

## Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli ve Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesine Yönelik Bir Araştırma

PPP Model in Health Sector and a Research on the PPP Perceptions of Adana City Training and Research Hospital Personnel

Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN<sup>1</sup>, Hakan YAŞ<sup>2</sup>

### ÖZ

Bu çalışmanın amacı, kamu özel ortaklığı (KÖO) modeliyle yapılan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çalışanlarının KÖO algılarında sosyo-demografik özellikleri açısından farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmektir. Hastane çalışanlarında (N=5.297) basit tesadüfi örnekleme gidilerek, araştırmaya katılımı kabul eden 364 sağlık çalışanına 59 soruluk bir ölçek uygulanmıştır. Yanıtlar doğrultusunda açıklayıcı faktör analizi yapılmış ve altı adet faktör elde edilmiştir. Çalışanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, unvan ve mesleki çalışma süresi değişkenlerine göre faktörlerin anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığına yönelik toplamda beş temel hipotez oluşturulmuştur. Ardından, her bir değişkenin barındırdığı grup sayısına göre alt hipotezler belirlenmiştir. Hipotezler öncelikle Kruskal Wallis testiyle sınanmış, 0,05 anlamlılık düzeyinin altında reddedilen sıfır hipotezlerine ayrıca Mann-Whitney U testi uygulanarak sıra ortalamaları karşılaştırılmıştır. Algı karşılaştırması sonuçlarının çalışanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, unvan ve mesleki çalışma süresi değişkenlerine göre farklılık arz ettiği; ancak, bağımsız değişkenlerin gruplarından bazıları arasında farklılık bulunmadığı, bunların sıfır hipotezlerinin reddedilemediği görülmüştür. 26 yaş altı çalışanların KÖO'yu daha çok eleştirdikleri, 41 ve üzeri yaşta olanların sağlık hizmetlerinin finansmanında sorunlar yaşandığı algısına sahip oldukları, mesleki çalışma süresi beş ve daha az olan sağlık çalışanlarının KÖO'yu daha az eleştirdikleri, üniversite mezunlarının sağlık hizmetlerinin sunumunu sorunlu gördükleri ve aynı sorunun yönetici olarak çalışanlarda da algılandığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kamu-özel ortaklığı, Sağlık çalışanları, Şehir hastaneleri.

### ABSTRACT

The aim of this study is to determine whether there are differences in PPP perceptions of the personnel of the Adana City Training and Research Hospital, which is constructed with the Public Private Partnership (PPP) model, in terms of their sociodemographic characteristics. A scale of 59 questions was applied to 364 healthcare personnel who accepted to participate in the study among the Hospital personnel (N=5.297) by simple random sampling. Exploratory factor analysis is employed in accordance with the responses and data is broken up into six factors. Five basic hypotheses are constructed towards that whether these factors are significantly differentiated with respect to age, gender, graduation, position and professional time of the personnel. Then, sub-hypotheses are constructed in terms of the number of groups included in each variable. The hypotheses are tested by the Kruskal Wallis method at first. The Mann-Whitney U test is also employed to test the null hypotheses rejected under 0.05 significance level, and the mean ranks of the variables are compared. The results of the comparison of perceptions differ according to the variables of age, gender, graduation, title and professional time of the personnel; however, there is no difference between some of the groups of independent variables, their null hypothesis cannot be rejected. Some of the results obtained in this study can be summarized as the personnel under the age of 26 are more critical of PPP, 41 ages and older people perceives that there are problems in financing of health services, health personnel with a professional working time of maximum five criticizes PPP less, and the personnel having bachelors' degree consider the provision of health services problematic, and same problem is also perceived by the managerial personnel.

**Keywords:** City hospitals, Health personnel, Public-private partnership.

\* Bu çalışma, 2019 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

<sup>1</sup>Hemşire, Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN, Lüleburgaz Devlet Hastanesi, zekiyepangal@gmail.com, ORCID:0000-0002-5293-4994

<sup>2</sup> Doç. Dr., Hakan YAŞ, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD, hakanyas@trakya.edu.tr, ORCID: 0000-0001-6686-1899

## GİRİŞ

Sağlık sektöründe 1987 senesinde çıkan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeline ilişkin resmi gelişme olarak görülmektedir. Daha sonra Numune Hastanesi fikrinin hayata geçirilmesiyle ülke dışından finansal kaynak temini başlamış, 1999 senesindeki Anayasa değişikliğine bağlı olarak yaygın hale gelmiştir.<sup>1</sup> 2003 senesi itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında geliştirilen yenilikler ve düzenlemelere bağlı olarak temizlik ve yemek gibi hizmetlerde de dış kaynak alımı yoluyla özel sektörden destek almaya başlanmıştır.<sup>2</sup> Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında 2005 senesinde KÖO modeli yöntemlerinden olan yap-işlet-devret (YİD) modeli sağlık sistemi içerisine dâhil olmuş ve uygulamaya konmuştur. Bu dönemde özellikle sağlık sektöründe örnekendirilmeye çalışılan KÖO modeliyle kira bedelleri karşılığında sağlık tesislerinin yapımına başlanması, sağlık tesisi ve ek binaların bakım, onarım ve tamirinin gerçekleştirilmesi, tıbbi destek hizmet sunumlarının yapılması, tıbbi hizmetler haricinde kalan temizlik, güvenlik, yemekhane gibi hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi, sağlık tesislerinde bulunan tıbbi alet ve ekipmanlarının hazır konuma getirilmesi planlanmıştır.<sup>3</sup> 2007 senesinde bakanlığa bağlı KÖO Daire Başkanlığı biriminin açılması modele ilişkin ilgili birimlerin oluşturulmasına öncülük etmiştir.<sup>4</sup> Türkiye’de bu modele ilişkin en önemli resmi adım 2013 senesinde 6428 sayılı Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile ortaya konulmuştur. Kanun kapsamında model ile hizmete açılacak sağlık kurumları, SB tarafından belirlenen standartlara bağlı ihale yoluyla gerçek kişiler ya da özel hukuka tabi tüzel kişilere önceden belirlenmiş süreler ve bedeller üstünden kiralama karşılığında yaptırılacaktır. Projenin yürütülmesi ile ilgili görev alan özel sektör kuruluşları önceden belirlenmiş dönemlerde yapım ve işletme sorumluluklarını yerine getirirler. Devlet ise

bu sözleşme karşılığında şirkete uzun vadeli bir ödeme planıyla kira öder.<sup>5</sup> Şehir hastanelerinin kirası ve hastanede çalışanların maaşları SB tarafından ve sağlık kurumunun döner sermaye gelirinden ödenmektedir. Böylece şehir hastanelerinin hazineye yük olmayacağı düşünülmektedir.<sup>6</sup> Türkiye’de son yıllarda gerçekleştirilen büyük çaplı projeler bu model temel alınarak sürdürülmektedir.<sup>7</sup>

KÖO modeline göre, aşağıdaki koşullar esas alınarak projeler yürütülmektedir:<sup>8</sup>

1. Yapılacak olan sözleşmelerin süresi en fazla 49 yıldır. Fakat bu süre genelde 30 sene olarak hayata geçmektedir.
2. SB tarafından ön proje ve temel şartnameye ilişkin ekler verilmektedir.
3. Projenin yapılacağı arazi bedelsiz olarak devlet tarafından temin edilmektedir.
4. Projenin detaylandırılması ve diğer tüm ayrıntılar özel sektör tarafından hazırlanmaktadır.
5. İhaleye teklif verenler arasında kazanan özel kuruluş sağlık tesisinin yapım işine başlanmaktadır.

Bazı kaynaklara göre şehir hastanelerinde; dal hastaneler entegre sağlık kampüslerinde toplanacak ve alanında uzman doktorlar şehir hastanesindeki tüm hastanelerde görevli olacaklarından, ülkedeki doktor azlığı sorunu hakkındaki sıkıntı çözülmüş olacağı iddia edilmektedir. Benzer şekilde laboratuvar ve röntgen gibi görüntüleme cihazlarının bir merkezde toplanması farklı hastanelere cihaz temini ihtiyacını ortadan kaldıracığı ileri sürülmektedir.<sup>9</sup>

Merkezî acil servis, yoğun bakım servisleri, eczaneler, ilaç depoları, geri dönüşüm merkezleri, atık yönetim merkezleri, otoparklar, çocuk oyun alanları gibi bölümler de bu yapıların içinde bulunacak ve bu bölümlerin de katkısı ile sağlık hizmetleri sunumunda hasta memnuniyeti üst seviyeye taşınabilecektir. Şehir hastanelerinde sağlık hizmetini sunan taraf özel sektör değildir. Finansman, tesis tasarımı ve inşa edilmesi

konularında var iken; kamu, tıbbi hizmetleri sunan taraf olmaktadır. Diğer bir deyişle kamu özel sektör ile birlikte yürüttüğü proje kapsamında yalnızca hekimlik ve hasta bakımına ilişkin sağlık temelli hizmetlerin sunumunu yapacak, bunun yanındaki diğer tüm yan hizmet sunumları özel sektör tarafından gerçekleştirilecektir.<sup>9</sup> Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından kamu, etkili ve öncü bir hizmet sunumu yerine getirmelidir.<sup>10</sup> Türkiye’de kanunlara göre tıbbi hizmet uygulamaları doğrudan devlet tarafından sunulan hizmetler oldukları için KÖO projeleri kapsamında ele alınmamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010’da yayınlanan araştırma raporunda yer alan sonuçlara göre, Türkiye’de verilen sağlık hizmetlerinin yüzde beşinde hizmet alımı yöntemi ile özel sektörden yararlanıldığı bilgisine yer verilmiştir.<sup>2</sup> Çekirdek tıbbi hizmetler kamu tarafından görülecekken, tıbbi hizmetlere yardımcı nitelikte sterilizasyon, laboratuvar işlemleri, temizlik hizmetleri, tıbbi görüntüleme, bilgi ve veri işleme, personel ve sekreterlik hizmetleri, teknik destek hizmetleri, otelcilik hizmetleri, otopark ve kafeterya işletimi yüklenici firma tarafından gerçekleştirilir. Bunlar haricindeki hizmetler başhekimlik tarafından yürütülmekte ve her iki taraf da hizmetleri kendi personeli ile vermektedir. Bu kapsamda yüklenici tarafından sunulacak hizmetler P1 ve P2 hizmetleri olarak iki türdür. Bina ve arazi hizmetleri, olağanüstü bakım ve onarım, yer ve bahçe bakımı, ortak hizmetler yönetimi, mefruşat hizmeti ve diğer tıbbi ekipman destek hizmeti P1 hizmetleri arasındadır. Temizlik hizmetleri, güvenlik hizmeti, otopark hizmetleri; yemek ve çamaşırhane hizmetleri; atık yönetim hizmetleri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri; hastane bilgi yönetim sistemi

(HBYS) uygulama ve işletme hizmeti; refakat ve hasta yönlendirme (veya resepsiyon) ile ilaçlama hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ise P2 hizmetleridir.<sup>11</sup> P1 hizmetleri karşılığında ödenecek kullanım bedeli SB bütçesinden karşılanmaktadır. Kullanım bedeli ihale sürecinde belirlenmektedir. P2 hizmetleri için ödenen hizmet bedeli hastanenin döner sermayesinden finanse edilmektedir. Bu hizmetlerin bedeli beş yılda bir piyasa testiyle değişmektedir. Böylece P2 hizmetlerinin fiyat riskini döner sermaye işletmeleri üstlenmektedir.<sup>12</sup>

Türkiye’de KÖO modeliyle finanse edilen toplam dokuz adet şehir hastanesi bugün faaliyettedir. Bunlardan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.550 yatak kapasiteli bir hastane olup, 2017 yılında açılmıştır. Toplamda 5.297 adet sağlık çalışanı bulunmaktadır.<sup>13</sup> 1.512 adet izolatörle dünyadaki en büyük sismik izolatörlü hastane olduğu bilinmektedir. Hastane modern teknoloji ve izolatörlerle muhtemelen en yıkıcı deprem esnasında bile tüm çalışmalarını aksaklık yaşamadan devam ettirebilecektir.

KÖO’nun sağlık sektöründeki önemini gösteren bu bilgiler doğrultusunda; bu çalışmanın amacı, KÖO modeliyle yapılan Adana Şehir Hastanesi çalışanlarının KÖO algılarında, sosyo-demografik özellikleri açısından farklılıklar bulunup bulunmadığını tespit etmektir. Bu amaçla öncelikle veri ve yöntem açıklanacak, ardından da elde edilen bulgular ortaya konarak istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilecektir. Tartışma kısmında ise çalışma kapsamında elde edilen sonuçlara yönelik literatür değerlendirilerek, çalışmayla benzer veya farklı yönleri ortaya konmaya çalışılacaktır.

## MATERYAL VE METOT

Araştırma örneklemini KÖO modeliyle yapılan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Söz konusu hastanedeki yöneticilerle telefonla görüşülerek edinilen

bilgilere göre, hastanede çalışan sağlık personeli sayısı 5.297 kişidir. Bununla birlikte Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü 5.000 personelinin olduğunu bildirmektedir.<sup>13</sup> 5.297 dikkate alındığında dahi örneklem büyüklüğü 0,05 güven düzeyi ve 0,05 hata payında 359 olduğu için<sup>14</sup> çalışmamızda 5.297 personel

rakamı kullanılmıştır. Hastanede çalışan sağlık personelinin, KÖO ile yapılan ve hizmete açılan diğer hastanelerdeki sağlık çalışanlarından sayıca fazla olmasından dolayı çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın örnekleminin tespit edilmesinde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmış olup, 364 kişi ile anket çalışması tamamlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek Keskin<sup>15</sup> tarafından geliştirilmiş olup, ankette sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, eğitim, mesleki deneyim ve sağlık çalışanı görevi/pozisyonu şeklindeki sosyo-demografik özellikleriyle ilgili beş soru, KÖO'ya ilişkin 54 soru bulunmaktadır. KÖO soruları 5'li Likert formundadır.

### İstatistiksel Analiz

Ölçeğe önce STATA 14.1 programı yardımıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmış; ancak, verilen yanıtlar ile kullanılan ölçek için önerilen faktörlere uyum sağlanamadığı için SPSS programında açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilerek yeni faktörler tanımlanmıştır. Ardından,

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Sosyo-demografik bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yıl olarak mesleki deneyim ve görev/pozisyon bilgileri edinilmiştir. Yaş değişkeninde katılımcılara herhangi bir gruplandırma yapılmadan doğrudan veri elde edilmiştir. Ancak, bu çalışma kapsamında yapılacak olan analizlerde yardımcı olması adına, yaş bağımsız değişkeninin yeniden düzenlenerek gruplandırılması gerekmiştir. Doğrudan elde edilen yaş değişkenleri için, bu kapsamda, SPSS Visual Binning menüsü aracılığıyla veri gruplandırılmasına gidilmiştir. Gruplandırma yapılırken, her ne kadar yaş grupları eşit aralıklı belirlenememiş olsa da grupların birbirine yaklaşık bir geçerli dağılım yüzdesi göstermesine dikkat edilmiştir. Gruplandırılmış yaş değişkenine göre 26 yaş altındaki katılımcılar toplamın yaklaşık %20'sine tekabül ederken, değişkenin modu %22,3 oranında pay ile 30-34 yaş aralığıdır. 41 yaş ve üzerindeki katılımcılar ise toplamın yaklaşık %17'sine karşılık gelmektedir. Anket çalışmasına katılan sağlık

araştırmada oluşturulan hipotezler nonparametrik bir test olan Kruskal Wallis H testi ile SPSS 23.0 programı kullanılarak sınıanmıştır. Kruskal Wallis H testinde 0,05 düzeyinde reddedilen sıfır hipotezleri için, farklı olan bağımsız değişken grubunun hangisi olduğunun saptanabilmesi amacıyla, Mann-Whitney U testi de yapılmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 25.03.2019 tarih ve 06/27 sayılı kararla onay alınmıştır. Araştırmanın söz konusu hastanede gerçekleştirilebilmesi için Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden 10.04.2019 tarih ve 60247264-799 sayılı kararla olur alınmıştır.

### Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma Türkiye'deki dokuz şehir hastanesinden yalnızca birine uygulanmış olup, araştırma sonuçları yalnızca araştırma grubuna genellenebilmektedir. Bu sonuçlar takip eden bölümde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

çalışanlarının %37,9'u erkek (138), %62,1'i (226) kadındır. Katılımcıların %61,5'inin 10 yıla kadar bir sektör deneyimi bulunmaktadır. 20 yıldan fazla bir süredir sağlık sektöründe yer alan, diğer bir ifadeyle katılımcıların içerisindeki en deneyimli kesimin oranı %11'dir. Sağlık çalışanlarının eğitim durumu incelendiğinde %5,8'inin lise, %77,7'sinin üniversite, %16,5'inin yüksek lisans mezunu olduğu görülmekte olup, %60,4'ü hemşire, %32,1'i diyetisyen, eczacı, acil tıp teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni veya anestezi teknisyeni gibi sağlık personeli, %6,3'ü doktor ve %1,1'i yöneticidir.

Ölçeğin geri kalan soruları ise sağlık çalışanlarının KÖO algılarının ölçümüne ilişkin olup, 54 sorunun Cronbach's Alpha değeri  $\alpha=0,768$  olarak bulunmuştur. KÖO algı ölçeği için yapılan açıklayıcı faktör analizine ilişkin olarak, Kaise-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,848'dir. Bu değer örneklem büyüklüğün çok iyi olduğunu işaret etmektedir. Bartlett's testi sonuçları

incelendiğinde ise,  $X^2=6501,955$ ,  $df=435$  ve  $p=0,000$  test istatistikleri elde edilmiş olup, bu bulgular değişkenler arasında korelasyon olduğu bilgisini vermektedir. Bu bağlamda, verilerin faktör analizine uygunluğu doğrulanmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre toplamda altı adet faktör oluşturulmuştur. Bu faktörlerin hipotezlerde ayrıntılı gösterimi yerine kısaca “KÖO Algısı” şeklinde özetlenmesi tercih edilmiştir. Belirlenen faktörlerden ilki olan “KÖO fayda ve verimliliği” toplam varyansın %30,272’sini, ikinci faktör olan “KÖO eleştirileri” %10,934’ünü, üçüncü faktör olan “Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu” %8,625’ini, dördüncü faktör olan “KÖO’nun istihdama etkisi” %6,247’sini, beşinci faktör olan “sağlık hizmetleri finansman sorunları” %5,209’unu ve altıncı faktör olan “sağlık hizmetlerinin verimliliği” ise %4,353’ünü oluşturmaktadır.

Çalışmada aşağıda yer alan hipotezler Kruskal Wallis testiyle sınanmıştır:

H<sub>1</sub>: KÖO algısı yaş etkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H<sub>2</sub>: KÖO algısı cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H<sub>3</sub>: KÖO algısı eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H<sub>4</sub>: KÖO algısı görev/unvan değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H<sub>5</sub>: KÖO algısı mesleki çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Bu hipotezlerin farksızlık hipotezleri ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığına yöneliktir. Açıklayıcı faktör analizinde altı adet faktör elde edildiği için her bir hipotez bu faktörler temelinde test edilmiştir.

#### Yaş – KÖO Algısı

Kruskal Wallis testine göre, gruplandırılmış yaş değişkeni temelinde oluşturulan altı adet hipotezden dört tanesinin sıfır (farksızlık) hipotezi kabul edilirken, iki tanesinin farksızlık hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 1. Yaş – KÖO Farklılığı Hipotez Test Özeti**

Sıfır Hipotezleri	(p)	Karar
KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Yaş kategorileri ile aynıdır.	,209	H <sub>0</sub> kabul
KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Yaş kategorileri ile aynıdır.	,011	H <sub>0</sub> ret
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)
“<= 26” - “35 – 40”	2132,000	66,11 – 81,57
“<= 26” - “41+”	1730,000	60,53 – 74,64
“<= 26” - “30 – 34”	1947,500	63,55 – 88,96
“27 – 29” - “30 -34”	2448,000	70,64 – 85,78
Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Yaş kategorileri ile aynıdır.	,052	H <sub>0</sub> kabul
KÖO’nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Yaş kategorileri ile aynıdır.	,261	H <sub>0</sub> kabul
Sağlık Hizmetleri Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Yaş kategorileri ile aynıdır.	,000	H <sub>0</sub> ret
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)
“41+” - “35 – 40”	1832,000	61,03 – 74,57
“41+” - “<= 26”	1544,000	56,31 – 76,06
“41+” - “30 – 34”	1530,000	56,08 – 83,11
“41+” - “27 – 29”	1262,000	51,69 – 82,17
“35 – 40” - “27 – 29”	2222,000	67,63 – 83,37
Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Yaş kategorileri ile aynıdır.	,120	H <sub>0</sub> kabul

Gruplandırılmış yaş değişkeni ile yalnızca “KÖO eleştirileri” ve “sağlık hizmetleri finansman sorunları” faktörleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Sıfır hipotezleri reddedilemeyen hipotezlere herhangi bir test uygulanmazken, sıfır hipotezleri reddedilenlere ise ilgili hipotezin karar sonucunun hemen altında yer aldığı şekilde Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Tabloya ise yalnızca Mann-Whitney U testinde  $p < 0,05$  koşulunu sağlayan, diğer bir ifadeyle, yalnızca istatistiki olarak anlamlı sonuç veren grupların test istatistikleri alınmıştır.

Tablo 1’deki KÖO eleştirileri – yaş karşılaştırmasına göre; 26 yaş ve daha küçük olan çalışanların sıra ortalaması, istatistiki olarak anlamlılık arz eden yaş gruplarından daha küçüktür. Bu açıdan, 26 yaş ve daha küçük gruptaki çalışanların KÖO’yu 30-34, 35-40 ve 41’den büyük yaş grubundaki çalışanlardan daha az eleştirdikleri söylenebilir. Yaşı 26 ve daha küçük olan sağlık çalışanlarının modelin sağlık hizmetleri sunumunda gereksiz bir uygulama olmadığını, özelleştirmeden farklı olduğunu düşündükleri söylenebilir. Diğer yaş grupları

için  $p < 0,05$  koşulunu sağlamadıklarından dolayı ilgili tabloda yer verilmemiştir.

Sıfır hipotezi reddedilen bir diğer hipotez olan “sağlık hizmetlerinin finansman sorunları” faktörüne ilişkin olarak 41 ve daha büyük yaşta olan çalışanların sıra ortalamaları daha düşük bulunmuştur. 41 ve üzeri yaştaki çalışanlar, sağlık hizmetlerinde finansman sorunları olduğunu, diğer yaş gruplarına göre daha az kabul etmektedirler. 41 ve üzeri yaşa sahip olan çalışanların, Türkiye’de sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkanlarını yeterli bulduğu söylenebilir. Yaş grubu 27-29 olan çalışanların 35-40 yaş grubunda çalışanlara göre sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda daha fazla sorun olduğuna kanaat getirdikleri ileri sürülebilir.

### Cinsiyet – KÖO algısı

Çalışmanın iki sayılı hipotezi doğrultusunda KÖO ölçeğine katılımcıların verdikleri yanıtlar ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir algı farklılığı bulunup bulunmadığına ilişkin test sonuçları Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2. Cinsiyet ile KÖO Algıları Arasındaki Farklılığa İlişkin Hipotez Test Özeti**

Sıfır Hipotezleri	(p)	Karar
KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Cinsiyet kategorileri ile aynıdır.	,084	H <sub>0</sub> kabul
KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Cinsiyet kategorileri ile aynıdır.	,000	ret
Grup 1 – Grup 2 Mann-Whitney U Test İstatistiği “Erkek – Kadın” 29081,000	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2) 210,73 – 165,26	Anlamlılık (Sig.) 0,000
Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Cinsiyet kategorileri ile aynıdır.	,925	kabul
KÖO’nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Cinsiyet kategorileri ile aynıdır.	,988	kabul
Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Cinsiyet kategorileri ile aynıdır.	,895	kabul
Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Cinsiyet kategorileri ile aynıdır.	,433	kabul

Tablo 2’ye göre yalnızca “KÖO eleştirileri” algısı ile kişilerin cinsiyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılığın yönü ilgili hipotezin hemen altındaki istatistiklerde yer almaktadır.

Erkeklerin KÖO eleştirileri algısına ilişkin ortalaması kadınlara göre daha yüksektir. Bu nedenle, erkeklerin kadınlara göre KÖO’yu daha çok eleştirmekte oldukları ifade edilebilir.

### Eğitim Durumu – KÖO Algısı

Üç sayılı hipotez bağlamında, katılımcıların KÖO algılarının, eğitim

durumlarına göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. Oluşturulan alt hipotezlere ilişkin sonuçlar Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 3. Eğitim Durumu ile KÖO Algıları Arasındaki Farklılığa İlişkin Hipotez Test Özeti**

Sıfır Hipotezleri	(p)	Karar	
KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	,722	H <sub>0</sub> kabul	
KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	,699	ret	
Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	,047	ret	
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Lise-Üniversite	2166,000	190,86 – 149,65	0,038
KÖO’nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	,001	ret	
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Lise – Üniversite	1648,000	89,48 – 157,18	0,001
Yüksek lisans-Üniversite	6937,000	146,12 – 177,49	0,026
Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	,001	ret	
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Lise – Yüksek lisans	440,000	31,95 – 44,17	0,040
Lise - Üniversite	1580,000	86,24 – 157,42	0,000
Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Eğitim Durumu kategorileri ile aynıdır.	,032	ret	
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
Yüksek lisans –Üniversite	6673,000	141,72 – 178,42	0,009

Tablo 3’e göre altı faktör için oluşturulan alt hipotezlerden KÖO fayda ve verimliliğinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık göstermediği hipotezi ile KÖO eleştirilerinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık göstermediği hipotezleri reddedilememiştir. Diğer dört alt hipotezin sıfır hipotezleri ise reddedilmiş olup, bu faktörler ile katılımcıların eğitim durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Farksızlık hipotezleri reddedilen dört hipotezin, yalnızca istatistiki olarak anlamlı sonuç veren ikili karşılaştırma tabloları da Tablo 3’teki ilgili hipotezin altında ayrı ayrı yer almaktadır.

“Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu” faktörü ve eğitim durumu arasındaki ilişkiye

bakıldığında, üniversite mezunlarının sıra ortalamasının lise mezunlarının sıra ortalamasından daha küçük olduğu görülmektedir. Buna göre üniversite mezunu çalışanların Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu, lise mezunları çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu söylenebilir. Üniversite mezunlarının Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığı ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğu görüşüne daha az katıldıkları söylenebilir.

Lise mezunu çalışanlar KÖO’nun istihdama etkisinin olduğunu diğer çalışanlara göre daha az kabul etmektedir. Üniversite mezunu çalışanların ise diğer çalışanlara göre KÖO’nun istihdam üzerinde daha etkili

olacağını düşündükleri söylenebilir. Üniversite mezunu sağlık çalışanlarının KÖO modelinin daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlayarak istihdamı arttıracığını düşündükleri ileri sürülebilir.

Sağlık hizmetlerinin finansman sorunları açısından, lise mezunu çalışanlar sağlık hizmetlerinde finansman sorunları olduğunu diğer çalışanlara göre daha az kabul etmektedirler. Lise mezunu çalışanların Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunu hem üniversite hem de yüksek lisans mezunlarına göre yeterli bularak sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkanlarını yeterli buldukları ifade edilebilir.

Sağlık hizmetlerinin verimliliği faktörü bakımından, yüksek lisans mezunlarının sıra ortalaması üniversite mezunlarından düşük bulunmuştur. Bazı çalışmalarda sağlık yöneticilerinin %82’sinin sağlık yönetimi eğitimi almadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Hatta bu şekildeki yanlış istihdam politikaları

nedeniyle çalışanların özel sağlık kuruluşlarına veya meslek dışı alanlara yöneldiği ifade edilmektedir.<sup>16</sup> Yüksek lisans mezunlarının üniversite mezunlarına göre sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini yeterli düzeyde bulmadığı ileri sürülebilir. Diğer eğitim düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. “KÖO fayda ve verimliliği” ile “KÖO eleştirileri” faktörleri, bağımsız değişkenler açısından farklılık sunmamaktadır.

### Görev – KÖO Algısı

Çalışmanın dört sayılı hipotezi kapsamında, katılımcıların KÖO algılarının, çalıştıkları pozisyona/görevlerine göre farklılık gösterip göstermediği test edilmiştir. KÖO algısını ölçen anketin, faktörler temelinde oluşturulan alt hipotezler hakkındaki sonuçları Tablo 4’te gösterilmektedir.

**Tablo 4. Katılımcıların Görevleri ile KÖO Algıları Arasındaki Farklılığa İlişkin Hipotez Test Özeti**

Sıfır Hipotezleri	(p)	Karar
KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	,521	H <sub>0</sub> kabul
KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	,090	H <sub>0</sub> kabul
Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	,002	H <sub>0</sub> ret
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)
Yönetici– Sağlık Personeli	24,000	8,50 – 62,79
Yönetici – Hemşire	27,500	9,38 – 114,38
Yönetici – Doktor	,000	2,50 – 16,00
Sağlık Personeli – Doktor	1024,500	67,76 – 84,46
KÖO’nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	,113	H <sub>0</sub> kabul
Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	,007	H <sub>0</sub> ret
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)
Sağlık personeli–Hemşire	10295,000	146,99 – 180,70
Sağlık personeli– Yönetici	81,000	59,69 – 99,25
Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Sağlık Kurumundaki Göreviniz kategorileri ile aynıdır.	,090	H <sub>0</sub> kabul

\*Kruskal Wallis testinde istatistiki olarak anlamlı çıkmasına rağmen, sıra ortalaması farkını bulmak için yapılan Mann-Whitney U Testinde anlamlı sonuç elde edilememiş olup, yorumlanmamıştır.

Tablo 4’e göre altı alt hipotezden yalnızca katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumuna dair algılarının sağlık kurumundaki

görevlerine göre algı farklılığı göstermediğine ilişkin hipotez ile sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair algılarının yine sağlık kurumundaki görevlerine göre algı



farklılığı göstermediğine ilişkin sıfır hipotezleri reddedilmiştir. Diğer hipotezler içinse gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4'e göre, Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu bakımından, yönetici pozisyonunda çalışanların sıra ortalaması diğer tüm görevlerde çalışanlardan daha düşük bulunmuştur. Buna göre yöneticilerin Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunu diğer çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu söylenebilir. Yöneticilerin sağlık harcamaları için devletin yeterli ödenek ayırdığına, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığına ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğuna daha az katıldıkları söylenebilir.

“Sağlık hizmetlerinin finansman sorunları” faktörü açısından, sağlık personeli olarak görev yapanların sıra ortalaması hemşire ve yönetici pozisyonunda çalışanlardan daha

düşük bulunmuştur. Buna göre sağlık personellerinde sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarının daha az olduğu yönünde bir görüş hâkim olduğu söylenebilir. Sağlık personeli olarak görev yapanların Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunu daha yeterli bulduğu ve projelerin finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilemediğine katılmadıkları söylenebilir. Hemşireler sağlık personeline göre sağlık hizmetlerinin finansmanında daha çok sorun olduğunu belirtmektedirler. Yöneticiler de sağlık personellerine göre sağlık hizmetlerinin finansmanını daha sorunlu görmektedir.

### Mesleki Çalışma Süresi – KÖO Algısı

Oluşturulan beşinci hipotez doğrultusunda, katılımcıların KÖO algılarının, bu sektördeki toplam mesleki çalışma sürelerine göre farklılık gösterip göstermediği denlenmiştir. KÖO ölçeği için oluşturulan altı adet faktöre ilişkin oluşturulan altı hipotezlere dair sonuçlar Tablo 5'te yer almaktadır.

**Tablo 5. Mesleki Çalışma Süresi ve KÖO Algıları Arasındaki Farklılığa İlişkin Hipotez Test Özeti**

Sıfır Hipotezleri	(p)	Karar	
KÖO Fayda ve Verimliliği faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	,107	H <sub>0</sub> kabul	
KÖO Eleştirileri faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	,000	ret	
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“0-5”-“6-10”	4475,500	95,26 – 126,41	0,000
“0-5”-“20+”	1401,000	64,51 – 85,48	0,006
“0-5”-“11-15”	1874,000	69,24 – 97,19	0,000
“0-5”-“16-20”	1297,000	63,47 – 90,62	0,000
Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	,707	kabul	
KÖO'nun İstihdama Etkisi faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	,027	ret	
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“0-5”-“6-10”	4973,500	100,24 – 122,39	0,011
“0-5”-“11-15”	2088,000	71,38 – 93,50	0,003
Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	,001	ret	
Grup 1 – Grup 2	Mann-Whitney U Test İstatistiği	Sıra Ortalaması (Grup 1 – Grup 2)	Anlamlılık (Sig.)
“16-20”-“11-15”	816,000	40,93 – 57,43	0,005
“16-20”-“6-10”	1540,000	58,17 – 92,08	0,000
“16-20”-“0-5”	1376,000	54,26 – 78,74	0,001
Sağlık Hizmetlerinin Verimliliği faktörünün dağılımı, Mesleki Çalışma Süresi kategorileri ile aynıdır.	,090	kabul	

Bu tabloya göre altı adet alt hipotezden katılımcıların KÖO eleştirileri, KÖO'nun

istihdama etkisi ve sağlık hizmetleri finansman sorunlarına ilişkin algıları, toplam

mesleki çalışma sürelerine göre algı farklılığı göstermektedir. Diğer alt hipotezlerin farksızlık hipotezleri ise reddedilememiş olup, bu faktör algıları ile kişilerin mesleki çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

KÖO eleştirilerine dair katılımcıların algısı, mesleki çalışma süresi beş yıla kadar olanlarla diğer süre gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı arz etmektedir. Başka bir ifadeyle, bu süre grubundakilerin KÖO'ya yönelik eleştiri konusundaki algısı diğer mesleki süre gruplarından farklılık sunmaktadır. Ancak, diğer çalışma sürelerine dahil olan katılımcıların aynı algı konusunda birbirleri arasında bir algı farklılığı bulunmamaktadır. Beş yıla kadar mesleki çalışma süresi grubuna dahil olanların diğerlerinden farklılığı Mann Whitney U ikili karşılaştırma testinde net bir biçimde kendini göstermektedir. 0-5 yıl arası mesleki deneyime sahip çalışanların sıra ortalaması diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Buna göre beş yıla kadar çalışma süresi olanların KÖO'yu daha az eleştirdikleri söylenebilir. Beş yıla kadar mesleki deneyime sahip çalışanların KÖO modeli ile gelecekteki kamu gelirlerinin şimdiden ipotek altına alındığına daha az katıldığı, özelleştirme olmadığını ve gerekli bir uygulama olduğunu düşündükleri söylenebilir.

KÖO'nun istihdama etkilerine ilişkin katılımcıların algılarının, Beş yıldan az mesleki deneyim sahip grup ile 6-10 yıllık mesleki deneyime sahip olan grup ve yine beş yıldan az mesleki deneyim sahip grup ile 11-15 yıllık meslek deneyimine sahip olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı bulunmaktadır. Diğer grupların arasında ise istihdam konusunda anlamlı bir algı farklılığı bulunmamaktadır. 0-5 yıl mesleki deneyime sahip çalışanların sıra ortalaması daha düşük bulunmuştur. Beş yıla kadar mesleki çalışma süresi olanlar, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışma süresi olanlara göre KÖO'nun istihdama daha az etkisi olacağını düşünmektedir.

16-20 yıl arasında sağlık sektöründe çalışmakta olanlar, sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair, 11-15 arasında, 6-10 arasında ve beş yıldan az mesleki deneyime sahip olanlara göre farklı algıya sahiptirler. Aynı grubun, 20 yılın üzerinde sağlık sektöründe çalışmakta olanlara göre aynı konuda istatistiksel olarak anlamlı bir algı farklılığı yoktur. 16-20 yıl arası mesleki deneyime sahip çalışanların sıra ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. 16-20 yıl arası deneyimi olan çalışanlar, sağlık hizmetlerinde finansman sorunları olduğunu, 0-5, 6-10, 11-15 yıl mesleki çalışma süresi olanlara göre daha az kabul etmektedirler.

1980 sonrası değişen piyasa ekonomisi anlayışını takiben sağlık hizmetleri de küreselleşmiş ve özelleştirilmiş, devletin bu piyasaya müdahalesi azalmıştır.<sup>17</sup> Bu bağlamda sağlık hizmetleri için finansman ihtiyacının artması, devlet bütçelerinin bu ihtiyacı karşılayamaz hale gelmesi yeni bir finansman arayışı içine girmelerine sebep olmuştur. Böylece ortaya çıkan KÖO modeli uygulamaya konmuştur.

Çalışma Türkiye'de sağlık sektöründe son yıllarda uygulanmaya başlanan yeni bir finansman yöntemi olan KÖO modelini incelemek, KÖO ile yapılan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki sağlık çalışanlarının KÖO modeline ilişkin algılarını belirli boyutlar çerçevesinde değerlendirerek ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Aşağıda belirtilen çalışmalar da KÖO ve şehir hastanelerine yönelik araştırmalardır.

Çınar ve arkadaşları şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet memnuniyetini incelenmiş ve şehir hastanelerinde fiziki imkanların yüksek olmasına rağmen hekim azlığı sebebiyle hastaların sıra bekleme sürelerinin uzun olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Genel anlamda şehir hastanelerinde hizmet memnuniyeti yüksek bulunan çalışmada yöneticilerin diğer çalışan gruplara oranla hasta ve yakınlarına hoşgörülü ve saygılı davranma oranı daha düşük bulunmuştur.<sup>18</sup>

Medhekar, araştırmasında Hindistan'da sağlık hizmetleri sunumunda KÖO modeli ile özel sektörün rolünü ve sağlık turizmine

etkilerini incelemiştir. Hindistan bir yandan yabancı hastalara birinci sınıf tıbbi tedavi hizmeti sunarken diğer yandan yoksulluk içinde yaşayan milyonlarca insan için birinci basamak sağlık hizmetlerine ve altyapıya eşit erişim sağlamakta zorlanmaktadır. KÖO projeleri ile yapılan hastanelerden sadece zenginlerin ve yabancıların hizmet alabildiğini belirten araştırmacı sağlık turizmini destekleyen hastanelerden kırsal ve kentsel alanda yaşayan, zengin ve fakir herkesin eşit faydalanamadığına değinmiştir.<sup>19</sup>

Baş, KÖO hakkında hizmet sunucuları ve yararlanıcılarının görüşlerini araştırmış ve yöneticilerin diğer tüm sağlık çalışanlarına göre model hakkında daha pozitif bakış açısına sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Baş, KÖO modeli hakkında sağlık çalışanları için daha çok seminer, konferans ve bilgilendirme yapılması gerektiğine değinmiştir. Sağlık hizmeti sunucuları açısından şehir hastanelerinin devlet hastanelerine göre daha kaliteli hizmet sunduğu ve hasta memnuniyetinin arttığını savunmuştur. Sağlık çalışanları görüşlerine göre şehir hastanelerinde yönetimin sadece kamuya ait olması gerektiği görüşünün hâkim olduğu bulunmuştur.<sup>20</sup>

İran'da sağlık hizmeti sunumunda KÖO uygulamalarını desteklemek ve geliştirmek için stratejiler geliştirmek üzerine bir çalışma yapan Barati ve arkadaşları, politika ve yasalardaki değişiklikler, sosyo-kültürel değişiklikler, mevcut mekanizmaların ve süreçlerin düzeltilmesi ve finansal ve sermaye kapasitesi geliştirme gibi çeşitli faktörlerin etkili stratejiler olduğunu belirtmişlerdir. Modelin İran'da başarılı olabilmesi için daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiğini belirterek mevcut sonuçların uluslararası veriler ve örneklerle karşılaştırmasını önermişlerdir.<sup>21</sup>

Top ve Sungur Türkiye'de şehir hastanelerinde KÖO uygulamasını paydaşların görüşleri üzerinden değerlendirmiştir. Araştırmaya göre KÖO'nun Türkiye'de sağlık sektöründe finansal açıdan uygulanabilirliği ile ilgili olumlu görüşler elde edilmiştir. Katılımcıların

çoğunluğuna göre model, Türkiye'de sağlık sektörünün alt yapısı için uygun bir finansman modeli olarak belirtilmiştir. Kamu ve özel sektör paydaşları konu ile ilgili olumlu görüşler bildirirken sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin olumsuz görüşlere sahip olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu özel sektörün altyapı inşası için desteğinin önemli olduğunu ve yüksek teknoloji ekipmanı tedarik etmek için özel sektörle iş birliği yapmanın doğru olduğunu belirtmiştir. Araştırmada özel sektörün desteğinin sadece altyapı desteği ile sınırlı kalması gerektiğine değinilerek, özel sektörün destek hizmetleri kontrol etmesi halinde yüksek kar elde etmeyi hedefleyeceği vurgulanmıştır.<sup>22</sup>

Tenşi, KÖO uygulaması olan şehir hastanelerini başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı tarafından değerlendirmiştir. Katılımcıların model ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları bulgusuna ulaşan araştırmacı, farklı dal hastanelerinin aynı kampüs içinde olmasının hizmeti alanlar açısından daha ekonomik olacağını belirtmiştir. Şehir hastanelerinde modern ve kaliteli hizmet sunumu olacağını ve sağlık turizmine katkı sağlayacağını savunmuştur. Çalışma bulgularında şehir hastanelerinde yönetimin tamamen kamuya ait olması gerektiği önerilmiştir.<sup>23</sup>

Lopez ve arkadaşlarının Alzira modeli hakkındaki çalışmasında KÖO'nun genel olarak kamu hizmeti sağlayıcılarından daha iyi performans sergilemediği belirtilmiştir. Araştırmada Alzira Hastanesi'nin emsallerine göre daha kötü performans gösterdiği ve modelin başarılı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada Alzira'daki deneyimlerin uluslararası örneklerin aksine teknik verim açısından istatistiksel olarak daha kötü sonuçlandığı belirtilmiştir.<sup>24</sup>

Gökbulut çalışmasında, modelin verimli, etkin ve ekonomik olduğu yönündeki gerekçelerin ayrıntılı analiz edilmediğine değinmiş ve projelerin mekânsal olarak ihtiyaçtan fazla büyük olduğunu, bu bağlamda da şehir hastanelerinin tedavi merkezinden ziyade beş yıldızlı otel konforunda

ifadeleriyle ticari boyutunun vurgulandığını belirtmiştir. KÖO sözleşmelerinin kamuoyundan gizli tutulmasının ve özel sektöre ödenecek bedellerin açıklanmamasının ortaklığın kamuya getireceği yükün net olarak bilinmemesine sebep olduğunu vurgulamıştır.<sup>25</sup>

Yap-kirala-devret modeli ile yapılan şehir hastaneleri projelerinde, ortaklardan özel kesimin işletme döneminde elde edeceği kira gelirinden daha fazla istifade etmek için sözleşme süresini etkin şekilde kullanacağını belirten Kulaksız, sözleşme süreçlerinin karmaşık olmasının kamu kesimine düşen riski arttıracığına da değinmiştir. KÖO projelerinin hastane inşası projesinden öteye tıbbi hizmetler ve bilgi işlem altyapısının önemine değinen araştırmacı, ülkemizde uzun yıllardır modelin uygulandığı enerji ve ulaşım sektöründeki tecrübelerin sağlık sektörüne katkı sağlayacağını belirtmiştir.<sup>26</sup>

Erdem ise KÖO modelinin kamu maliyesine etkilerini incelemiş ve modelin, bütçeye yük olmadan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi, ortaklıktan toplumsal yarar elde edilmesi, yeni hizmet alanlarının doğması ile kamu maliyesine olumlu etkiler sağlayacağını vurgulamıştır.<sup>27</sup>

Özel sektörün sahip olduğu atıl sermayenin kamu hizmetinde kullanılması ile kamunun bu alandaki finansman sıkıntısına çözüm olacağını belirten Güler, şehir hastaneleri ile sağlık hizmetlerinin daha hızlı, etkili, kaliteli, ileri teknoloji ile verileceğini belirtmektedir. Modelin sağlık sektöründeki uygulamaları hakkında yetersiz bilgilendirmeye bağlı olarak eleştiri ve negatif görüşlerin hâkim olduğunu, konu kapsamında bilinç oluşturmak için gerekli çalışmaların yapılmasını önermektedir.<sup>28</sup>

Özkan entegre sağlık kampüslerinin standart yatan hasta odaları üzerine araştırma yapmış ve çalışmasında Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü ile Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin hasta odalarını kıyaslamıştır. Hasta odalarında kullanılan malzemeler, tasarım, teknik tesisat açısından Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü'nde daha üstün kaliteli olduğu bulgusuna ulaşılmış, bu

bulgulara dayanarak daha konforlu olduğu belirtilmiştir.<sup>29</sup>

Ünal ve Ünal Trabzon ve Ankara'da toplamda 30 kamu hastanesinde yapmış oldukları çalışmada yöneticilerin kamu özel ortaklığı hakkında tamamen bilgi sahibi olduklarını ortaya koymuşlardır. Ayrıca, araştırmaya katılan yöneticilerin, kamu özel ortaklığında kamunun ağırlığının artması gerektiğini ifade ettiklerini, teknolojiye ve araştırma geliştirme faaliyetlerine daha fazla kaynak ayrılması gerektiği düşüncesine büyük oranda katıldıklarını, sözleşme sürelerinin uzaması durumunda kamu için ilave maliyetler oluşabileceğini ve dış kaynak kullanımının artması durumunda sağlık hizmetlerinin özel sektörün denetimine geçebileceğini vurgulamışlardır.<sup>17</sup>

Bu çalışma kapsamında ise bazı açılardan benzer bazı açılardansa farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Yapılan analizler sonucunda yaş değişkeni ile KÖO eleştirileri ve sağlık hizmetleri finansman sorunları faktörleri arasında anlamlı bir algı farklılığı bulunmaktadır. KÖO eleştirileri en çok 26'dan az yaş grubu ile 30-34 yaş grubu arasında algı farklılığı göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman sorunu bakımından en büyük algı farklılığı 41'den büyük yaş grubu ile 27-29 yaş grubu arasındadır.

Cinsiyet ve KÖO eleştirileri arasındaki algı farklılığına bakıldığında erkeklerin kadınlara göre daha yüksek algılarının olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda, erkeklerin KÖO için daha eleştirel bir yaklaşım içinde oldukları söylenebilir. Eğitim durumu açısından, üniversite mezunları ile lise mezunları arasında Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumu açısından anlamlı bir algı farklılığı bulunmamıştır. Katılımcıların sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına dair; lise ile yüksek lisans ve lise ile üniversite mezunları arasında algı farklılığı bulunduğu, yüksek lisans ile üniversite mezunları arasında bir algı farklılığı bulunmadığı tespit edilmiştir. Eğitim durumu ve sağlık hizmetlerinin verimliliği faktörü incelendiğinde, yalnızca yüksek lisans ile lise mezunları arasında bir algı farklılığı bulunduğu belirlenmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin katılımcıların yanıtları, yönetici ile sağlık personeli, yönetici ile hemşire, yönetici ile doktor ve sağlık personeli ile doktor arasında farklılık göstermektedir. Bu durumda hizmet sunumuna ilişkin algı farklılığı asıl olarak yönetici pozisyonunda çalışanlar için geçerlidir. Sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin algı farklılığı bulunmayan grup iste hemşire-doktor ve hemşire-sağlık personelidir. Mesleki deneyim ve sağlık hizmetleri finansman sorunları arasındaki algı farklılığı incelendiğinde 16 ile 20 yıl arası mesleki deneyime sahip olanların en çok farklılık gösterdiği grup beş yıl ve daha az bir süredir

sağlık sektöründe çalışanlar olarak bulunmuştur.

Türkiye’de sağlık harcamaları için devletin yeterli ödenek ayırmadığı, projelerin finansman sıkıntısı nedeniyle zamanında bitiremediği ve sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğinin yeterli düzeyde olmadığı yönünde görüşler çoğunlukta bulunmuştur. KÖO modeli ile yapılan şehir hastaneleri ile özel sektörün sahip olduğu sermayenin kullanılmasıyla daha ileri teknoloji ile sağlık hizmeti sunulacağı ve kamunun bu konudaki finansman sıkıntısına çözüm olabileceği öngörülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada oluşturulan beş hipotezin de farkınlık hipotezleri, oluşturulan faktörlere bağlı olarak reddedilmiştir. Katılımcıların verdiği yanıtlara göre yapılan analizde toplam altı adet faktör oluşturulmuş olup, bağımsız değişkenler ve KÖO ölçeği faktörlerinin ilişkilendirildiği alt hipotezlerin ayrıntılarına bulgular kısmında yer verilmiştir. Bu bulgulardan elde edilen temel sonuçları aşağıda yer aldığı gibi özetlemek mümkündür.

Bazı çalışmaların aksine, KÖO modeli konusunda çoğunluğun yeterli bilgiye sahip olmadığı ve KÖO konusunda yeteri kadar seminer, konferans ve benzeri bilgilendirme yapılmadığı tespit edilmiştir. Beş yıla kadar mesleki deneyime sahip çalışanlar haricindeki tüm sağlık çalışanları modelin özelleştirmenin farklı bir uygulaması olduğunu düşünmektedir. Bu türden eleştirilerin yoğunlaştığı yaş grubu 26 yaş altı çalışanlardır. Bununla birlikte, çalışmaya henüz başlamış beş ve daha az mesleki deneyime sahip olan katılımcılar ise eleştiri yapabilecek bir bilgiye sahip olmadıkları için KÖO’yu diğer mesleki çalışma sürelerine göre daha az eleştirmektedirler. Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmeti alanların konu ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının yapılması gerekliliği doğmaktadır. Kişilerin bilinçlendirilmesinin KÖO konusunda olumsuz görüş ve eleştirileri azaltacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunu diğer çalışanlara göre daha yetersiz bulduğu bulgusu elde edilmiştir. Yöneticilerin sağlık harcamaları için devletin yeterli ödenek ayırdığına, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlandığına ve sağlık hizmetinden halkın memnun olduğuna katılmadıkları belirlenmiştir. 41 ve üzeri yaşta olanlar, sağlık hizmetlerinin finansmanında sorunlar yaşandığı algısına diğer yaş gruplarına göre daha çok sahiptirler. Şehir hastanelerinde özel sektörün finansman desteği ile sağlık harcamalarına daha yeterli ödenek aktararak hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin artması hedeflenmelidir. Projelerin uzun vadeli sözleşmelerle gerçekleştirilmesi nedeniyle ve suiistimallerin önlenmesi için sözleşmelerin her ayrıntıyı kapsamasına özen gösterilmelidir.

Üniversite mezunu katılımcılar şehir hastanelerinin daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlayarak istihdamı arttıracığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Tıbbi destek hizmetlerinde özel kesimin taşeron işçi çalıştırması yerine tüm tıbbi hizmetlerin kamu tarafından kamu personeli ile verilmesinin istihdamı daha fazla arttıracığı söylenebilir.

İleriki çalışmalara yön verebilmek adına bazı tespitlerde bulunabilir. Öncelikle, şehir hastanelerinde hizmet kalitesinin ve mekân kalitesinin ayrı olarak çalışılması önerilebilir. Böylece daha spesifik algı ve

karşılaştırmalara ulaşılabilir. Model hakkında, ülke kaynaklarının israf edileceği, özelleştirmeden farklı bir uygulama olmadığı, sağlık sektöründe gereksiz bir uygulama olduğu, uluslararası emperyalist sermayenin ülkeleri yeni bir sömürü şekli olduğu ve yolsuzlukları arttırabileceği yönünde

eleştiriler bulunmaktadır. Eleştirilerin giderilmesi için sözleşmeler ile ilgili kamuoyunun bilgilendirilmesinin yanında araştırmacılar açısından da bu unsurların içerildiği farklı ölçekler geliştirilmesi gereklidir.

#### KAYNAKLAR

1. Karasu, K. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı". Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66 (3), 217-262.
2. Akdağ, R. (2010). Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.
3. Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli". Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, 17 (3), 25-51.
4. Altan, Y, Kerman, U, Aktel, M, Metin, Y. ve Eke, E. (2013). "Yerel Yönetimlerde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması: Büyükkabaca Belediyesi Örneği." Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, 5 (3), 9-17.
5. Uygun, B. (2013). "Yeni Bir İlişki Türü: Kamu Özel Ortaklığı". Hukuk Gündemi, (2), 24-27.
6. Ayhan, E. ve Önder, E. (2018). "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli". Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 4 (1), 514-526.
7. Özer, M.A. (2016). "Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı". Sosyal Güvenlik Dergisi, 6 (1), 9-38.
8. Tengilimoğlu, D, Işık, O. ve Akbolat, M. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
9. Yılmaz, Y.F. ve Karakaş, G.D. (2011). "Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek". Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu: 2011 Mayıs 6-7; Bursa: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 29-83.
10. Dönmez, N.F.K, Atalan, A. ve Dönmez, C.Ç. (2020). "Desirability Optimization Models To Create The Global Healthcare Competitiveness Index". Arabian Journal for Science and Engineering, (45), 7065-7076.
11. Gökkaya, D, Eroymak, S. ve İzgüden, D. (2018). "Kamu özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi". Social Sciences Studies Journal, 19 (4), 2235-2243.
12. Emek, U. (2017). "Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti Ve Gerçekleşme". Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi, 7 (1), 139-168.
13. Sağlık Bakanlığı. (2018). Adana Şehir Hastanesi haberi. Erişim adresi: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR-33024/kanal-24---adana-sehir-hastanesi-haberi.html>, (Erişim tarihi: 20.03.2021).
14. Raosoft. (2021). Sample Size Calculator. Erişim adresi: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>, (Erişim tarihi: 20.03.2021).
15. Keskin, S. (2011). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
16. Ünal Köse, A. ve Kulakaç, N. (2019). "Kamu Hastaneleri Performans Ölçüm Yaklaşımının Sağlık Yöneticileri Tarafından Değerlendirilmesi". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8 (1), 18-24.
17. Ünal, A. ve Ünal, A.K. (2017). "Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığına Yönelik Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri". Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4 (1), 51-56.
18. Çınar, N.F, Türkoğlu, Ç. ve Tütünsatar, A. (2017). "Kamu Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli Ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma". Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 29 (4), 215-232.
19. Medhekar, A. (2014). "Public Private Partner Ships For Inclusive Development: Role of Private Corporate Sector in Provision of Healthcare Service.". Procedia-Social and Behavioral Sciences, (157), 33-44.
20. Baş, Ö. (2018). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Yozgat İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
21. Sadeghi, A, Barati, O, Bastani, P, Daneshjafari, D. and Etemadian, M. (2016). "Strategies To Develop and Promote Public-Private Partnerships in The Provision of Hospital Services in Iran: A Qualitative Study." Electronic Physician, 8 (4), 2208-2214.
22. Top, M. and Sungur, C. (2019). "Opinions and Evaluations of Stakeholders in The Implementation of The Public-Private Partnership Model in Integrated Health Campuses (City Hospitals) in Turkey." The International Journal of Health Planning and Management (34), 241-263.
23. Tenshi, M. (2019). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi: İzmir İli Alan Çalışması, Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.
24. Lopez, M.R, Gorgemansb, S, Delgadoa, E.B. (2019). "Public Private Partnerships in The Spanish National Health System: The Reversion of The Alzira Model." Health Policy, (123), 408-411.
25. Gökbulut, F. (2019). Türkiye'de Kamu Özel İşbirliğinin Sağlık Alanında Uygulanması: Şehir Hastaneleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
26. Kulaksız, S. (2018). Kamu Hizmet Tedarik Yönteminin Belirlenmesinde Kamu Özel İşbirliği Yöntemi Ve Geleneksel Tedarik Yönteminin Bir Sağlık Sektörü Projesi Üzerinde İncelenmesi. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
27. Erdem, E. (2015). Sağlık Hizmetinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Kamu Maliyesine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
28. Güler, E. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Modeli (Bursa İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
29. Özkan, S. (2018). Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Entegre Sağlık Kampüsleri Standart Yatan Hasta Odaları Üzerine Bir İnceleme. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Güzeli Sanatlar Enstitüsü, Ankara.