruz. Geçen seneydi Avrupa Birliği’nin kendi Sayıştay’ı Portekiz, İspanya ve Yunanistan’daki kamu-özel ortaklığı uygulamalarını özellikle denetledi. Deminden beri size anlatmaya çalıştığımıza çok benzer arazlar buldu o ülkelerde de. Ve sonuçta dedi ki kamu-özel ortaklığı finansman yöntemi vadettiği şeyleri yerine getiremiyor, daha pahalıya yapıyor, süre aşımı oluyor, projeler gereksiz olarak büyüyor, süreleri uzuyor. Dolayısıyla kamu-özel ortaklığı finansman yönteminden bizim beklediğimiz şey aslında oluşmuyor. Ülkelerin bütçelerinde görünmeyen gölge borçlanmalar yaratıyor, uzun vadede ülke gelirlerini ipotek altına alıyor. (Çiğdem Hanım, Avukat).*

Şehir hastaneleriyle ilgili yurt dışı deneyimlere bakıldığında kamu özel ortaklığı modelinin kullanımının pek de iyi bir model olmadığı yönünde değerlendirmeler yapılmıştır. Bu modelin ilk ortaya çıktığı yer olan İngiltere’nin bu modelden vazgeçmesi dikkat çekmektedir. Bu modellerle yapılan projelerin maliyetinin oldukça yüksek olduğu diğer ülkelerde görülen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle şehir hastaneleri yapılırken kamu özel ortaklığı modelinin kullanılması dezavantajlı bir durum olarak görülmüştür.

#### 4. Sonuç

Bu çalışma, nitel araştırma yöntemi çerçevesinde yürütülmüştür. Fenomonoloji (olgu bilim) deseni kullanılarak katılımcıların bilgi, deneyim ve gözlemleri bağlamında derinlemesine görüşmeler yapılarak bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde yorumlayıcı fenomenolojik analiz kapsamında elde edilen bulguların yorumlanarak ilgili literatür ışığında değerlendirilmesinin yapılması amaçlanmaktadır. Katılımcılardan alınan görüşler çerçevesinde elde edilen bulgular: şehir hastaneleri yatırımları, sözleşmeleri, finansal sürdürülebilirliği, yönetim yapısı, genel değerlendirme, gelecek riskleri ve öneriler şeklinde temalaştırılmıştır. Burada ise, “şehir hastanelerinin genel değerlendirmesi teması” ele alınmakta ve değerlendirilmektedir.

Bu kapsamda şehir hastanelerinin genel değerlendirilmesinde katılımcıların verdikleri cevaplar “Avantajlar” ve “Dezavantajlar” olmak üzere iki tema altında toplanmıştır. Avantajlar teması kendi içerisinde “Fiziksel İmkânlar”, “Teknolojik Donanım”, “Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Kullanılması” ve “Diğer Avantajlar” olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Şehir hastanelerinin yeni tesisler olmasından kaynaklı fiziksel imkânları oldukça iyi olarak değerlendirilmektedir. Hastanelerin oldukça modern bir yapısı, ferah dinlenme salonlarının olması, nitelikli yataklara sahipliği ve teknolojik donanımıyla avantajlı bir konumda olduğu vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra KÖO kullanımından kaynaklı bazı avantajlar da içermektedir. Bunlar özel sektör hizmetleri ve otelcilik hizmetlerinden kaynaklanmaktadır. Özel sektörün bazı hizmetlerde hızlı performans göstermesi, yatırımların hızlı yapılması, görüntüleme hizmetlerinde hızlı sonuçlar alması ve bazı kayıp kaynakların önlenmesinde başarı gösterdiği söylenmiştir. Otelcilik hizmetleri olarak kaliteli hizmet, temizlik ve yemek gibi konularda avantajlar sağladığı yönünde bilgiler verilmiştir. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda şehir hastanelerindeki bu imkânların hasta memnuniyeti olumlu bir biçimde etkilediği sonucu çıkarılabilir.

Nitekim 2018 yılında bir şehir hastanesinde gerçekleştirilen memnuniyet araştırmasında, hastaneden hizmet alan hastaların genel memnuniyet durumları oldukça yüksek çıkmıştır. Çalışma sonucunda özellikle hastanede kullanılan araç gereçlerin kalitesi, muayene odaların rahatlığı, hijyen koşullarının uygunluğu ve hastanenin fiziki görünümü ve ferahlığının hastaları memnun ettiği görülmüştür. Ayrıca hastalar hastane genel kalitesinden, muayene olunan birimlerden ve danışma ve yönlendirme hizmetlerinden genel olarak memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Gökkaya vd., 2018). Bu bağlamda şehir hastanelerinin hastaya yansıyan yönü bazı noktalarda pozitif olarak değerlendirilebilir. Özetle şehir hastanelerinin hasta memnuniyetine olumlu katkı yaptığı ifade edilebilir.

Diğer yandan Songur ve Top (2018: 174-175) tarafından yapılan çalışmada KÖO kullanımının ya da tercih edilmesine ilişkin görüşler ele alındığı şu faktörler öne çıkmaktadır; “özel sektörün alt yapı becerisi, verimli çalışması, büyük projeleri kapsamı, paranın karşılığının elde edilmesi, risk devri, yasal düzenlemeler, özel sektörün kaynak aktarımı, kamunun finansman sorunu, birlikte çalışabilirlik ve öğrenilebilirlik ve yeni kamu yönetimi politikası” olmak üzeredir. Bu kavramlar şehir hastanelerinde KÖO modelinin kullanılmasını kolaylaştırmıştır. Bu noktalarda çeşitli avantajlar elde edildiği söylenilebilir. Yapılan bu çalışmada da KÖO kullanımından kaynaklı benzer avantajlar olduğu görülmüştür.

Şehir hastanelerinin dezavantajlar yönüyle ilgili olarak “Bina Yapıları”, “Ulaşım Problemleri”, “Kamu Özel Ortaklığı Kullanımı”, “Çalışan Problemleri”, “Şeffaflığın Olmaması”, “Özelleştirmenin Olması” ve “Diğer Dezavantajlar” olmak üzere yedi tema oluşturulmuştur. Hastanelerin bina yapıları büyüklük ve mimari yapı olmak üzere iki açıdan değerlendirilmiştir. Şehir hastanelerinin büyük yapılmasından kaynaklı bazı problemler gündeme gelmiştir. Bunlar arasında büyüklüğün ölü alanlar oluşturması, boş alanların fazla olması, kuruluş ölçeği standardının üstünde olması, büyük alanların atıl kapasite oluşturması, konsültasyonların zor olması, etkililik ve verimlilik ilgili sorunlar, hasta güvenliği, hastane içi ulaşım ve yorucu olması gibi konular gelmektedir.

Şehir hastanelerinin yatak kapasiteleri standartların üstünde olmasından dolayı çeşitli dezavantajlarının olduğu söylenmektedir. Şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alanın

çok fazla olması verimlilik ve etkililik konularında soru işaretleri barındırmaktadır. Çünkü bu alanların fazla olması başta enerji/elektrik olmak üzere temizlik, ısıtma-soğutma ve bakım-onarım gibi giderlerin artmasına neden olmaktadır. Şehir hastanelerinin bu denli büyük yapılmasının hem yapım maliyetlerinin hem de kullanım maliyetlerinin artmasına neden olduğu için dezavantajlı olarak değerlendirilmektedir. Şehir hastanelerinin büyük yapılması ölü alanların ve atıl kapasite oluşmasına, hastane içi hizmetlerin sağlanmasında ve yönetiminde zorluklar çıkarması ve hastane içi ulaşım gibi noktalarda problemlere neden olduğu söylenmektedir.

Şehir hastanelerinde ortalama yatak başına 287 m<sup>2</sup> kapalı alan düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde yeni yapılan hastanelere bakıldığında yatak başına düşen kapalı alanın genel olarak 150-200 m<sup>2</sup> dolaylarında olduğu görülmektedir. Örneğin Danimarka'da yeni yapılan New Koge Üniversite Hastanesi'nde yatak başına 197 m<sup>2</sup> kapalı alan düşmektedir. Binaları büyük ölçülerde yapmakla ünlü ABD'de büyük hastane binalarının enerji kullanımıyla ilgili bir raporda büyük hastanelerde hasta yatağı başına düşen kapalı alanın ortalama olarak 198 m<sup>2</sup> olduğu açıklanmaktadır (Pala, 2018:126). Bu durumda Türkiye yapılan şehir hastanelerinin daha büyük ölçekli yapıldığı görülmektedir. Örneğin Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde yatak başına kapalı alan 355 m<sup>2</sup>, bu oran Mersin Şehir Hastanesinde 285 m<sup>2</sup>'dir. Bu oranların yüksek olması maliyetleri de oldukça artırmaktadır.

Şehir hastaneleri ile ilgili diğer önemli bir konu ise yatak sayılarıdır. Uluslararası çalışmalar çok küçük ve çok büyük hastanelerin verimli ve etkili çalışmadığını ortaya koymuştur. Bu konuyla ilgili Giaccotti ve diğerlerinin (2017: 1) hastanelerin verimliliği ve optimal büyüklüğü üzerine yaptıkları kapsamlı araştırmada, (1969-2014) yılları arasında bu konuyla yayınlanan makaleleri sistematik bir analizle incelemişlerdir. Bunun sonucunda kamu hastane standardının 200-600 yatak arasında olması gerektiğini belirtmişlerdir. Buna benzer bir oranda Roh ve diğerlerinin (2010:22; 2013:1816) ABD'de yaptığı iki farklı araştırmada da görülmüştür. Kristensen ve diğerleri tarafından (2008:2) Danimarka'da kamu hastanelerinde yapılan bir araştırmada ise, bir kamu hastanesi için en uygun yatak sayısının 275 olduğu gösterilmiştir. Buna rağmen Sağlık Bakanlığının açıkladığı verilere göre şehir hastaneleri ortalama 1417 yatağa sahiptir. Büyük şehirlerde yatak sayıları daha fazladır. Örneğin Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yaklaşık 3800 yataklıdır. Ölçeğin bu kadar büyük olması görüldüğü gibi beraberinde birtakım problemleri de getirmektedir.

Şehir hastaneleri ulaşım yönünden değerlendirildiğinde özellikle büyük şehirlerde problemlerin olduğu görülmektedir. Şehir hastanelerinin ulaşımıyla ilgili şu konular dikkat çekmektedir; trafik yoğunluğu, hastaneye ulaşımın zorluğu, hastanelerin şehrin dışında olması, erişim zorluğu, sağlık tesislerinin bir noktada toplanması, kolay ulaşılan hastanelerin kapatılmasıdır. Bazı hastanelerin şehrin dışına yapıldığı bu yüzden ulaşımın zor olması dikkat çeken bir konudur. Yine bütün hastanelerin bir noktada birleştirilmesinin örneğin; Ankara özelinde olduğu gibi birçok ulaşım problemini meydana getirdiği bilinmektedir. Bu konu ilgili Songur (2016: 171) tarafından yapılan doktora tezi araştırmasında "*Türkiye'deki entegre sağlık kampüsleri yüksek yatak kapasiteli olup, bunlarda fiziksel erişime bağlı erişim problemlerinin yaşanılacağı düşünülmektedir. Yine çalışmada, sağlık hizmetlerine erişim konusuna genel olarak entegre sağlık kampüslerinin işlerlik kazanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkileyeceğine işaret edilmektedir. Ankara ve İstanbul gibi mega şehirler açısından düşünüldüğünde, entegre sağlık kampüslerinin belli bölgelerde toplanması, şehirlerin coğrafi bütünlüğü açısından sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyebilir (şehir trafiği, hastanelerin şehir merkezlerine uzaklığı, toplu taşıma imkanlarındaki kısıtlıklar vb.).*" Daha önce Songur (2016) tarafından yapılan araştırmanın ulaşım ile ilgili öngörülerini bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Şehir hastanelerine ulaşım ile ilgili benzer sonuçlar özellikle büyük şehirlerde öne çıkan problemler bu çalışmada da katılımcılar tarafından dile getirilmiştir.

Şehir hastanelerinde KÖO kullanımdan kaynaklanan bazı dezavantajlar da gündeme gelmiştir. Bunların arasında en çok dikkat çeken ise ekonomik problemlerdir. Ekonomik olarak yüksek maliyetli projeler olması, kira ve kullanım giderlerinin fazla olduğu, ekonomik olmayan finans

modelinin olduğu, geri ödeme zorlukları, sağlığın ticarileştiği, gölge borçların olduğu ve kâr baskılarının oluşması gibi konular vurgulanmaktadır. Yine KÖO kullanımının getirdiği sözleşmeler ve bunların getirmiş olduğu yükümlükler de şehir hastanelerinin dezavantajları olarak söylenmektedir. Son olarak KÖO kullanımının yurt dışı örneklerine bakıldığında bu projelerin pek de başarılı olduğu görülmemektedir. Örneğin; Pala'nın (2018: 121) aktardığına göre İngiliz Tabipler Birliği 1990'lardan bu yana edindiği deneyimlere dayanarak sağlık alanında KÖO yönteminin kullanılmamasını önermektedir. Son olarak bununla ilgili Flinders (2005: 225) tarafından yapılan bir çalışma KÖO modelinin hapishanelerin inşası ve yönetilmesi ve yolların inşası gibi alanlarda verimlilik sağlarken hastane ve okul gibi sektörde pek de verimli olmadığını ortaya koymuştur.

Songur ve Top'un (2018: 176-177) araştırmasında kamu özel işbirliği ile ilgili problemlere ilişkin şu faktörler öne çıkmıştır. *“Çok sayıda ilgili yasal düzenlemeler, uzun ihale süreci ve hükümet müdahalesi gelmektedir”*. Bunların yanında *“risk dağılımı, hukuki alt yapı yetersizliği, sözleşme dokümanın kötü hazırlanması, hesaplanandan yüksek maliyet, uygulama örneklerinin olmaması, fizibilite yokluğu, yönetim modelinin olmaması, kamu ve özel sektör yöneticilerinin sık değişmesiyle proje bütünlüğünün yok olması, şeffaf olmayan yönetim ve kamunun yetişmiş bürokrat ve uzmanlarının süreci iyi yönetmemesi”* konular öne çıkmaktadır. Bu çalışmada da KÖO kullanımıyla ilgili şehir hastanelerinde benzer sonuçlar görülmüştür.

Son olarak bir şehir hastanesi eski başhekiminin bu hastaneler hakkında (www.sağlıknavadis.net) uzunca ve eleştirel bir değerlendirmesi mevcuttur. Şehir hastaneleriyle ilgili bu değerlendirmeye göre; *“başlangıçta belki Cumhuriyetin ilk yıllarında tamamen devletin kendi imkânlarıyla ülkenin dört bir yanına yapılan ve bugüne kadar önemli hizmetler gören Numune Hastanelerinden mülhem, çağa ve yeni teknolojilere uygun, daha işlevsel yeni hastane projeleridir, diye düşünüyordum. Ama hastaneler gün yüzüne çıkınca ve işletilmeye başlayınca gördük ki, bu devasa tesisler de ithal projelerle ve tüccar kafayla yapılmış. 2000'lerde İngilizlerin, maksada uygun olmadıklarını, sağlık hizmetlerini daha da zorlaştırdığını görüp tamamen terk ettiği bu projeleri, kim, nasıl ve hangi gerekçelerle ülkemize ithal etti ve başlattı? Bu bilinmiyor çünkü katrilyonların harcanacağı, daha da harcanacağı belli olan bu ucube projelerin, her şeyi ticari sır olarak gösteriliyor. Eski başhekim bunların dışında; devlet ile özel şirketlerin ihtilafa düştükleri durumlarda kendi hukukumuz yerine uluslararası ticari hukuk hükümlerinin uygulanacağı belirtmektedir. Bugünkü kur ile 25 yıllık sözleşme sürelerinin sonuna kadar devletin cebinden 225 milyar TL çıkacağını Sayın Bakan söyledi. Bu süre zarfında dövizdeki artışlar da hesaba katıldığında bu rakamın 3-4 katına çıkacağını rahatlıkla söylememiz mümkün. Devletimizin yıllık bütçesi kadar tutacak olan bu meblağı, şirketlere ve yabancı kredi kuruluşlarına ödemek, bağlayıcı sözleşmelere imza atmak, “yeni kapitülasyonlar mı geliyor” diyenleri haklı çıkarıyor. Peki, neydi problem? Devleti her geçen gün bu kadar büyük zararlara sokacak böylesine büyük hastaneler kurmak çok mu gerekiyordu? Bu sorunun cevabı, “kesinlikle hayırdır”. Şehir Hastanelerinin devasa kampüslerinin, şehrin içinde bir yere yapılması mümkün değildi. Vatandaşın nasıl ulaşacağı hesaba katılmadan, şehirlerin dışında inşa edildiler. Sanki buralara hasta insanlar değil de, üniversite öğrencileri gibi, genç ve sağlıklı insanlar gidecek”*.

Bunların yanında başhekim işletme zorluğu ve iki başlıktan bahsetmektedir. Hastane içi ulaşım ve hizmetlere erişimde güçlükler yaşandığını, personelin çalışma koşullarının ve imkânlarının iyi olmadığını ve konsültasyon hizmetlerin zorluklarını vurgulamaktadır. Özel sektörün sunduğu hizmetlerde bazı durumlardan kaynaklı zorlukların da olduğunu belirtmektedir. Bu değerlendirmesinin sonunda Başhekim *“Sağlık Bakanlığı şehir hastaneleri projelerinden tamamen vazgeçmelidir. Hukuk müsaade ediyorsa, mevcutlar bakanlığa devredilmeli, inşası devam edenlerde projeler revize edilerek tesisler küçültülmeli ve devlet tarafından satın alınmalıdır. “Devlet imkânlarıyla azami 400-500 yataklı, mono blok, işletmesi kolay, şehirlerin içinde, vatandaşın kolay ulaşabileceği yerlere, şehrin büyüklüğüne göre peyder pey birkaç tane olmak üzere yeni hastaneler yapılmalıdır. Dünya artık, işletilebilir, kolay ulaşılan bu tip hastanelere dönmüş iken bizim, âlemin vazgeçtiği, terk ettiği bu devasa hastanelerde ısrar etmemizin akılla ve bilimle bağdaşır bir tarafı yoktur”* şeklinde öneri getirmektedir (www.sağlıknavadis.net).

Sonuç olarak şehir hastanelerinin özet bir değerlendirilmesinin yapılmasında fayda vardır. Hayatta hiçbir şey ya tamamen siyah ya da beyaz olmayabilir. Sistemler için de bu durum geçerli olabilir. Şehir hastanelerinin bazı avantajları olmakla birlikte dezavantajlı yönleri de bulunmaktadır. Avantajları olarak yeni, modern ve teknolojik donanımlı tesisler olması, nitelikli yatakla birlikte, kaliteli otelcilik hizmetlerinin sunulduğu ve buna bağlı olarak memnuniyetin olumlu yönde etkilenmesi konuları söylenebilir. Bunların yanında şehir hastaneleri son zamanlarda yaşanan Covid-19 pandemi sürecinde sağlık hizmeti sunumunda Türkiye için bir avantaj oluşturduğu söylenebilir. Teknolojik alt yapısı ve yoğun bakım yatak kapasiteleri bakımından şehir hastaneleri pandemi sürecinde olumlu izlenimler vermektedir. Bu yönüyle de değerlendirdiğimizde hizmet sunum avantajını vurgulamakta fayda vardır.

Dezavantaj olarak başta şehir hastanelerinin kamu yatırımlarına göre çok daha maliyetli olması ve uzun süreli sözleşmelerle yönetilecek olmasıyla birlikte bu sözleşmelerin içerdikleri bazı yükümlülük problemleri gelmektedir. Bunların yanında, özellikle büyük şehirlerde kuruluş yerlerinin yanlış seçimi ve planlama hataları, yine özellikle büyük şehirlerde yatak kapasiteleri olarak büyük hastanelerin kurulması ve bunlara bağlı olarak da hastanelere ulaşımlarda zorluklar yaşanması da önemli bir dezavantaj olarak durmaktadır. Diğer yandan bu hastanelerle ilgili sözleşmelerin kamuoyuyla paylaşılması ve hastanelerin maliyetleri ile ilgili malumatların elde edilememesi de bir dezavantajlı durumdur. Yatırımların pilot projeler olmadan hayata geçirilmesi, yine sözleşmelerin içeriği ve KÖO yapısından kaynaklı hastane yönetim süreçlerinin zorlaşması da dezavantajlar arasında değerlendirilebilir. Bu gibi faktörler daha da çoğaltılabilir. Sonuç olarak şehir hastaneleri ile geldiğimiz son durumda bu projelerden vazgeçildiği görülmektedir. Nitekim SB şehir hastaneleri ile ilgili yaptığı en son açıklamada bu modelden vazgeçildiğini yapımı devam eden ve ihalesi biten projelerin hayata geçirileceği vurgulanarak, yapılması planlanan diğer projelerin ise kamu kaynakları ile yapılacağını ifade etmiştir. Bunun sebebi ise bu projelerle ilgili bir durum değerlendirilmesi yapılarak vazgeçmenin daha faydalı olacağı yönünde görüş birliğine varıldığını gösterebilir.

Şehir hastanelerine yönelik genel bir değerlendirme tablosunun ortaya konmaya çalışıldığı bu çalışmada görüşmecilerden elde edilen veriler kodlanarak yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile analiz edilmiştir. Analizlerden hareketle ortaya çıkan sonuçlar ve görüşmecilerin de katkıları çerçevesinde şehir hastaneleri ile ilgili şu öneriler sıralanabilir:

- Öncelikle Sağlık Bakanlığı şehir hastaneleri ile ilgili araştırmalara kapılarını açmalıdır. Böylelikle şehir hastaneleri ile ilgili yapılacak çalışmalarda daha çok sahaya inilerek bu hastanelerin idari, finansal ve sağlık göstergeleri üzerinden bilimsel çalışmalar yürütülebilir.
- Şehir hastaneleri sözleşmeleri kamuoyuyla paylaşarak şeffaflık ve hesap verilebilirlik sağlanmalıdır.
- Yurt dışı örnekleri ve katılımcıların önerileri de dikkate alındığında sağlıkla ilgili yatırımlar kamu kaynakları ile olmalıdır.
- Şehir hastanelerinde hem sözleşme hem de işletme süreçlerinde gri alanlarla alakalı düzenlemeler yapılmalıdır.
- Sözleşmelerle ilgili özel sektörün istediği Ek-22 konusu çözüme kavuşturulmalıdır.
- Sözleşmelerle ilgili hastane yöneticilerine yönetim süreçlerinde hukuki destek sağlanmalıdır.
- SB merkez teşkilatı şehir hastanelerini daha sıkı denetim ve takip etmelidir. Taşranın yaşadığı problemlere hızlı aksiyon göstermelidir. Bunun yanında özel sektör ve alt yüklenici takiplerini de yapmalıdır.
- Bu alanda bilgi birikimi olan ve yetişen yöneticilerin pozisyonları sık değiştirilmemelidir.
- Kamu yönetim kapasitesini geliştirerek uzmanlaşma ve liyakate daha fazla önem vermelidir.
- Şehir hastanelerinin statüsü yani misyon ve vizyonlarının netleştirilmesi önemlilik arz etmektedir. Şehir hastanelerinin sağlık sistemindeki pozisyonu ve fonksiyonu netleştirilmelidir.
- Şehir hastanelerinde KÖO'nun doğasına uygun yeni bir yönetim modeli geliştirilmelidir.

- Şehir hastaneleri yönetim süreçlerinde kamu HBYS hâkim olmalıdır.
- Hastanelere geçiş süreçlerinde daha etkili oryantasyonlar yapılmalıdır.
- Şehir hastanelerinin maliyetleri ile ilgili gider kalemleri iyi analiz edilerek burada kamu yararına olacak işlemler varsa kamu lehine kullanılmalıdır. Bunun yanında maliyetler sürekli kontrol edilerek giderler kayıt altında tutulmalıdır.
- Bundan sonra açılacak şehir hastanelerinin garanti miktar ya da oranları daha iyi hesaplanarak gereksiz ödemelerin önüne geçilmelidir.
- Şehir hastaneleri ile birlikte kapatılan eski hastanelerin imkânları heba olmamalıdır. Kapatılacak bu hastaneler eğer imkânlar elveriyorsa modernize edilerek kullanımına devam edilmelidir.
- Yatırımlar yapılırken kent planlanmasına dikkat edilerek daha kolay ulaşımın sağlanacağı yerler tercih edilmeli ve daha küçük ölçekli projeler klasik kamu yatırım modeliyle yapılmalıdır.
- Şehir hastanelerinin yönetimi ile ilgili yeni bir mevzuat çıkarılmalıdır.
- Şehir hastanelerinin hasta ve vatandaşa yansımalarını ölçmek için kapsamlı bilimsel araştırmalar yapılmalıdır.
- Çalışan personel memnuniyetinin yükseltilmesine yönelik iyileştirilmeler yapılmalıdır.
- Sağlık yatırımları 2. ve 3. basamak hizmetlere daha çok yapılırken koruyucu ve 1. basamak hizmetler ihmal edilmemelidir.
- Şehir hastanelerle ilgili çok paydaşla yani farklı sektörlerden gerek merkezi gerek ise taşradaki uygulayıcı birimlerden ve akademisyenlerin de katılımıyla sempozyumlar düzenlenerek bilgi birikimi oluşturulup bu hastanelerin daha iyi yönetilebilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

#### Kaynakça

- Beylik, U., Çıraklı, Ü. ve Kayral, İ.H. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (4), 183-189.
- Creswell, J. W. (2016). *Araştırma Deseni*. S.B. Demir (Çev.), Ankara: Eğiten Kitap Yayınları.
- Creswell, J. W. (2018) *Nitel Araştırma Yöntemleri*. M. Bütün ve S. B. Demir (Çev.), Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Creswell, J. W. ve Clark, V. L. P.. (2018). *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Flinders, M. (2005). The Politics of Public–Private Partnerships. *The British Journal of Politics and International Relations*, 7(2), 215-239.
- Giancotti, M., Guglielmo, A. ve Mauro, M. (2017). Efficiency and Optimal Size of Hospitals: Results of A Systematic Search, *PLoS One*, 12(3). 1-40.
- Gökkaya D., İzgüden D. ve Erdem R.. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 136-148.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 60/1,323–365.
- <https://saglikhavadis.net/saglik-mudurunden-sehir-hastaneleri-feryadi/> Erişim Tarihi: 09.03.2020.
- Kristensen, T., Olsen, K. R., Kilsmark, J. ve Pedersen, K. M. (2008). *Economies of Scale and Optimal Size of Hospitals: Empirical Results For Danish Public Hospitals*. Institute of Public Health Department of Health Economics University of Southern Denmark, 1-32. [https://www.sdu.dk/-/media/files/om\\_sdu/centre/cohere/working+papers/200813.pdf](https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/200813.pdf).
- Mamur Işıkçı, Y. (2016). Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm. *Journal of International Social Research*, 9(46). 731-748.

- Paksoy, V. M. (2017). Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Teletıp Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (1), 9-16.
- Pala, K. (2018). Kamu Hastanelerinin Piyasalaştırılması Ve Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Modeli. K. Pala (Ed.), *Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı* içinde (99-135), İstanbul, İletişim Yayıncılık.
- Roh, C. Y., Jae Moon, M. ve Jung, C. (2010). Measuring Performance Of Us Nonprofit Hospitals: Do Size And Location Matter?. *Public Performance and Management Review*, 34(1), 22-37.
- Roh, C., Moon, M.J. ve Jung, K. (2013). Efficiency Disparities Among Community Hospitals İn Tennessee: Do Size, Location, Ownership, And Network Matter? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(4), 1816-1833.
- Sarcan, C. (2017). Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel İşbirliği Modeli. *Ekonomik ve Sosyal Düşünce Araştırma Geliştirme Vakfı (ESAGEV)*, (1-9). <http://esagev.org/wp-content/uploads/2017/01/24-kamu-hizmetlerinin-sunumunda-kamu-ozel-isbirligi-modeli-caner-sarcan.pdf>.
- Sonğur, C. (2016). Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Entegre Sağlık Kampüslerinde Uygulanmasında Paydaşların Görüş Ve Değerlendirmeleri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Sonğur, C. ve Top, M. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal of Social Security)*, 8(1), 159-186.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

---

## EVALUATION OF CITY HOSPITALS IN THE CONTEXT OF PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN TURKEY: A QUALITATIVE RESEARCH

---

### *Extended Abstract*

**Aim:** City hospitals started to open in Turkey as of 2017 and continue to provide services. City hospitals serve a different concept by bringing some dynamics to the Turkish health system. City hospitals investments were implemented using the public private partnership model. Within the scope of this model, projects were made using private sector financing sources. These projects are carried out with contracts signed between the private sector and the public. These contracts are signed for close to 30 years, including the construction processes of hospitals. In this context, the city hospitals opened using the public private partnership model affect the Turkish Health System in many ways. This study was planned to evaluate these effects. This study extensively addresses city hospitals, a brand new organization for the Turkish healthcare system. The aim of the study is to examine in depth the structure, method, operation, advantages and disadvantages of the city hospitals model, financial sustainability and future risks and to evaluate the managerial, financial, legal and contractual dimensions of the model and to establish a general framework about city hospitals.

**Method(s):** The study was carried out within the scope of qualitative research method. Phenomenological method was used as a pattern. Using the criterion sampling and snowball technique, which are among the purposeful sampling types, the participants of the research were determined. As a result of the in-depth interview with 24 people with the semi-structured interview form, the data of the research were obtained. The data obtained from the interviewees were analyzed by analyzing the Maxqda 20 Analytics Pro analysis program and the interpretive phenomenological analysis method.

**Findings:** Based on a general assessment of the findings of the study as the advantages of the city hospital, the physical facilities sourced from the new facilities is seen as being quite good. It is remarkable that the hospitals are in a good position with a modern structure, spacious lounges, quality beds and technological equipment. In addition, it contains some advantages arising from the use of public private partnership. These stem from private sector services and hotel services. The private sector has shown rapid performance in some services, rapid investment, rapid results in imaging services, and success in preventing some lost resources. It is seen that there are advantages such as quality services, cleaning and food as hotel services. Accordingly, patient satisfaction is positively affected. The disadvantages are that city hospitals are much more costly than public investments. Although it will be managed with long term contracts, there are some liability problems that these contracts include. Besides these, the wrong choice of establishment places and planning errors brought with them transportation problems, especially in large cities. Again, especially in large cities, the establishment of large hospitals as bed capacities, and consequently, unnecessary costs in hospitals, productivity and effectiveness, such as the question marks on issues such as the important drawback stands. On the other hand, it is a source of criticism that contracts related to these hospitals are not shared with the public and information about the costs of hospitals cannot be obtained. The implementation of investments without pilot projects, and the difficulty of hospital management processes arising from the content of contracts and the structure of Public Private Partnership are also considered among the disadvantages. In addition, it is seen that city hospitals contain some risks related to financial sustainability.

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