

## Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örneklerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Analiz

Evaluation of Best Practices in Terms of Health Management of City Hospitals: A Qualitative Analysis

Emre YILMAZ<sup>1</sup>, Yeter USLU<sup>2</sup>

### ÖZ

Bu çalışmada Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastanelerinin iyi uygulama örnekleri ile ilgili öne çıkan tema, kategori ve kodların tespit edilmesi amaçlanmıştır. Mevcut şehir hastaneleri bünyesindeki iyi uygulama örneklerinin gelecekte açılacak olan diğer şehir hastanelerine yol göstermesi sağlanırken, süreçlerin iyileştirilmesi, sürdürülebilirliğin ve yönetilebilirliğin sağlanması adına şehir hastaneleri yöneticilerine de fayda sağlaması hedeflenmektedir. Nitel bir araştırma yöntemlerinden yüzyüze derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak 2018 Nisan – Temmuz ayları arasında Şehir hastanelerinin üst ve orta düzey çeşitli pozisyonlarda görev yapan toplam 18 yönetici ile yaklaşık 830 dakika süren görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Veriler katılımcılarla yarı-yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla toplanmıştır. Görüşme formunda yer alan sorular yedi tema altında toplanmıştır. Çalışmanın temalarını tesis yönetimi, insan kaynakları yönetimi, otelcilik hizmetleri yönetimi, tedarik zinciri yönetimi, yönetim uygulamaları, hasta güvenliği uygulamaları ve elektronik sağlık kaydı temelli katma değerli uygulamalar oluşturmaktadır. NVIVO 12.0 nitel analiz programında her bir tema ayrı ayrı değerlendirilerek içerik analizi tekniği ile çözümlenmiş; kategori ve kodlar belirlenmiş, şehir hastanelerinde kullanılan iyi uygulamalar ortaya çıkarılmıştır. Sonuç olarak, Türkiye’de açılmış ve açılması planlanan şehir hastanelerinde yaşanması muhtemel problemlerin iyi uygulama örnekleri ile minimuma indirgenebilmesi için diğer hastanelere yönetsel fonksiyonlar ve sağlık bilişimi gibi temel konularda yol gösterici nitelikte olacak bulgulara yer verilmiştir. Nitel analiz sonucu elde edilen bulgular tartışılarak yorumlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İçerik Analizi, Kamu Özel İşbirliği, Nitel Araştırma, Sağlık Yönetimi, Şehir Hastaneleri.

### ABSTRACT

In this study, it is aimed to determine the prominent themes related to the best practices of Yozgat, Isparta, Adana and Mersin City Hospitals. While best practices within existing city hospitals will guide other city hospitals to be opened in the future, it is aimed to benefit city hospital managers in order to improve processes, ensure sustainability and manageability. Using the in-depth interview technique as a qualitative research, face-to-face interviews lasting approximately 830 minutes were conducted with a total of 18 personnel in various positions from the top management to the lower levels of the city hospitals between April and July 2018. Data were collected with the participants through a semi-structured questionnaire. Interview questions are grouped under seven main functions. The functions of the study consist of facility management, human resources management, hotel services management, supply chain management, governance practices, patient safety practices and electronic health record-based value-added applications. In the NVIVO 12.0 qualitative analysis program, each function was evaluated separately and analyzed with the content analysis technique; themes and codes were determined, and good practices used in city hospitals were revealed. As a result, findings that will guide other hospitals on basic issues such as administrative functions and health informatics are included in order to minimize the possible problems that may be experienced in the city hospitals opened and planned to be opened in our country with best practices. The findings obtained as a result of the qualitative analysis were discussed and interpreted.

**Keywords:** City Hospitals, Content Analysis, Health Management, Public-Private Partnership, Qualitative Research.

*Istanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından E-10840098-604.01.01-E.8386 sayılı numarası ile 08/03/2018 tarihinde etik kurul izni alınmıştır. Bu çalışma, birinci yazarın yüksek lisans tezinden türetilmiştir. 2017-19 proje numaralı bu çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiştir.*

<sup>1</sup> Araştırma Görevlisi, Emre YILMAZ, Sağlık Yönetimi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, emreyilmaz@medipol.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4502-9846

<sup>2</sup> Profesör Doktor, Yeter USLU, Yönetim ve Strateji, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, yuslu@medipol.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8529-6466

**İletişim / Corresponding Author:** Emre YILMAZ  
**e-posta/e-mail:** emreyilmaz@medipol.edu.tr

**Geliş Tarihi / Received:** 02.10.2022  
**Kabul Tarihi/Accepted:** 20.12.2022

## GİRİŞ

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) teriminin ortaya çıkışı 1950'li yılları bulmuş, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, eğitim ve diğer sektörlerde, sunulacak hizmetin finansmanını kamu ve özel sektörün ortaklaşa üstlenmesi olarak ifade edilen biçimde kullanılmaya başlanmıştır.<sup>1</sup> 90'lı yılların sonlarına doğru on kadar ülke bu modeli kullanmakta iken günümüzde çoğu ülkede bu modelin kullanımının olduğu bilinmektedir.<sup>2</sup> Devletin en temel amaçları arasında kamunun ihtiyacı olan hizmetleri sunmak vardır. Sunulacak hizmetler arasında, hastane, yol, okul, altyapı hizmetleri ve cezaevleri gibi farklı hizmet kalemleri bulunmaktadır. Her hizmet kaleminin kamuya nasıl ve hangi şekilde sunulacağı, etkin ve verimli bir şekilde yönetiminin nasıl olacağı gibi konular üzerine olan tartışmalar geçmişten günümüze kadar varlığını sürdürmektedir.<sup>3</sup>

KÖİ modeli büyük çaptaki altyapı faaliyet ve projelerin finansmanını üstlenen, kamu hizmetinin sağlanabilmesi amacıyla kamu ve özel sektörün işbirliği içinde beraber olarak hareket ettiği ve kamu hizmet sunumunun ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için bütün süreçlerde gerçekleşme ihtimali olan risklerin ortaklaşa paylaşıldığı bir model olarak tanımlanabilmektedir.<sup>4</sup> Sağlık sektöründe KÖİ modelinin yaklaşık çeyrek asırlık bir geçmişi vardır. KÖİ modelinin tercih edilmesi sebepleri arasında iki ana neden bulunmaktadır. Bunlar, kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde, kamu yatırımlarına, özel sektörün finansman gücünden yararlanmak ve özel sektörün işletme kapasite ve yeterliliklerinden faydalanmaktır.<sup>5</sup>

Türkiye'de sağlık sektöründeki KÖİ modelinin yansması Şehir Hastanesi yapılanmasında gerek kamunun gerekse özel sektörün etkilerinin ortaklaşa bir akıl ile yürütüldüğü düşünüldüğünde her iki sektörün bir araya gelerek hem yönetsel açıdan hem de işletmenin sürdürülebilirliği açısından stratejik bir ortaklık kapsamında değerlendirilmesi kaçınılmaz olmuştur.

Çalışmamız kamu-özel işbirliklerinin sonucu olarak Türk sağlık sektöründe 2018 yılı itibarıyla araştırma dönemi içerisinde faal olan Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri'nin işletme fonksiyonlarına ek olarak elektronik sağlık kaydı temelli fonksiyonlar açısından ele alınarak, hastanelerin iyi uygulamaların hangi fonksiyonlarında yoğunlaştığının tespit edilmesi ve iyi uygulamaların ortaya konulmasını amaçlaması bakımından özgün bir değer taşımaktadır. Nitekim literatür incelendiğinde kamu-özel işbirliğinin sağlık sektörüne kazandırdığı şehir hastaneleriyle ilgili iyi uygulama örneklerini içeren herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple araştırmamız konuyla ilgili yapılacak olan çalışmalara kaynak olma ve yol gösterici olma niteliklerini taşımaktadır.

### **Kamu Özel İşbirliğinin Sağlıktaki Gelişimi**

Devletin en temel sorumlulukları arasında kamu hizmetinin sağlanması yer almaktadır. Bu hizmetlerin hangi türde olacağı nasıl ve ne zaman sunulacağı her dönem de tartışılan konular arasında yerini almıştır. Kamu hizmet sunumunda yaşanacak en büyük sorunlar arasında bütçe açıkları sebebiyle yatırıma ayrılan payın kısılması yer almaktadır. Yatırıma ayrılan payın kısılması bazı kamu hizmetlerinde aksaklığa, beklenen kalite düzeyinde sunulmamasına ya da daha kötüsü hizmetin hiç verilememesine sebebiyet vermektedir. Tüm bunların ötesinde, devletin tekelinde bulunan kamu hizmetinin tüm aşamalarında (planlama, tasarım, inşaat ve işletmesi dahil olmak üzere) ortaya çıkabilecek risklerin tümüne devlet kendi çözüm bulması gerekmektedir.<sup>3</sup>

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Modeli büyük çaptaki altyapı faaliyet ve projelerin finansmanını üstlenen, kamu hizmetinin sağlanabilmesi amacıyla kamu ve özel sektörün işbirliği içinde beraber olarak hareket ettiği ve kamu hizmet sunumunun ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için bütün süreçlerde gerçekleşme ihtimali olan risklerin ortaklaşa paylaşıldığı bir model olarak

tanımlanabilmektedir.<sup>4</sup> Kamu Özel İşbirliği Modeli ile proje geliştirme, inşa etme, finanslama ve işletmedeki risklerin önemli bir bölümü yüklenici firmalara yüklenmektedir. Ancak risklerin önemli bir bölümünün girişimcilere yüklenmesi bu alana yatırımın özel sektör açısından çok tercih edilmemesine sebep olmaktadır. Bu kapsamda yüklenici firmalar oluşabilme ihtimali yüksek olan tüm risklere karşı senaryolar oluşturarak tekliflerini hazırlamaktadır. Bu sakıncaları azaltmak adına üretimi gerçekleşen mal ve hizmetin kamu tarafından satın alınması veya minimum kullanım ve fiyat garantisi uygulamaları hayata geçirilmektedir. Söz konusu projelerin ömürleri on yıllarla ifade edildiği için geleceğe yönelik verilen çeşitli garantiler açısından kamu-özel sektör arasında sorunlar yaşanabilmektedir.<sup>6</sup> Ancak KÖİ Modeli, doğru proje ve koşullar altında uygulanırsa kamu ve özel sektör için kazan-kazan durumu yaratılabilir.

Sağlık sektöründe KÖİ modelinin yaklaşık çeyrek asırlık bir geçmişi vardır. KÖİ modelinin tercih edilmesi sebepleri arasında iki ana neden bulunmaktadır. Bunlar, kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde, kamu yatırımları sürecinde özel sektörün finansman gücünden, işletme kapasite ve yeterliliklerinden yararlanmaktır.<sup>5</sup> Bu alanda dünya genelinde KÖİ modelini başta İngiltere olmak üzere Fransa, İtalya, İspanya, Almanya, Avustralya, Macaristan, Romanya, Polonya, Güney Afrika Portekiz. Japonya, Kanada, Meksika, ülkeleri uygulamaktadır. Ülkeler KÖİ alanında yatırım yapmaya devam etmelerine rağmen toplam kamu yatırımları içerisinde hala küçük bir kısmı oluşturmaktadır.<sup>7</sup>

**Tablo 1. Dünyada Sağlık Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları<sup>8</sup>**

Ülkeler	Başlangıç Yılı	Proje Sayısı	Proje Bütçesi (Milyar \$)
İngiltere	1990	130	15
İtalya	1999	50	6,5
Almanya	2002	21	3
Fransa	2002	50	5
Portekiz	2002	6	5
Kanada	2003	92	26
Türkiye	2009	34	20

Kamu-Özel İşbirliği Modeli her ülkenin kendine özgü özelliklerine göre değişiklikler gösterebilir. OECD bu konuda hazırladığı raporda KÖİ modelini uygulayan ülkelerin bu işbirliğinin yürütülebilmesi (ihale süreci, bütçe hesaplamaları, denetim vb.) için ayrı bir birim oluşturulmasının gerekliliğini belirtmiştir. Bu birimin bakanlıklara bağlı ayrı bir birim, üst kurul tipi özerk bir yapı veya kamu tüzel kişisi ya da özel hukuk tüzel kişisi olmasının ülkelerin özelliklerine göre belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>7</sup>

### KÖİ Avantaj ve Dezavantajları

Sağlık sisteminde KÖİ modeli ile ülkemize kazandırılan Şehir Hastanelerinin çeşitli avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bunlar:<sup>(1, 9-12)</sup>

Avantajları;

- Kamu sektöründe reform yapılmasını teşvik eder.
- Kamu hizmeti daha kaliteli ve hesaplı şekilde ifa edilebilir.
- Kamu hizmetlerinin finansmanında yaşanan sıkıntılara alternatif çözüm oluşturur.
- Yüksek finansman kaynağı gerektiren projelerin hayata geçirilmesi kolaylaşır.
- Rekabetçi ortam oluşturarak, sunulan hizmetin kalite düzeyini artırır.
- Kamu hizmetlerinin görülmesinde özel sektör kapasitesinin kullanılmasına olanak verir.
- Devletin ekonomik faaliyetlere katılım payını ve yönetimin getirdiği sorumluluk yükünü azaltır.
- Proje riskinin paylaşılmasını sağlar.
- Yatırım maliyetleri sebebiyle oluşacak bütçe açıklarının önüne geçer.
- Yüklenici firma tarafından kaynaklanan proje hatası vb. sebeplerden dolayı sağlık hizmet sunumu sürecinin aksamasına neden olan 'kusurlar ve engeller' ortadan kaldırılmadığı veya düzeltilmediği her dakika için yaptırım

uygulanarak ceza kesilir. Kesilen ceza kullanım bedelinden düşülür.

- Hastanelerde özel sektörün süreç yönetiminin hızlı olması ve kamu hastanelerinde yaşanan ödenek yetersizliği gibi sorunların yaşanmaması ileri teknoloji yapılarının uygulanmasına imkân sağlar.
- Hastaneler teknolojik altyapı açısından; yeşil hastane sistemleri, trijenerasyon, deprem izolatörleri, yatak başı kapalı alanlarda dünya standartları üzerinde artış, kapalı otopark vb. sistem ve yapısal kazanımlar sağlar.
- 25 yılın sonunda hastaneler bakımlı ve işler durumda ayrıca bir bedel ödenmeden Sağlık Bakanlığına devredilecek.
- Ülke genelinde tedavi çeşitliliğinin yayılması, hizmet kalitesinin artması, yeni teknolojilerin kullanılması, nitelikli yatak kapasitesinin artması gibi avantajlar da sağlamaktadır.

#### Dezavantajları;

- Büyük ölçekli projelere sermaye teklifine belirli bir büyüklükte sınır getirilerek ihale aşamasında rekabetçi ortamın oluşması engellenmektedir.
- İç pazarda yaşanan kısıtlılıklar nedeniyle maliyetler artabilir.
- Projenin yatırım ve işletme dönemini kapsayan sürenin uzun vadeli olması yüklenici firmaların muhtemel riskleri olduğunca fiyata yansıtmaya çalışacaktır.
- Sözleşme tasarım, uygulama ve yönetiminin profesyoneller tarafından yapılması gerekir. Aksi halde, risklerin öncelik sıralamalarının yapılamayışı, yetersiz veya eksik yaptırımların olması uzun vadeli sorunlar yaratabilir.
- Özel sektöre borçlanıldığı için kaynak maliyetleri daha da artmaktadır.
- Sözleşmelerin uzun vadeli olması kaynağa uzun vadeli ödeme zorunluluğu

yaratmaktadır. Bu durum kamunun genel bütçe esnekliğini azaltmaktadır.

- Şehir Hastanelerinin işletilmesi sürecinde hem kamu hem de özel sektör, bu alanda, yeni olduğu için sorunların çözüme ulaştırılması yavaş ilerlemekte ve yeni mevzuatların oluşturulması ihtiyacını doğurmaktadır.
- Sözleşmelerin uzun vadeli olması işletim süreci içerisinde değişen personelin (hem kamu hem de özel tarafında) kılavuzları/mevzuatı anlama farklılığından kaynaklanan sorunlar oluşabilir.

#### Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel İşbirliğinin Gelişimi: Şehir Hastaneleri

Şehir hastanelerinin büyük ve kompleks yapıları, hizmetlerin yoğunlaşmasını ve giderek artmasını bununla birlikte de organizasyonel ve yönetsel karmaşıklığı beraberinde getirmektedir. Nitekim, bu durum mali boyutlar da ele alındığında ölçek büyümesini de arttıracak kaçınılmazdır. Bu hastanelerde mevcut diğer hastanelerin yönetim mekanizmasına göre organizasyon şemasını tasarlamak doğru olmaz. Hastanelerin büyüklüğü yönetici sayısının ve dağılımının da bu hastanelere özgü dizayn edilmelidir. Şehir hastanelerinin yönetiminde yüklenici firmanın da yer aldığı bir koordinasyon kurulu bulunmaktadır. Yüklenici firma hastanelerin yönetim kademelerinde de paydaş olarak söz sahibi olmaktadır.<sup>10</sup> Koordinasyon kurulu hem kamu tarafı hem de yüklenici taraf arasında çok iyi bir sinerji yaratması şehir hastanelerinin de başarısını beraberinde getirecektir.<sup>1</sup>

Kamu Özel İşbirliği sözleşmesinde devlet kamu hizmetini tamamıyla özel sektöre devretmemekte fakat bu hizmetin ifası aşamasına özel sektörü dâhil etmektedir. Nitekim kamu hizmetinin sunumundan kaynaklanan sorumlulukları devlet tüzel kişiliği üzerindedir. Şehir hastaneleri uygulamasında kesin bir ifadeyle özel sektörün bina inşaat, bakım ve işletimi (çekirdek hizmetler dışında) özelinde

sorumluluğu olduğu, kamu hizmetlerine yönelik süreçlerin ise Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında olduğu ifade edilmektedir.<sup>2</sup>

KÖİ modelinin hastane kurulumu süreci; ihtiyaç duyulan yatırımın hangi ihtiyacı ne oranda karşılayacağını ve mevcut alandaki hastane hizmetlerinin tespiti yapılmasıyla başlar. Paydaş ve paydaşların rolleri tanımlanır. İhtiyacı karşılamak için riskler ve fırsatlar değerlendirilerek yapılacak ihale kapsamında stratejiler belirlenir. Projeye yapılan teklifler değerlendirilerek ön kabul gerçekleşir. Ön kabul alan firmalar ile yapılan müzakereler sonucu ihale yapılır. İhaleyi kazanan özel sektör girişimcisi ile anlaşma yoluna gidilir. İmzalan sözleşme sonucu yatırımlar başlar ve yüklenici firma tamamen kendi kaynaklarını kullanarak Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği şartlar çerçevesinde sağlık tesisini kurar. Tamamlanan sağlık tesisinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle KÖİ uygulaması ile hizmet sunumu aşamasına geçilir.



Şekil 1. KÖİ Model Yapısı Kuruluş Süreci<sup>13,14</sup>

Ülkemiz sağlık sektöründe 2000'lerin başlarına kadar KÖİ projeleri yapılmamıştır. Yaşanan döneme kadar çoğunlukla dış kaynak (outsourcing) uygulamalarına yer verilmiştir. KÖİ Modeli Sağlık alanında mevzuata girmesi, 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun'a 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile ek 7.

maddenin eklenmesi ile gerçekleşmiştir.<sup>15</sup> Ek madde ile; hazineye ait taşınmazların, üzerinde sağlık tesisi yapmaları için ihale yöntemiyle belirlenen yüklenici firmalara tahsis edilmesini, yüklenicilerin tahsis edilen araziler üzerinde Sağlık Bakanlığının belirlediği özelliklere sahip sağlık tesisi yapmaları, sağlık tesislerini sözleşmelerinde belirlenen süre için kamuya kiralamaları ve süre bitiminde tesislerin bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi yatmaktadır. 2013 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurularak "Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı" oluşturulmuştur. Oluşturulan altı alt birimiyle (Arsa Tespit, İmar ve Altyapı Birimi, Finans Hizmetleri Birimi, İdari İşler ve Bilgi Sistemleri Birimi, İhale Birimi, Koordinasyon ve Raporlama Birimi, Sözleşme Yönetimi Birimi) hizmet vermeye devam etmektedir.<sup>16</sup> KÖİ modeli ile oluşturulan projelere hız kazandırmak için 2013 yılında "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" çıkartılmıştır.<sup>17</sup> Yatırım aşamasına kadar kamu kaynaklarının kullanılmaması ve sağlık tesisinin devrinin gerçekleşmesinden sonra belirlenen kira bedeli ödemesi yapılarak sağlık tesisleri yüklenici firmalara yaptırılmaktadır. Kira süresi; mevzuatta belirlenen üst sınırı 49 yıl olarak belirlense de uygulama örnekleri genelde inşaat dönemi 5 yıl ve işletme dönemi 25 yıl olmak üzere toplam 30 yıl olarak belirlenmektedir.<sup>1</sup>

## MATERYAL VE METOT

### Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu çalışma nitel bir araştırma olarak tasarlanmış, 2018 yılı Nisan-Temmuz ayları arasında Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana Şehir Hastaneleri'ndeki üst ve orta düzey yöneticiler ile toplamda yaklaşık 830 dakika süren yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerden yönlendirilmiş içerik analizi yöntemiyle tema, kategori ve kodlar oluşturulmuştur.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı 2018 yılı Nisan ayı itibarıyla faal olan Şehir Hastaneleri'nin üst ve orta düzey yöneticileri oluşturmaktadır. Kayseri Şehir Hastanesi'nin Mayıs ayı itibarıyla açılması ve izin süreçlerinin araştırma saha çalışması tarihleri arasında gerçekleştirilememesi sebebiyle örneklem dâhiline alınmamıştır.

### Araştırmanın Katılımcıları

Bu araştırmanın katılımcıları Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir hastanelerinde çalışan orta ve üst düzey yöneticilerdir. Nitel araştırmalarda örneklem seçimi araştırılan konudaki problemin özelliği ve bu problemin çözümüne yönelik araştırmacının elinde bulunan kaynaklarla çok yakından ilişkilidir. Bazı çalışmalarda tek bir kişi bile araştırmanın örneklemini oluşturabilir.<sup>18</sup> Araştırmaya dâhil edilecek kişilerin belirlenmesinde ölçüt örneklem ve kartopu (zincir) örneklem yöntemleri kullanılmıştır. Amaçlı örneklem türlerinden biri olan ölçüt (kriter temelli) örneklem yöntemi, araştırılan duruma yönelik tecrübe sahibi kişileri temsil eden bireylerden oluşacağı için çalışmalarda başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır.<sup>19</sup> Aynı zamanda çalışılan olguyu deneyimleyen birey sayısı fazla ise bazı seçim ölçütlerinin oluşturulması araştırmacının örneklem seçimi sürecindeki işini kolaylaştırarak çalışmanın anlamlılık derecesini arttıracaktır.<sup>20</sup> Ölçüt örneklem yönteminin temel işleyişi, çalışma

yapılmadan önce kararlaştırılmış birtakım değerli ölçütleri karşılayan tüm olguları gözden geçirip değerlendirmeyi esas alır. Ölçüt örneklemin kilit noktası, belirlenecek olan olgunun bilgi verme açısından fayda sağlamasıdır.<sup>21</sup> Diğer bir amaçlı örnekleme yöntemi olan kartopu örnekleme yönteminde ise ilk olarak araştırmaya veri sağlayabilecek bir kişiye ulaşılır. Sonrasında o kişi vasıtasıyla başka bir kişiye, o kişinin yardımıyla da diğer başka bir kişiye şeklinde veriler doygunluğa ve çalışmayı tamamlayabilecek seviyeye gelinceye kadar devam edilir.<sup>22</sup> Çalışmada ulaşılan örneklemdaki kişilere bazen araştırmacının kendisi planlı olarak bazen de kartopu örnekleme yöntemiyle ulaştığı kişilerin farklı örneklemlere yönlendirmesiyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin tamamı katılımcıların odasında gerçekleştirilmiştir.

Patton görüşme yapılan kişinin söyledikleri kayıt altına alınamazsa, görüşme soru formlarının ne kadar kaliteli hazırlandığının ya da hazırlanırken hangi yönetim ile oluşturulduğunun bir önemini kalmayacağına belirtmektedir.<sup>21</sup> Merriam ise söz konusu tehlikelerden kaçınabilmek ve güvenilirliği arttırabilmek adına görüşme sırasındaki verilerinin kaydedilmesinde en uygun yöntemin ses kayıt cihazı kullanmak olduğunu söylemiştir.<sup>23</sup> Nitekim, ses kayıt cihazının konuşulan her bir kelimenin korunmasını garanti altına aldığı bu sayede veri kaybı tehlikesinin ortadan kaldırılacağını vurgulamaktadır. Belirtilen sebeplerden dolayı görüşme öncesinde katılımcıların da izni alınarak görüşmelerdeki veriler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Katılımcı listesi Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcı Listesi**

Katılımcılar	Çalıştığı Kurum	Unvanı
Katılımcı 1	Yozgat Ş.H.	Başhekim
Katılımcı 2	Yozgat Ş.H.	Kalite Direktörü
Katılımcı 3	Yozgat Ş.H.	Destek ve Kalite Hiz. Müdürü
Katılımcı 4	Yozgat Ş.H.	Başhekim Yrd.
Katılımcı 5	Isparta Ş.H.	Başhekim
Katılımcı 6	Isparta Ş.H.	Başhekim Yrd.

**Tablo 2 (Devamı). Katılımcı Listesi**

Katılımcılar	Çalıştığı Kurum	Unvanı
Katılımcı 7	Isparta Ş.H.	İdari ve Mali Hiz. Müd. Yrd.
Katılımcı 8	Isparta Ş.H.	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü
Katılımcı 9	Isparta Ş.H.	Sağlık Bakım Hiz. Müd. Yrd
Katılımcı 10	Isparta Ş.H.	Bilgisayar Müh.
Katılımcı 11	Mersin Ş.H.	Başhekim
Katılımcı 12	Mersin Ş.H.	İşletme Müdürü
Katılımcı 13	Mersin Ş.H.	İdari ve Mali Hiz. Müdürü
Katılımcı 14	Mersin Ş.H.	Yazılım Uzm.
Katılımcı 15	Mersin Ş.H.	HBYS Müdürü
Katılımcı 16	Adana Ş.H.	İşletme Müdürü
Katılımcı 17	Adana Ş.H.	Başhekim Yrd.
Katılımcı 18	Adana Ş.H.	BT Yöneticisi

### Araştırma Soruları

Temel amaç sorusu;

- Şehir Hastaneleri'ndeki iyi uygulama örnekleri nelerdir?

Alt amaç soruları;

- Tesis Yönetimi hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- İnsan Kaynakları Yönetimi uygulamaları hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Otelcilik Hizmetleri Yönetimi hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Tedarik Zinciri Yönetimi hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Yönetişim Uygulamaları hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Hasta Güvenliği Uygulamaları ve Kalite Yönetim Bilgi Sistemi hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Elektronik Sağlık Kaydı Temelli Katma Değerli Uygulamalar hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?

### Veri Toplama ve Uygulama

Bu çalışmada, kişilerin gözlemlenebilen davranışlarının, söylediklerinin ve yazdıklarının anlamlı bir veri oluşturulması hususunda araştırmacıya yardım eden nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, "gözlem, görüşme ve doküman

analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma" olarak tanımlanabilir.<sup>19</sup> Nitel araştırmaların temellerini merak ve istek kavramları oluşturur. Nitel araştırma sürecindeki kilit nokta araştırmacıdır.<sup>24</sup>

Bir problem veya konu keşfedilmesi gerektiğinde nitel araştırma yapılır. Bu keşif ölçülmesi zor olan değişkenleri belirlemek ya da bastırılmış düşünceleri ortaya çıkarmak için gereklidir.<sup>19</sup> Araştırma da tipik durum örnekleme kullanılmıştır. Tipik durum örnekleme, nitel araştırma yöntemlerinde sıklıkla kullanılan amaçlı örneklem yöntemlerinden biridir. Verilerin elde edilmesinde, nitel veri toplama yöntemlerinden biri olan yüzyüze derinlemesine görüşmeden yararlanılmıştır. Görüşme yöntemi bireylerin konu, durum, olgu, uygulama ya da yenilik hakkındaki bilgilerini, görüşlerini, davranışlarını, duygularını ve tecrübelerini ortaya çıkarmak için güçlü olması ve sıklıkla kullandığımız iletişim biçimi olan konuşmayı da kapsamı sebebiyle nitel araştırmalarda sıklıkla kullanımına başvuru alan veri toplama yöntemlerinden biridir.<sup>25</sup>

Görüşmeler, yarı yapılandırılmış görüşme formu ile gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış sorularla yapılan derinlemesine görüşme nitel araştırmalar için en yaygın kullanılan görüşme formatıdır. Yarı yapılandırılmış görüşme genellikle araştırmacı tarafından daha önceden oluşturulan sorular ve görüşme esnasında ortaya çıkan diyalog sayesinde geliştirilen açık uçlu sorular etrafında şekillenir.<sup>26</sup> Temel ve alt amaç soruları doğrultusunda güncel literatür ile Şehir Hastaneleri işletme fonksiyonlarının ve uygulamalarının irdelendiği yarı yapılandırılmış görüşme formu, sağlık yönetimi alanındaki uzman görüşleri doğrultusunda oluşturulmuştur.

İlgili şehir hastanelerinin her birinde yönetici pozisyonundaki çalışanlarla en az 3 farklı günde yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır.

## Araştırmanın Analizi

Nitel araştırmalarda elde edilen verilerin çözümlenmesinde sıklıkla iki analiz yöntemine başvurulmaktadır. Bunlar; betimsel analiz ve içerik analizidir. Çalışmada verilerin çözümlenmesi için içerik analizi yöntemi uygulanmıştır. Bu analiz yöntemi ile oluşturulan veriler tema, kategori ve kodlar çerçevesinde özetlenir ve yorumlanır. Kişilerin konuyla ilgili görüş ve önerilerini doğru ve etkili bir biçimde yansıtabilmek için içerik analizi yönteminin uygulandığı araştırmalarda alıntılara da yer verilmektedir. Bu tür araştırmalarda yapılan içerik analizi sayesinde elde edilen bulguların okuyucuya tema ve kodlar yardımıyla, düzenlenmiş ve yorumlanmış biçimde aktarılması sağlanır.<sup>25</sup> Bu çalışmada öncelikle ses kayıt cihazı yardımıyla elde edilen ham verilerin tamamı dinlenilmiş, sonrasında Microsoft Word'e aktarılarak metne dönüştürülmüştür. Dökümler yapılırken atlama olmaması için ses kaydı sürekli geri alınarak dökümler yapılmıştır. Dökümler bittikten sonra tüm görüşmeler kulaklıkla dinlenmiş eş zamanlı olarak da yapılan dökümlerden takip edilmiştir. Bu sayede veri kaybı engellenmiştir. Daha sonra dökümler özümseme kadar okunmuştur. Sonrasında kodlama aşamasına geçilmiştir. Kodlama niteliksel çözümlemenin ilk adımıdır ve sonraki çözümlemeler için temel oluşturur. Kodlar; isimdir, etikettir ya da nitelendirilmez. Dolayısıyla kodlama belirlenen veri gruplarına isimlerin veya nitelendirmelerin verilmesi sürecini kapsamaktadır. Bu veri grupları tek bir kelime ya da küçük/büyük veri kümeleri olabilir.<sup>27</sup> Okuma esnasında zihinde şekillenen tema, kategori ve kodlar kısa kısa not alınmıştır. Daha sonra ikinci defa okuma yapılmış ve okuma yaparken sayfanın sol tarafına kodlar verilmiştir. Nitel verinin NVIVO 12.0 programında analiz edilmeden önce yapılan ön hazırlık aşamasında verilen kodların hangi tema ve kategorilere dâhil olabileceği üzerinde durulmuş, bunun yanında çıkan yeni kodlar da not alınmıştır.

Sonuç olarak analiz sürecinde araştırmacı öncelikle verileri özümsemiş daha sonra

kodlamaları yapmıştır. Kodlamalardan sonra verileri belli özelliklerine göre kategorilere ayırmış, bu kategorilerden hareketle de temaları oluşturmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formu çerçevesinde elde edilen veriler kodlanarak ayrıntılı analize tabi tutulmuş, bu kodlar tümevarım yöntemiyle belirli kategori ve temalar altında toplanmıştır. Son olarak araştırmacı katılımcıların olguya ilişkin ifadelerini ve algılarını yorumlayarak NVIVO 12.0 programı ile analiz ederek tema, kategori ve kodları Şehir Hastaneleri genelinde raporlaştırmıştır.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın bilimsel açıdan uygun olduğu, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08/03/2018 tarih, E-10840098-604.01.01-E.8386 sayılı karar ile onaylanmıştır. Araştırmanın yapıldığı Şehir Hastaneleri'nin bulunduğu Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana illerinin, İl Sağlık Müdürlüğü'nden ilgili hastaneler de çalışma yapılacağına ilişkin izin belgeleri alınmıştır.

## Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın saha çalışması hali hazırda açık bulunan Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana Şehir Hastaneleri'nde yapılmıştır. Nitekim tüm şehir hastaneleri genelinde uygulanamaması araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Araştırmada, katılımcıların sağlık sektöründe yönetici olarak görev yapmaları, farklı örgütsel pozisyonlarda yer almaları, en az beş yıllık bir sektör deneyimine sahip olması, araştırılan konuyu bütüncül bir bakış açısı ile ele alabilecek eğitime veya bilgi birikimine sahip olması ölçütleri kullanılmıştır. Araştırmada cinsiyet ve yaş aralığı kısıtlaması yapılmamıştır.

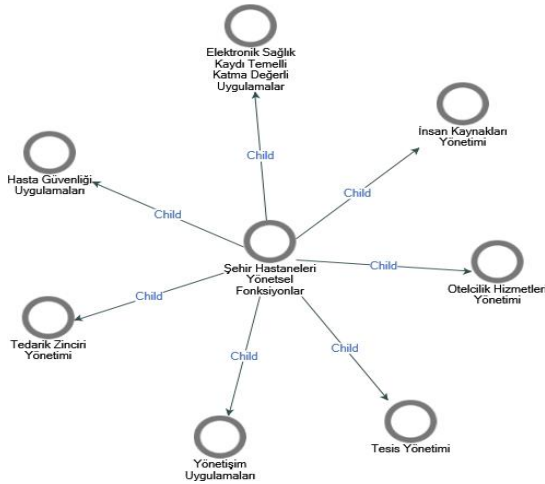
## Teşekkür/Destekleyen Kuruluş

2017-19 proje numaralı bu çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiştir.



## BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde Şehir Hastanelerinin orta ve üst düzey yöneticilerinden oluşan katılımcıların görüşleri doğrultusunda önceden belirlenen yönetsel fonksiyon temaları (Şekil 2) altında oluşturulan kategori ve kodlar hakkındaki bulgular, her bir tema özelinde ayrıca değerlendirilmiştir.



Şekil 2. Şehir Hastaneleri Yönetsel Fonksiyon Temaları

### 1. Tesis Yönetimi Teması Kategori ve Kodlar

Katılımcılara yönetilen sorular doğrultusunda “Tesis Yönetimi” denildiğinde katılımcıların zihninde oluşan çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar ortak kategoriler altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır. Katılımcılardan “Tesis Yönetimi” temasına dair elde edilen veriler; “İş Sağlığı ve Güvenliği”, “Merkezi Yardım Masası”, “Altyapı”, “Hasta Güvenliği”, “Sözleşme Standartları”, “Erişilebilirlik” ve “Dijital Hastane” olmak üzere yedi kategoride toplanmıştır.

#### 1.1. İş Sağlığı ve Güvenliği

Katılımcılar iş sağlığı ve güvenliğini “aciliyet”, “acil afet planı” ve “afet senaryosu” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 12 ve katılımcı 16 iş sağlığı ve

güvenliğini sağlarken gerçekleşen olayların çözümünün aciliyet gerektiren bir olgu olduğundan bahsetmişler ve olaylara açılan çağrılarını acil, acele veya standart olarak sınıflandırmışlardır. Katılımcı 1 “Standart 20 dakika, acil dediyse de 5 dakika içerisinde gerçekleşmesi lazım, belirlenen bu süreleri geçerse de cezaya düşüyor” ifadelerine yer vererek, hastanelerdeki sorunların çözümünde geçen sürecin aciliyetinin yerine getirilmediği takdirde yaptırma tabi olacağını ve tesis yönetimini etkileyeceğini belirtmiştir. Katılımcı 1, bu süreçlerle ilgili oluşturulan afet planlarını “...hastane afet planımız böyle meydan larousse gibi oldu” diyerek birden fazla senaryoya karşı aldıkları önlemleri nitelendirmiştir.

#### 1.2. Merkezi Yardım Masası

Katılımcılar merkezi yardım masasını “yaptırım” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 11, katılımcı 12, katılımcı 16 ve katılımcı 17 merkezi yardım masası ile ilgili olan süreçlerde çözümün yaptırımlar yoluyla daha hızlı ve kalıcı olduklarından bahsetmişler ve idare tarafından açılan taleplerin yerine getirilmemesinde durumun aciliyetine göre skalalar belirlenerek her bir skala özelinde yaptırımlara (ceza-i müeyyide) gidileceği hususunun sözleşmede garanti altında tutulduğu ifadelerine yer vermişlerdir.

#### 1.3. Altyapı

Katılımcılar altyapıyı “Bina kalitesi”, “Leed Sertifikası”, “Bina Dayanıklılığı”, “Atık Sistemleri”, “Otopark”, “Ulaşım” ve “Trijen Sistemleri” olmak üzere yedi kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcıların ortak görüş ve önerileri doğrultusunda altyapı temasına dair sorunların çözümüne ışık tutacak yöntemleri sözleşmede belirtilen bina kalitesinin 25 yıl boyunca ilk günkü gibi korunacağı maddesiyle ve bazı şehir hastanelerinde bina kalitesine dair alınan sertifika ve belgelerle sağlanacağından bahsetmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16

bina kalitesinin korunması sürecinde bina dayanıklılığı ve binadaki atık sistemleri de dahil olmak üzere geri dönüşüm sistemlerinin sürdürülebilirliğinin yüklenici firma tarafından sağlandığını söylemişlerdir. Binalardaki kapalı ve açık otoparklar sayesinde araç trafiğinin iyi yönetildiğini ve ulaşımın hem kendi araçlarıyla hem de diğer ulaşım araçlarıyla rahatlıkla sağlanabildiğini ifade etmişlerdir. Geri dönüşüm sistemlerinin iyi işletilmesiyle birlikte enerji tasarrufu sağlayacak önlemlerin de trijen sistemiyle sağlandığını belirtmişlerdir.

#### 1.4. Hasta Güvenliği

Katılımcılar hasta güvenliğini “TAG”, “RFID (Radyo Frekansı ile Tanımlama)” ve “Lazer Kod” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanması ve bu süreçte yaşanan sorunların çözümü için kullanılan RFID sisteminin çok işlevsel olduğundan bahsetmiş, hemen hemen hastanenin her sürecinde önceden sisteme kaydedilen kodlar sayesinde problemi yerinde ve zamanında tespit ederek çözümüne yönelik önlemler aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 11 ve katılımcı 12 bebek ve annelerin bileklerine takılan TAG’ler sayesinde anne-bebek güvenliğinin sağlandığını ve bebek kaçırmalarının önüne tamamiyle geçildiği ifadelerine yer vermişlerdir. Ameliyathane paketlerindeki cerrahi aletlerinde lazer kodlar sayesinde sisteme tanımlanması, eksik cerrahi aletten dolayı ameliyathane sürecinde yaşanan aksaklıkların önüne geçmiş ve unutulmuş cerrahi alet, gazlı bez vb. sarf malzemelerin hasta içerisinde unutulmasının önlendiğini belirtmişlerdir.

#### 1.5. Sözleşme Standartları

Katılımcılar sözleşme standartlarını “Yüklenici Firma Denetimi”, “Kreditör” ve “Demarkasyon Matrisi” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 5, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 sözleşmede belirtilen şartlar dahilinde idarenin denetim sorumluluğunun yüklenici firma üzerinde yaptırım hakkına sahip olduğundan ve şehir hastanelerinin her ne kadar kamu-özel ortaklığıyla kurulmuş

olsalar da kamu sağlık hizmetinin kesintisiz olarak sürdürüldüğünden ve aslında birer kamu hastanesi oldukları ifadelerine yer vermişlerdir. Sözleşme eklerinde belirtilen demarkasyon tablolarında hastane kurulumu itibarıyla alınan cihazların kullanım ömürlerinin ve bakım/yenilenme zamanlarının belirtilip, garanti dahiline alındığından talep edildiği takdirde uygulanacağını söylemişlerdir. Bu durumun, hastane içerisinde kullanılan sistemi sürekli güncel ve modern tutacağını, ilk günkü gibi korunacağını ifade etmişlerdir. Yüklenici firmalara, hastane yapımında finansal desteği sağlayan kreditorlerin de kendilerini belirli zaman aralıklarında denetlediğinden ve süreçlerini yapılandırdığından bahsetmişlerdir. Kreditorler tarafından yüklenici firma personelinin hasta ile temas edecek ortamlarda kesinlikle çalıştırılmayacağı da bildirilmişlerdir. Bu bağlamda sağlık hizmeti süreçlerinin yürütülmesinin tamamıyla kamu personeline bırakıldığı sözleşmede de net olarak belirtilmiştir.

#### 1.6. Erişilebilirlik

Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 17 tesisin tamamıyla kamu sağlık hizmetine ait olduğundan ve toplumun her kesiminin ihtiyacı kadar sağlık hizmetinden diğer devlet hastanelerindeki gibi ücretsiz olarak yararlanabileceğinden bahsetmişlerdir. Hastaların şehir hastanelerinden sağlık hizmeti alımına dair ulaşılabilirliğinin kesintisiz olarak sağlandığını belirtmişlerdir. Modern ve kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulduğu şehir hastanelerinin sağladığı faydalardan birinin de hastaların artık farklı uzmanlık alanları için diğer hastanelere sevk edilme gerekliliğinin ortadan kaldırılması olarak belirtmişlerdir. Katılımcılar hastaların artık istedikleri poliklinikte muayene olup, ihtiyacı olan her türlü tetkik ve tedaviyi farklı bir hastaneye gereksinim duymadan şehir hastaneleri özelinde aldıklarını ve erişimlerinin bu bağlamda arttırıldığı ifadelerine yer vermişlerdir.

#### 1.7. Dijital Hastane

Katılımcılar dijital hastaneyi “PACS (Görüntü Saklama ve İletişim Sistemleri)”,

“Mobil Cihazlar” ve “Mobil Uygulamalar” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 14, katılımcı 15, katılımcı 18 şehir hastanelerinin dijital hastane altyapısıyla kurulması ve kolay entegrasyonu ile birlikte süreçlerdeki iyileşmelerden ve bu bağlamda geliştirilen mobil cihaz ve mobil uygulamaların sağlık hizmetleri sunumuna yönelik faydalarının ortaya konulduğundan bahsetmişlerdir. Mobil cihazlarla birlikte hastane içi navigasyon uygulamaları, klinik karar destek sistemleri ve görüntüleme sistemlerini sağlayan PACS uygulamaları yardımıyla süreçlerin sürdürülebilirliğinin sağlandığı ifadelerine yer vermişlerdir. Tüm bu süreçlerin entegrasyonunun sağlanmasında, şehir hastanelerinin modern tesisler olarak kurulmasının etkili olduğunu belirtmişlerdir.

## 2. İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

Katılımcılara yönetilen sorular doğrultusunda “İnsan Kaynakları Yönetimi” denildiğinde katılımcıların zihninde oluşan çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar ortak kategoriler altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır. Katılımcılardan “İnsan Kaynakları Yönetimi” temasına dair elde edilen veriler “Motivasyon”, “Personel Planlaması”, “Dijital Hastane”, “Hizmet Devamlılığı”, “Kültürel Dönüşüm”, “Sosyal Sorumluluk” ve “Performans Ölçümü” olmak üzere yedi kategoride toplanmıştır.

### 2.1. Motivasyon

Katılımcılar motivasyonu “Personel Gün Odası”, “Grup Terapisi”, “Oryantasyon”, “Çalışan Ödüllendirme” ve “Sosyal Organizasyonlar” olmak üzere beş kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 6, katılımcı 11 ve katılımcı 17 çalışanları üzerindeki motivasyonu personel gün odalarında onlara özel yemekli toplantılar düzenleyerek özel günlerini kutlayıp, istek ve arzularını yerine getirmelerine olanak tanıdıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı 1 “Gün odasına grup

terapisi için işte ne arzu ediyorlarsa pastadır, börektir, yemektir, kısırdır onlar yemekhanede yapılır ve gider onları da üzerinde uzlaştığımız bir yemek bedeli üzerinden düşeriz biz. Dolayısıyla bu yeni sistem bize çok büyük bir avantaj getirdi. Şey açısından yani motivasyon açısından” ifadelerine yer vererek bu olguyu desteklemiştir. Yeni başlayan çalışanların iş süreçlerine hakimiyetini arttırmak ve şehir hastanesi kültürüne uyum sağlayabilmelerini kolaylaştırmak adına oryantasyon programlarına dahil ettiklerini belirtmişlerdir. Özel günlerin dışında da sosyal organizasyonlar düzenleyerek çalışanlarının moral ve motivasyonlarını yüksek düzeylerde tutma amaçları olduğundan bahsetmişlerdir. Çalışanları arasından ayın elemanı seçimi sonucu ödüllendirmelere de gidildiği ifadelerine yer verilmiştir.

### 2.2. Personel Planlaması

Katılımcılar personel planlamasını “Personel Memnuniyet Anketi”, “Grup Toplantıları”, “Alt Yükleniciler”, “Görev Tanımları” ve “Personel Dağılım Cetveli” olmak üzere beş kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 4 katılımcı 5, katılımcı 11 ve katılımcı 17 doğru işe doğru ve kalifiye personeli yönlendirebilmek için her çalışanın kendi görev tanımlarını belirlediklerini ve bu doğrultu da süreçlerin yönetildiğinden bahsetmişlerdir. Yüklenici firmanın kendi personelinin sağlık hizmeti sunumunda doğrudan hasta ile temas edilebilecek süreçlerde bulunmaması gerektiği, sağlık hizmeti sunumunu direkt olarak kamu personelinin yapması gerektiği ayrımını yaptıklarını ifade etmişlerdir. Alt yüklenicilerin diğer hizmet kalemlerinde görev alarak sağlık hizmeti sunumuna dolaylı yoldan yardımcı oldukları söylenmiştir. Kamuda personel dağılım cetvelleri yardımıyla belirlenen görev yetki ve sorumlulukların sürecin yönetilebilirliği amacıyla etkili olduğu belirtilmiştir. Yapılan anket uygulamaları ile çalışanın istek ve arzularına yanıt arandığı, motivasyon kaynağı oluşturabilecek etkenlerin araştırıldığı görüşlerini de ifade etmişlerdir.

### 2.3. Dijital Hastane

Katılımcılar dijital hastaneyi “Hasta Takip Ekranı” ve “Simülasyon Uygulamaları” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 hasta takip süreçlerindeki sorunları tespit etmek ve çözüme yönelik faaliyetler geliştirmek, sürdürülebilir ve kesintisiz bir sağlık hizmeti sunmak aynı zamanda da kâğıttan ve zamandan tasarrufu sağlamak adına dijital hastane çalışmalarına gereken önemi verdikleri altyapılarının da bu sürece entegre bir şekilde kurulduğunu belirtmişlerdir. Hem doktorların hasta takip ekranları hem de operasyonlardan önce ve sonrasındaki simülasyon uygulamaları yardımıyla sağlık hizmeti sunumunu sağlarken işlerinin kolaylaştığından ve personelin de buna uyum sağladığı ifadelerine yer vermişlerdir.

### 2.4. Hizmet Devamlılığı

Katılımcılar hizmet devamlılığını “Çalışanın Özverisi” ve “Personel Zincir Halkası” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 5 ve katılımcı 11 sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlayabilmenin anahtarının çalışanların özverisi olduğunu, hastane çalışanları kendilerini birer zincirin halkası olarak gördüğü sürece ve görev ve sorumluluklarını yerine getirirken kendilerinden gerektiğinde ödün verecek derecede özverili davrandığı sürece sağlık hizmeti sunumunda ve kuruma olan bağlılıkları ve aidiyetleri konusunda problem yaşanmayacağı görüşünü ifade etmişlerdir. Nitekim şehir hastanelerinde bu özverili çalışmanın az personelle bu kadar büyük bir tesisin idaresinin ve kesintisiz hizmeti sağlamanın mümkün olduğunu ortaya koyduklarını belirtmişlerdir.

### 2.5. Kültürel Dönüşüm

Katılımcılar kültürel dönüşümü “Sosyal Komplikasyon” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1 ve katılımcı 5 ifadelerinde şehir hastanelerinin personel altyapısının çevredeki devlet hastanelerinin kapatılması ve personellerin şehir hastanelerinde birleşimi

sonucu oluştuğu, buna bağlı olarak küçük devlet hastanelerinde çalışan personellerin büyük modern bir tesise, sağlık şehrine entegrasyonu sonucu kültürel şoka uğradıklarını ve büyük bir dönüşüm sürecine girdiklerini ifade etmişlerdir. Bu kültürel dönüşümü sosyal komplikasyonlara mahal vermeyecek şekilde yönettiklerini ve personelin tamamına yakınının artık modern tesislere uyumunun sağlandığını, gerekli hem teknolojik hem de teknik uyumlaştırmayı başardıklarını belirtmişlerdir.

### 2.6. Sosyal Sorumluluk

Katılımcılar sosyal sorumluluğu “Gebe Sınıfı” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 6 ve katılımcı 8 şehir hastanelerinin anne ve bebek dostu hastaneler olduğundan ve sosyal bilinçlendirmenin gerekliliğinden bu olguyu destekleyici süreçlerinin varlığından bahsetmişlerdir. Bunlara örnek olarak doğum öncesinde anneyi hem doğuma hazırlamak hem de babaya gerekli bilinci aşlamak amacıyla gebe sınıflarının oluşturduklarını belirtmişlerdir. Kapanan devlet hastanelerine kıyaslandığında yeni kurulan şehir hastanelerini Katılımcı 8 “*Yani artıları çok fazla. Yani hani hastaneyi gezdiğinizde de göreceksiniz çocuk oyun alanlarımız öbür hastanede yoktu burada hem serviste hem poliklinikte çocuk oyun alanları yaptık. Gebe okulu, gebe sınıfımız var. Bunları öbür hastanemizle kıyasladığımızda bizim için artı*” ifadeleriyle desteklemiştir. Tüm bu süreçlerin şehir hastanesi memnuniyet oranlarını arttırdığını ve insan kaynakları uygulamaları ve politikaları ile yakından ilişkili olduklarını beyan etmişlerdir.

### 2.7. Performans Ölçümü

Katılımcılar performans ölçümünü “Performans Karnesi” ve “360 Derece Değerlendirme” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 5, katılımcı 11, katılımcı 16 ve katılımcı 17 yüklenici firma tarafındaki performans ölçümlerini her bir çalışan için 360 derece değerlendirmelerle yapıldığını belirtmişlerdir. Katılımcı 16 bu konu hakkında “... performansla yönelik merkezi insan kaynaklarımızın, genel

*müdürlüğümüzün yaptığı bireysel; o 360 derecelik değerlendirmelerimiz var her bir çalışan için onlar sıklıkla yapılıyor.”* ifadelerine yer vermiştir. Kamu tarafında ise yapılan performans ölçümleri karne kriterleri bağlamında performans ölçümlerinin yapıldığını ve takibinin sağlandığını belirtmişlerdir. Katılımcı 17 bu konu hususunda *“Bakanlık ölçüyor bizim adımıza. Yerinden değerlendirmeler ile şimdi yönetici takip ekranları aracılığıyla bakanlığında verimlilik daire başkanlığı yönetici performanslarını ölçecek ve karne kriteri olarak oraya koyacak. Onlar üzerinden de yöneticinin performansını değerlendirecek. Yani Bakanlık yapıyor”* söyleminde bulunmuştur.

### **3. Otelcilik Hizmetleri Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar**

Katılımcılara yönetilen sorular doğrultusunda *“Otelcilik Hizmetleri Yönetimi”* denildiğinde katılımcıların zihninde oluşan çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar ortak kategoriler altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır. Katılımcılardan *“Otelcilik Hizmetleri Yönetimi”* fonksiyonuna dair elde edilen veriler *“Kağıtsız Hastane”, “Hasta Güvenliği”, “Konaklama”, “Hijyen”, “Yiyecek İçecek Hizmetleri”* ve *“Sağlık Turizmi”* olmak üzere altı kategoride toplanmıştır.

#### **3.1. Kağıtsız Hastane**

Katılımcılar kağıtsız hastaneyi *“Kioks”, “Hasta Yönlendirme Elemanları”, “Hasta Bekleme Alanı”* ve *“Hasta Bekleme Süresi”* olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 3, katılımcı 4 ve katılımcı 15 dijital hastane altyapısına uygun formatta kurulan şehir hastanelerinde çok sayıda bulunan ve aktif kullanılan kioksları, randevu alma, tetkik ve laboratuvar sonuçlarının çıkıp çıkmadığına dair bilgi alma vb. gibi birçok hastane içi kalabalığı/karmaşıklığı önleyecek, hastane içi bilgi kirliliğini azaltacak şekilde kullanıldığını ve faydalı bir uygulama

olduğunu ifade etmişlerdir. Kioksların aktif bir şekilde hastane içinde kullanımıyla hasta bekleme alanlarındaki yoğunluğun ve karmaşıklığın aynı zamanda da bekleme sürelerinde azalmanın sağlandığını belirtmişlerdir. Katılımcılar, hastane içerisindeki birçok alanda bulunan çok sayıda hasta yönlendirme elemanı ile diğer devlet hastanelerine oranla daha büyük yapıdaki şehir hastanelerinde hizmet alan kişilerin kısa sürede, doğru alana ulaşmalarını sağladıklarını ve hastane içerisindeki kargaşanın ve stres durumunun önüne geçildiğini ifade etmişlerdir.

#### **3.2. Hasta Güvenliği**

Katılımcılar hasta güvenliğini *“TAG”* ve *“Kişiyi Özel Tanımlama”* olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 2 ve katılımcı 4 şehir hastanelerinde uygulanmakta olan ve kişiyi özel yapılan kimlik doğrulamaları ve sonrasında bu doğrulamalar üzerinden TAG sistemi aracılığıyla kişiyi özel bileklikler sayesinde hizmet alıcısının hastaneye ilk geldiği andan başlayarak tedavi sırasında da devam eden işlemler/cerrahi müdahaleler vb. gibi her türlü hizmet sunumu sürecinde doğru zamanda doğru ilacı/uygulamayı doğru hastaya uygulamanın ve aynı sistem ile doğru anne doğru bebek eşleşmelerinin de sağlanabildiğini, kullanılan bu sistemlerin de hasta güvenliğini artırıcı bir uygulama olduğunu ifade etmişlerdir.

#### **3.3. Konaklama**

Katılımcılar konaklamayı *“Refakatçi Gün Odası”, “Anne Uyum Odası”* ve *“Sağlık Caddesi”* olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 8, katılımcı 9, katılımcı 12 ve katılımcı 16 konaklamayı otelcilik hizmetlerinin en önemli unsurlarından biri olarak görmektedir. Hem sağlık hizmetini alan kişi açısından, hem hasta yakınları açısından şehir hastanelerinin sunmuş olduğu imkanların, özellikle diğer devlet hastaneleri ile kıyaslandığında oldukça fazla olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar, refakatçilerin hasta odaları haricinde gün odalarında zaman geçirebildiklerini ve bunun hastane ortamı içerisinde dahi olsalar sosyalleşmelerine

imkân tanındığını ifade etmişlerdir. Ayrıca sağlık caddeleri ile de ihtiyaçlarına kolayca erişebilmektedirler. Bununla birlikte katılımcılar, yeni doğan servislerinde bulunan anne uyum odaları (anne oteli) ile bebeklerine refakat eden annelerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak desteklenmesine katkı sağlandığını ifade etmişlerdir.

### 3.4. Hijyen

Katılımcılar hijyeni “Genel Hastane Temizliği”, “Enfeksiyonsuz Hastane”, “Alan Denetimi”, “Dış Denetçi” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir. Şehir hastanesi binalarının yapılış amaçlarından birinin de enfeksiyonsuz hastane olduğunu belirten katılımcı 1, katılımcı 2 ve katılımcı 8 binanın büyüklüğü ve gelen hasta sayısındaki artış göz önüne alındığında hastane içi enfeksiyon oranlarının artacağı tahmin ediliyorken bu oranların modern ve teknolojik hastane binaları sayesinde düştüğünü ifade etmişlerdir. Bu durumun sağlanmasında şehir hastanesi yapılanmasının en önemli unsurlardan birinin hijyen olarak görülmesi ve sözleşmede de belirtilen alan denetimlerinin sıklıkla uygulanıyor olması olarak görmektedirler. Bununla birlikte en üst kalite de temizlik ürünlerinin kullanılması ve temizlik hizmetini sağlayan alt yüklenici firmanın da kendi dış denetçisinin olmasının önemli bir etken olduğunu vurgulamışlardır.

### 3.5. Yiyecek-İçecek Hizmetleri

Katılımcılar yiyecek-içecek hizmetlerini “Porsiyonlama Odaları” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 11 ve katılımcı 16 ilaç uygulamalarında ve ilaç etkileşimlerinde olduğu gibi yiyecek-içecek hizmetlerinde de HBYS’den hastaya verilen order ile hasta bilekliği doğrulaması yapıldığını ifade etmişler ve verilen order ile hastanın diyetinin uyumlu olup olmadığına bakılarak doğrulamasının yapıldığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte yemek tepsisiyle hastanın bilekliğinin hatta refakatçının da doğrulandığı uygulamaların mevcut olduğunu aktarmışlardır. Bu yöntemler aracılığıyla emin olunup doğrulaması yapıldıktan sonra garsonlar

tarafından yemekler teslim edilmektedir. Yemeklerin hazırlandıktan sonra hastaya ulaştırılma aşamasının ise ana binanın dışında yer alan porsiyonlama odalarında gerçekleştiğini, porsiyonlanan yemeklerin ısıtılmalı tekerlekli araçlar yardımıyla yemek asansörleriyle sıcak ve güvenli bir şekilde hastaya ulaştırılmakta olduğunu ifade etmişlerdir.

### 3.6. Sağlık Turizmi

Otelcilik hizmetleri yönetimiyle ilgili sorular aktarıldığında şehir hastanesi yapılanmasında katılımcıların zihninde canlanan önemli temalardan birisi de sağlık turizmi olmuştur. Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 şehir hastanesi binalarının yapılış amaçlarından bir tanesini de sağlık turizmi konusu olduğunu belirtmişlerdir. Geliştirilen sağlık turizmi hedeflerine kolay ulaşılması ve sağlık turizmi konusunun kamu kapsamına alınacağını ifade etmişlerdir. Sağlık hizmeti almak amacıyla ülkemize ve şehir hastanelerimize gelen turistler ile birlikte gelirinde artırılabileceği, dünyadaki turizmden alınan payının büyüyeceğini hedeflediklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar, sağlık turistlerinin şehir hastanelerini seçmelerindeki avantajları verilen hizmetin kalitesi, personelin kalitesi, sağlanan tercümanlık hizmetleri olarak görmektedirler. Bununla birlikte sağlık turizmi adına hastane web sitelerinde çeviri çalışmalarının yapıldığını, hastane tanıtım filmlerinin yabancı dile çevrilmesi çalışmalarının yapıldığını ve sağlık turizmine özel hastane içi komisyon kurulum aşamalarında olduklarını ifade ederek konuya verdikleri önemi vurgulamışlardır.

### 4. Tedarik Zinciri Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

Katılımcılara yönetilen sorular doğrultusunda “Tedarik Zinciri Yönetimi” denildiğinde katılımcıların zihninde oluşan çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar ortak kategoriler altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır. Katılımcılardan “Tedarik

Zinciri Yönetimi” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Stok”, “Satın Alma”, ve “Yöntem Beyanı” olmak üzere üç kategoride toplanmıştır.

#### 4.1. Stok

Katılımcılar stoğu “Cihaz Kalibrasyonu”, “Demirbaş Ekonomik Ömrü”, “Demirbaş Takibi” ve “Lazer Barkod” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 7, katılımcı 12, katılımcı 13 ve katılımcı 16 şehir hastanelerine gelen hasta sayıları, yapılan tetkik ve tedaviler göz önüne alındığında bu denli büyük tesislerin stok değerlemesinin yapılmasının, sunulan sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması hususunda ciddi bir öneme sahip olduğunu vurgulamışlardır. Nitekim şehir hastanelerinde kullanılan lazer barkodlar ile her bir demirbaş ve cerrahi aletlerin stok durumları kontrol edilerek takibi sağlanmakta ve ihtiyaç halinde kolayca erişilebilmekte olduğunu belirtmişlerdir. Sözleşmede de yer alan ek listeler çerçevesinde, her kalemde kullanılan demirbaşın ekonomik ömürleri belirlenmiş ve gerektiğinde yenilenmeleri garanti altına alınmış olduğunu ifade etmişlerdir. Yüklenici firmaların desteği ve alt yüklenici firmalardaki personeller sayesinde özellikle biyomedikal cihazların güncel olarak kalibrasyonları yapılmakta ve cihazlardan kaynaklanan ölçüm hatalarının önüne geçilmesini sağladıklarına değinmişlerdir.

#### 4.2. Satın Alma

Katılımcılar satın almayı “İhale Süreci”, “Firmanın Rüçhan Hakkı”, “Lojistik Maliyet” ve “İhtiyaç Listeleri” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 7, katılımcı 13 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinde satın alma fonksiyonunu işletirken sözleşmede yer alan belli başlı eklerin devlet hastanelerine kıyasla satın almayı daha da çok kolaylaştıracağını ve bu ek maddelerin işletilmesine dair çalışmaların devam ettiğini ifade etmişlerdir. İhale süreçlerinin diğer devlet hastaneleri gibi şeffaf ve kamuya açık olduğundan ve satın alım sürecinde her teklifin değerlendirildiğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda bu teklifler arasında düşük maliyet ve yüksek fayda göz

önüne alındığında bu koşulları sağlayan firmalar arasında kendi ortakları olan yüklenici firmanın teklifi de yer alıyorsa; firmanın rüçhan hakkından dolayı satın alımın firma üzerinden gerçekleştirildiğini ifade etmektedirler. Nitekim bu satın alım da onlara ekstra bir lojistik maliyeti gerektirmediği ve kendi paydaşlarıyla birlikte yaptıkları iş birliğini arttırdığını belirtmişlerdir. Şehir hastanelerinde satın alımdan önce gerekli ihtiyaç listelerinin titizlikle oluşturulduğunu ve piyasaya birden fazla kez teklif araştırmasına çıktığını, satın alımın bu teklifler arasındaki en düşük maliyeti seçerek yapıldığını vurgulamışlardır. Sözleşmede belirtilen ek listelerdeki kalemlerin onaylanması sonucunda şehir hastanelerine özgü satın alım süreçleri farklı bir yöntemle yürütüleceğini, bu durumun yüklenici firmayla gerçekleştirecekleri satın alma sürecini daha kolay kılacağını belirtmişlerdir.

#### 4.3. Yöntem Beyanı

Tedarik zinciri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir başka tema ise yöntem beyanı olmuştur. Katılımcı 1, katılımcı 5, katılımcı 7 ve katılımcı 13 tedarik zinciri sürecinde işlerin doğru ve kolay bir şekilde yürütülebilmesini yöntem beyanına bağlamışlardır. İş süreçlerinde belirlenen yöntem beyanları sayesinde hangi işin hangi kişi tarafından nasıl ve hangi sürede yapılacağı konusunda kamu ve yüklenici firma kanadında anlaşıldığını belirtmişlerdir. Yüklenici firma personellerinin belirlenen iş akış süreçleri dahilinde görevlerini yerine getirdikleri, doğru zaman ve doğru mekânda hizmet sunduklarını ifade etmişlerdir. Nitekim bu durumun kamu-özel iş birliğini artırıcı ve kesintisiz sağlık hizmet sunumunu destekleyici nitelikte olduğunu vurgulamışlardır. Tedarik zinciri yönetiminde de yöntem beyanlarının işleyişe büyük katkısı olduğunu, belirlenen kalite kriterlerine göre alımların gerçekleştirildiğini ifade etmişlerdir.

## 5. Yönetişim Uygulamaları Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

Katılımcılara yönetilen sorular doğrultusunda “Yönetişim Uygulamaları” denildiğinde katılımcıların zihninde oluşan çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar ortak kategoriler altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır. Katılımcılardan “Yönetişim Uygulamaları” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Kurumsal”, “Paydaş”, “Kontrol Teşkilatı”, “Komite” ve “Garanti Bedeli” olmak üzere beş kategoride toplanmıştır.

### 5.1. Kurumsal

Katılımcılar kurumsal “Hukuki Boyut” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 11 ve katılımcı 12 şehir hastanelerinde hem kamu hem yüklenici firma kanadında yönetimin kurumsal oluşundan, yapılan her iş özelinde idare ve yüklenici firmanın sınırlarının ve sorumluluklarının ayrı olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcı 11 bu olguyu “İdarenin yüklenici firmayla sınırları net. Sözleşmeyle ayrılmış net. Onların bize bizim onlara bir müdahalemiz yok. Sadece hakkeş raporları geldiği dönemde karşılıklı oturup şey yapıyoruz. Yoksa her şey net. Her şey hukuki boyutta. Zaten olması gereken de o. Biz sağlığı yönetiyoruz onlar işletmeyi yönetiyorlar. Yani birbirinden ayrı konumlardayız. Ama şey de hissettirmek gerekiyor ki biz hissettiriyoruz. Açılışa kadar burası bir şantiye açılıştan sonra kamuya bağlı bir Sağlık Bakanlığı hastanesi” ifadeleri ile dile getirmiştir. Kurumsallığın bir diğer koşulunun da herkesin kendi işini yapması gerekliliği olduğunu, sağlık hizmeti sunumunda yüklenici firma personelinin hastaya birebir temasının hiçbir alanda olmadığını, sağlık hizmetinin direkt sunucusunun kamu personeli olduğunu, yüklenici firmanın sunmuş olduğu 19 hizmet kalemiyle birlikte sağlık hizmeti sunumuna dolaylı yoldan katkı sağladığı da vurgulanmıştır.

### 5.2. Paydaş

Yönetişim uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde paydaş teması canlanmıştır. Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 şehir hastanelerindeki süreçlerde paydaş katılımına çok önem verdiklerini ve çoğu sorunun paydaşlarla birlikte ortak çözüm önerileri geliştirilerek çözüldüğünü belirtmişlerdir. Kamu ve yüklenici firma tarafının birlikte iş birliği içerisinde kesintisiz sağlık hizmetini birlikte sundukları bu birliktelik sonucu hasta memnuniyetini birlikte sağladıkları ve başarıda paylarının ortak olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcı 1 bu durumu destekler nitelikte “*Onlarda bu hastanenin bir parçası olduklarını hissediyorlar. Şehir Hastanesi olarak en büyük artımız ve farkımız şudur; biz masanın aynı tarafına oturduk, karşılıklı oturmadık. Biz, bizim tek bir etiketimiz var Yozgat Şehir Hastanesi. Yozgat Şehir Hastanesi etiketi ne kadar yükselirse bütün paydaşlar da o kadar yükselecek*” ifadelerine yer vermiştir. Yüklenici firma kanadından Katılımcı 12 ise “*...Muhtarlarla zaten büyük bir toplantı yaptık. Biz muhtarları aldık kahvaltı yaptık hastane tanıtık. Hakikaten başarılı oluyor bunlar. Başka bir hastanede de Adana'nın en tepesindeki diyanet işleri bakan arkadaşlarla büyüklerimizle bir iftar yapmıştık. Yani onları hep yapıyoruz. Burada sadece bizim başhekimle aramız öyle düşünmeyin. Şimdi ben burada emniyet müdürüyle her yıl başında, bayramlarda vali, vali yardımcılarını, çevre il müdürü, hepsiyle işimiz var. İşte baş savcıya kadar adliyeye kadar. Bu şeydir. Mesela yeni vali gelir. İlk randevuyu biz alır gideriz. Çünkü bu bir çevreniz olması lazım. Onların fikirleri önemli. Mesela ulaştırma daire başkanımız da Elazığlı. Çağırdık geldi buraya. Yani bu yolları nasıl yapabilirizi burada yardımcı olun dedik. Yani biz burada hastaneye bizim hastanemiz gibi sahip çıkıyoruz*” ifadelerine yer vererek paydaş katılımının önemini ve kamu-özel iş birliğinin şehir hastanelerindeki hizmet sunumu açısından sağladığı faydayı vurgulamıştır.



### 5.3. Kontrol Teşkilatı

Katılımcılar kontrol teşkilatını “Koordinasyon Kurulu” ve “Yönetici Takip Ekranı” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 11 ve katılımcı 12 şehir hastanelerinde idare ve yüklenici firma kanadındaki çözülmemeyen problemleri koordinasyon kurulları vasıtasıyla çözüme kavuşturmakta olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcı 12 durumla ilgili “*Koordinasyon kurulumuz var işte çözülmemeyen şeyleri oraya getiriyoruz*” ifadesine yer vermiştir. Koordinasyon kurulunda kamu ve yüklenici firma kanadında ortaya çıkan problemlerin tartışılarak çözülmesi hedeflenmekte ve her iki tarafında çıkarlarının ortaya konulduğu belirtilmiştir. Nitekim, Katılımcı 4 “*Ayda bir koordinasyon kurulu toplantısı oluyor. Burada işte asıl işin yüklenicisi firması YZG’ nin sağlık yatırımının da genel müdürü burada oluyor. Genelde yani onların da idare tarafından istenipte onlar tarafından para harcanacağını yani bir maliyete katlanıp da yapılması gereken şeyler oluyor. Bunlarda da yani şirkette sözleşme kapsamında kalmak kaydıyla anlaşmaya çalışıyoruz ama sözleşmenin dışına çıktığımız şeyler de oluyor*” ifadeleriyle bu durumu desteklemiştir. Yönetici takip ekranları vasıtasıyla hastane genel işleyişi, kamu ve yüklenici firma yöneticilerinin takibi de yapılmakta olduğu vurgulanmıştır.

### 5.4. Komite

Katılımcılar komiteyi “Kalite Dokümanı” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 3, katılımcı 8, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumunun devamlılığının sağlanması ve doğru, kaliteli, etkili, güvenilir ve zamanın sağlık hizmeti için belirlenen alt komitelerin olduğunu bu komitelerin belirli günlerde toplantılar yaparak kalite dokümanları oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Komitelerden çıkan kararlar doğrultusunda hem yüklenici firma hem de idare tarafındaki süreçlerde iyileştirmelere ve standardizasyona gidilmektedir. Nitekim bu iyileştirmeler şehir

hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırarak hastaların memnuniyet oranlarını yükselteceği vurgulanmıştır.

### 5.5. Garanti Bedeli

Katılımcılar garanti bedelini “Hasta Başına Maliyet” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 16 şehir hastanelerini, büyüklükleri, standartların yüksekliği göz önüne alındığında maliyetlerin de artacağına düşünülüğünü bu düşüncenin bir bakıma hizmet standartlarının/kalitesinin değişmesiyle doğru bir yaklaşım olduğunu ancak yapının büyüklüğünün, personel sayısının artmasıyla birlikte aynı zamanda hizmet verilen hastanın da aynı oranda artmasıyla hasta başına maliyete bakıldığında aynı oranda artan bir maliyetin söz konusu olmadığı ifade etmişlerdir. Şirketin sahip olduğu sözleşme ve Bakanlığın hizmet standartlarına bakıldığında standartlar da belirtilen şartların çok yüksek şartlar olduğunu ancak artan maliyet konusundaki çözümü de daha düşük standartta ucuz hizmet vermekte aramayıp, zaten bu uygulamadan kaçarak bu yapıya geldiklerini ve mevcut standartlarda makul ve kabul edilebilir ödemeler yapmayı esas aldıklarını ve birçok kalemde de bunu uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bakanlığın %70 olarak belirlediği garanti bedeli oranını da tüm hizmet gruplarına bakıldığında hastane %70’in üzerinde dolulukla çalışmaya başladığı için tutarlı olarak bulmuşlardır. Bununla birlikte bu altyapı ve hizmet standardının gelecekte de varlığını rahatlıkla devam ettirecek olduğu görüşündeydiler.

### 6. Hasta Güvenliği Uygulamaları Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

Katılımcılara yönetilen sorular doğrultusunda “Hasta Güvenliği Uygulamaları” denildiğinde katılımcıların zihninde oluşan çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar ortak kategoriler altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır. Katılımcılardan “Hasta Güvenliği Uygulamaları” fonksiyonuna dair elde edilen

veriler “Kapalı Döngü İlaç Sistemi”, “Yaptırım”, “Sterilizasyon-Temizlik”, “Düşme Ölçeği” ve “Denetçi” olmak üzere beş kategoride toplanmıştır.

### 6.1. Kapalı Döngü İlaç Sistemi

Katılımcılar kapalı döngü ilaç sistemini “RFID” ve “Hasta Kimlik Doğrulaması” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir. Temelinde hasta güvenliğinin sağlanması yatan kapalı döngü ilaç sisteminde katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 8, katılımcı 9 ve katılımcı 11 kullanılan RFID sistemlerini ve hasta kimlik doğrulamalarını birbirini tamamlayan uygulamalar olarak görmekteyiz. Bu sistemlerin kullanılması ile birçok açıdan hasta güvenliğinin en üst düzeylerde tutulduğunu ifade etmişlerdir. Hasta kimlik doğrulamaları ve hastaya takılan bilekler sayesinde hastaya yanlış ilaç uygulama riskinin ortadan kaldırıldığını ifade eden katılımcılar anne-bebek ve bebek-hemşire eşleştirmeleri ile de bebeğin güvenli bölgeden izinsiz uzaklaştığında veya bebeğin yanına farklı bir anne yaklaştığında alınan uyarılar sayesinde bebek kaçırılmalarının önüne geçildiğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar, bu senaryonun içerisinde otomatik kapıların kapanması, kamera sisteminin kayıt almaya ve fotoğraf çekmeye başlaması, anında mail atılması gibi uygulamaların şehir hastanelerinin ayırt edici özelliklerinden olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar yemek hizmetlerinde de kullanılan RFID sistemi ve hasta kimlik doğrulaması ile doğru hastaya doğru yemeklerin ulaştırılmasının sağlanması ve cerrahi aletlerde kullanılan RFID sistemi ile cerrahi müdahale sırasında hasta içerisinde herhangi bir malzeme unutulma riskinin ortadan kaldırılması ile hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir etken olduğunu vurgulamışlardır.

### 6.2. Yaptırım

Katılımcılar mahal kodu “Mahal Kod”, “Taşıma Personeli” ve “Lojistik Tüneller” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 5, katılımcı 11, katılımcı 12, katılımcı 16 şehir hastanelerini diğer devlet

hastanelerinden farklı kılan birtakım uygulamalar ile bunların uygulanma veya uygulanamama nedenlerine ilişkin birtakım yaptırımların olduğundan bahsetmişlerdir. Katılımcılar, hastane içerisindeki her odanın mahal kodlarıyla tanımlandığını ve kapıların üstlerinde yazan bu mahal kodları aracılığıyla hastaneye yeni bir hekim geldiğinde hekim ile oda eşleşmesi yapılarak sisteme kaydın gerçekleştiğini ve hekimlerin isim levhalarının yaptırıldığını belirterek bu uygulamanın iyi uygulama örneklerinden biri olduğunu vurgulamışlardır. Bununla birlikte hastanelerdeki taşıma personelleri ile hastane içi süreci kolaylaştıracak ve hızlandıracak aynı zamanda hasta güvenliğine katkı sağlayacak uygulamalar da söz konusudur. Taşıma personelleriyle hem hasta taşıma hem de ilaç/acil ilaç ve sarf malzeme taşıma konularında destek sağlanıyor ve bu sağlanırken lojistik tüneller aracılığıyla erişim kolaylığı da sağlanabilmektedir. Personelin hangi görevde, nerede oldukları takip edilebiliyor, hangi personel uygun ise açılan çağrıya göre yönlendirmeler yapılabiliyor. Katılımcılar bu uygulamanın da hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir unsur olduğu konusunda ortak görüşteydiler.

### 6.3. Sterilizasyon-Temizlik

Katılımcılar sterilizasyon-temizliği “Temas İzolasyonu” ve “İzole-Negatif Basınçlı Oda” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 8, katılımcı 9 ve katılımcı 11 şehir hastanelerinin temelinde enfeksiyonsuz hastane kavramının yattığını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda hasta güvenliğini esas alarak sterilizasyon ve temizlik konularında ayrıca hassasiyet gösterildiğini ve farklı uygulamaların olduğunu aktarmışlardır. Katılımcılar, servislerde özellikle de acil ve yoğun bakımlarda tek kişilik izole odaların ve negatif basınçlı odaların olmasının enfeksiyon oranlarını azalttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca yoğun bakımdaki negatif basınçlı odaların basıncını, nemini, herhangi bir anda bir odaya ne kadar hava üflendiğini ne kadar hava çekildiğini bunların sıcaklığı gibi göstergelerin hepsini

görebildiklerini, kontrol altında tutabildiklerini ve bu süreçlerin de yıllık idareye rapor halinde verildiğini; idarenin de enfeksiyon komitesiyle birlikte periyodik aralıklarla enfeksiyon numuneleri aldıklarını ayrıca riskli bir durum da hemen yazı yazılarak gerekli çalışmalar yapıldığını aktarmışlardır. Firma tarafında da enfeksiyonla ilgili hastalıklar için belirlenen şekillerinin tanındığını ve hangi enfeksiyon önlemi uygulanacaksa temas izolasyonu hakkında temizlik personelinin de bilinçli olduğunu ve bu bilincin şehir hastanesi yapılanmasıyla birlikte kazanıldığını ifade etmişlerdir.

#### 6.4. Düşme Ölçeği

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir diğer tema da düşme ölçeği olmuştur. Katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 8, katılımcı 9 ve katılımcı 11 hasta düşmelerini önemli bir hasta güvenliği sorunu olarak gördüklerini ve bunu önlemek adına düşme ölçeği kullandıklarını belirtmişlerdir. Düşme riski taşıyan hastalar için doldurulan düşme ölçeğinin sisteme bildirildiğini ve hastalara ona göre müdahale edildiğini ifade etmişlerdir. Düşme riski olan hastaların ultrasona, tomografiye, akciğer filmine vs. giderken bile tek başlarına değil mutlaka yanında bir sağlık personeli eşliğinde gittiklerini ve bu uygulamanın hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir.

#### 6.5. Denetçi

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde denetçi teması canlanmıştır. Katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinin sağlık hizmeti sunumunda kamu ve özelin birlikte sorumluluk aldığı karma bir model olması nedeniyle katılımcılar idare tarafının da şirkete karşı sorumluluklarının olduğunu ve bu sorumlulukların da dış denetçiler tarafından denetiminin sağlandığını ifade etmişlerdir. Özellikle hasta güvenliğini etkileyen temizlik, sterilizasyon, radyasyon güvenliği, hastane afet planı vs. gibi konularda dış denetçilerin ve bağımsız denetçilerin devreye

girmesinin hata yapma ihtimalini çok düşürdüğünü belirtmişlerdir. Bununla birlikte yüklenici firmanın hizmeti kendisinin denetlemesinin, bağımsız denetçilerin denetlemesinin, ana denetçi olarak idare tarafının denetlemesini ve idareyi de Bakanlığının denetlemesiyle birlikte çapraz denetleme sisteminin oluşuyla; hata yapma riskini ortadan kaldırdığını ve hasta güvenliğinin sağlanmasında etkin bir sistem kurguladıklarını ifade etmişlerdir.

### 7. Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) Temelli Katma Değerli Uygulamalar Temalar ve Kodlar

Katılımcılara yönetilen sorular doğrultusunda “Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) Temelli Katma Değerli Uygulamalar” denildiğinde katılımcıların zihninde oluşan çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar ortak kategoriler altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır. Katılımcılardan “ESK Temelli Katma Değerli Uygulamalar” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Dijitalleşme”, “Tıbbi Sekreter”, “Kurumsal”, “Güvenlik”, “Merkezi Yardım Masası” ve “Entegrasyon” olmak üzere altı kategoride toplanmıştır.

#### 7.1. Dijitalleşme

Katılımcılar dijitalleşmeyi “Enformasyon Teknolojileri”, “CCTV”, “Süreç Monitorizasyonu”, “Kapalı Döngü İlaç Sistemi (KDİS)” ve “All-In-One” olmak üzere beş kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 10, katılımcı 14, katılımcı 15 ve katılımcı 18 dijital hastane altyapısıyla kurulan şehir hastanelerinin birçok uygulamasıyla diğer devlet hastanelerden farklılaştığını belirtmişlerdir. Katılımcılar, kapalı döngü ilaç sistemini (KDİS), hasta güvenliği temeliyle hastanelerde mevcut olan ve servislerde ilaçların order edilmesinden itibaren birim doz halindeki ilaçların hastaya özel olarak eczacı ve hekimin ekranına düşen ilaç-ilaç, ilaç-alerji, ilaç-besin etkileşimleri ve uyarıları dikkate alınarak hasta bilekliği ile eşleşmesi sağlandıktan sonra doğru ilacın doğru

hastaya doğru zamanda doğru uygulama yolu ile uygulandığı sistemler olarak ifade etmişlerdir. Lighthouse adı verilen program aracılığıyla hastane içerisindeki taşıma personellerinin takibinin sağlanabildiğini yine maliyeti belli bir meblağının üzerindeki biyomedikal cihazların, demirbaşların, taşınmazların anlık olarak takip edilebildiğini, bu cihazların serviste içerisinde veya dışarısında olup olmadığının takibinin sağlanabildiği, hastane içerisinde hangi lokasyonda bulunduğunu öğrenebildiklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte hastane içerisindeki tüm kameraların CCTV odalarında kayıt altına alındığını ve kontrol edilebildiğini ve CCTV kamera sistemiyle birlikte demirbaş takibi, bebek kaçırma sistemi, hastane otomasyon sisteminin tamamının birbirleriyle entegre çalıştığını aktarmışlardır. Katılımcılar bir başka dijital uygulama olarak all-in one bilgisayarlardan bahsetmişlerdir ve bu bilgisayarlar aracılığıyla farklı bir sekreteryaya işine sekreteryaya ihtiyaç duymadan sağlık profesyonellerine ulaşımın sağlanabildiğini, bilgi barkodu ve tüpleri çıkarabildiğini, laboratuvar sonuçları hususundaki sürecin devamlılığının sağlanabildiğini ifade etmişlerdir.

## 7.2. Tıbbi Sekreter

ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde tıbbi sekreter teması canlanmıştır. Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 11 ve katılımcı 12 bazı şehir hastanelerinde hasta mahremiyeti ve hekimlerin sürece dahil olması amacıyla tıbbi sekreterlerin görev yapmadığını bazı şehir hastanelerinde ise taşeron yasasıyla birlikte tıbbi sekreter istihdam edildiğini belirtmişlerdir. Tıbbi sekreter kullanmayan şehir hastaneleri için bu uygulama ile primer kullanıcı tarafından verinin üretilip üretilen verinin de kullandırılıyor olmasını avantaj olarak görmektedir. Ancak belli bir sayının üstünde hasta ile çalışan doktora sekreter verilme konusuna sıcak baktıklarını bunun sebebinin ise daha önce yasal olarak uygun olmamasına rağmen bazı hekimlerin yapacağı işleri hekimin yoğunluğu veya

yokluğu sırasında sekreterinin yapması olarak dile getirmişlerdir. Fakat tıbbi sekreterlerin olmaması durumunda hastaların bekleme sürelerinin uzadığı için hasta memnuniyetini sağlamak adına da sekreter verilmesi gerekliliğinden bahsetmişlerdir.

## 7.3. Kurumsal

Katılımcılar kurumsal “Süreç Yol Haritaları” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 15 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinde elektronik sağlık kayıtlarının hem hastane içerisindeki kullanımında hem de kurum dışından erişiminde altyapıyı sağlayan firmaların çok katı kurallarının olduğunu ama bu katı kuralların kurumsallığı sağladığını aksi takdirde yönetiminde sorunlar yaşanacağını ve devlet hastanelerinden bir farklarının kalmayacağını ifade etmişlerdir. Bu altyapıyı sağlayan firmaların kurumsallığı dolayısıyla kendi teşvik yöntemlerinin ve ödül sistemlerinin olmasının da hastane içerisindeki süreçlere olumlu katkı sağladığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte time-out olarak adlandırılan yol haritalarının mevcut olması; örneğin, sezaryen yol haritasının olmasıyla, sezaryene başlarken hemşire ve doktorun ne yapacağına ve nerede bekleyeceğine dair yol haritasının oluşu, bunların belirlenmiş ve erişilebilir olmasının aynı zamanda hastane içerisindeki diğer süreçler için de yol haritalarının belirlenmesi elektronik sağlık kaydı temelli uygulamaları kolaylaştırıcı ve katkı sağlayıcı faktör olarak nitelendirilmiştir.

## 7.4. Güvenlik

Katılımcılar güvenliği “Güvenlik Marjı” ve “Güvenlik Duvarı” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 10, katılımcı 14, katılımcı 15 ve katılımcı 18 şehir hastanelerine gelen hasta sayılarının standartların üzerinde olduğunu bu bağlamda da hastaların kişisel mahremiyetinin ve güvenliğinin sağlanması hususunda ciddi önlemler aldıklarını aktarmışlardır. Bu önlemlerin başında da elektronik ortamda saklanan verilerin güvenilirliğini sağlayan sistemdeki güvenlik duvarları gelmektedir. Katılımcı 1 kullanılan

güvenlik duvarının etkinliğini “Şöyle bir şey var, veri merkezi ve bunun güvenlik standartları daha hakim sürdürülebilir teknik olarak, çok yüksek yani bir güvenlik duvarı şartı getirmiş Bakanlık şartnamede Merkez Bankasında yoktur herhalde. Öyle ki ben bazen kendi hastamın verisini girerken açmakta güçlük çekiyorum, sıkıntı yaşadım birkaç kere kapatmak zorunda kaldık güvenlik duvarını. Çok yüksek standartlı bir güvenlik duvarı var ve bu verilerin güvenliğinden de mesul olduğu için şirket varını yoğunu bu alana harcıyor” ifadeleriyle açıklamıştır. Şehir hastanelerini gerek teknik altyapı gerekse de bilgi işlem altyapısıyla yüksek güvenlik marjına sahip tesisler olarak tanımlayan katılımcılar hasta mahremiyetinin korunabilmesi adına en üst düzeyde önlem aldıklarını vurgulamışlardır.

### 7.5. Merkezi Yardım Masası

ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde merkezi yardım masası teması canlanmıştır. Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 10, katılımcı 12 ve katılımcı 16 sağlık hizmet sunumu süreçlerinde yaşanan aksaklıkları ihbar etmek amacıyla, taşıma personeli gerektiği durumlarda veya tesisle ilgili herhangi bir sorun tespit ettiklerinde diğer devlet hastanelerinden farklı olarak şehir hastanelerinde bu tür sorunlara çözüm getirmek amacıyla başvurabilecekleri merkezi yardım masası uygulamasının olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar merkezi yardım masasını; açılan çağrılara yönelik gerekli çözümü acil durum skalaları özelinde belirlenen zaman aralığında giderilmesini sağlayan birim olarak tanımlamaktadırlar. Şehir hastanesinin her bir köşesine belirli aralıklarla yerleştirilen mahal kodlar sayesinde yapılan ihbar yerleri kolayca tespit edilip çözüm üretecek personelin yönlendirmesi hızlıca yapılmakta

olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcı 10 yardım masasının bilgi işlem özelinde desteğini “...yardım masası var, burası eski yapıya göre yardım masasının avantajı var sıkıntınız varsa yardım masasına dönüyorsunuz onlar size dönüş yapıyorlar. Hani yani siz bilmiyorsanız dahi bilgi işlem dönüş yapıp o konuda bilgilendiriyor, o ekrana bağlanıp yardımcı oluyor, nasıl olacağını tekrar gösteriyor” ifadeleriyle belirtmiştir.

### 7.6. Entegrasyon

Katılımcılar entegrasyonu “Cihaz Entegrasyonu” ve “Süreç Otomasyonu” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir. Katılımcı 1, katılımcı 10, katılımcı 14, katılımcı 15 ve katılımcı 18 şehir hastanelerine alınan her bir biyomedikal cihazın sözleşmede de belirtildiği üzere entegrasyonunun sağlanabilir olduğundan bahsetmişlerdir. Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan ekipmanın gerekli bilgi işlem altyapısıyla birlikte entegre edilebilir ve ulaşılabilir olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sistemin entegrasyonu birlikte belli başlı insan gücü gerektirmeyen süreçlerde otomasyonun sağlandığından nitekim bu durumun süreçleri daha hızlı ve sürdürülebilir kıldığını vurgulamışlardır. Şehir hastanelerinde kullanılan entegrasyonun yaygınlığını belirtmek için Katılımcı 18 “Aslında bu alanları saymaya çalışsak bitmez, dediğim gibi bizim 70’in üzerinde entegrasyonumuz var, bütün sistemlerimiz birbiriyle haberleşme içerisinde. Örneğin, bu bebek kaçırmadan bahsedebiliriz pembe kod sistemi. Şimdi örneğin, CCTV bir kamera sistemimizle birlikte demirbaş takip sistemimiz, bebek kaçırma sistemimiz, building management dediğimiz hastane otomasyon sistemimiz bunların tamamı birbirleriyle entegre çalışmakta” ifadelerine yer vermiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, gün geçtikçe ülkemizdeki yaygınlığı artarak devam eden ve kesintisiz sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğine büyük katkı sağlayan, kamu-özel işbirliğiyle

kurgulanan Şehir Hastaneleri’nin diğer devlet hastanelerine kıyasla sağlık hizmeti sunumunda sağladığı iyi uygulama örnekleri ortaya çıkarılmıştır. Bu bağlamda

araştırmanın saha çalışması aralığında hâlihazırda hizmete girmiş olan Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri yerinde incelenerek; hastanelerin üst ve orta düzey yönetim kademelerinde çalışanlarla yapılan görüşmeler neticesinde; Şehir Hastaneleri'nin iyi uygulamaları 7 yönetsel tema altında 39 kategori ve 83 Kod bağlamında değerlendirilmiştir.

Yapılan incelemeler sonucunda şehir hastanelerinin bina kalitesinden dijital hastane altyapısına, hasta güvenliği için kişiye özel tanımlama teknolojilerinden demirbaş takibinde kullanılan RFID ve lazer kod sistemlerine kadar genişletilebilen iyi uygulama örneklerinin detaylı açıklamalarına üst ve orta düzey yöneticilerin yorumları ışığında değinilmiştir. Nitekim literatürde RFID kullanımının hem tedarik zinciri yönetiminde malzeme ve stok kontrolü yapabilmek ve maliyetlerin azaltılmasını sağlayabilmek amacıyla kullanılan ekipmanları maksimize etmeyi sağladığını hem de acil müdahale gerektiren durumlar için kullanıldığını destekler çalışmalar bulunmaktadır.<sup>28-31</sup> Sağlık kuruluşlarındaki risk faktörlerine bakıldığında en önemlilerini hasta ve çalışan güvenliği konularına bağlı riskler oluşturmaktadır.<sup>32</sup> Bu doğrultuda özellikle şehir hastanelerinde uygulamaya geçilen dijital hastane altyapısının sağlık hizmet sunum sürecinin ve kalitesinin artırdığı; hasta ve çalışan güvenliğini sağladığı görüşünde olan çeşitli alan araştırmaları da bulunmaktadır.<sup>33,34</sup>

Ayrıca anne-bebek sağlığının sürdürülebilirliği için uygulanan anne oteli ve gebe sınıfı uygulamalarına hastane içi erişilebilirliğin sağlanması amacıyla geliştirilen mobil cihaz ve uygulamalara, maliyetlerin azaltılması ve enerji tasarrufu sağlanabilmesi için kurulan trijen sistemlerine de katılımcıların farklı bakış açılarıyla birlikte yer verilmiştir. Şehir hastanelerinde kullanılan trijen sistemleri ve leed sertifikaları ile birlikte yeşil hastane uygulamalarına da geçildiği tespit edilmiştir. Yeşil hastane uygulamalarının sağlık hizmeti sunum maliyetlerini azaltarak kalite

artırımına yönelik faydalar sağladığı yapılan alan çalışmalarında belirtilmiştir.<sup>35-38</sup>

Bugüne kadar özel hastanelerin tercih edilmesinde rol oynayan en önemli faktörlerden biri, kaliteli otelcilik hizmetleridir. Kamu sağlık hizmeti, şehir hastaneleriyle herhangi bir katılım payı alınmaksızın halka sunulmaktadır. Bu nedenle şehir hastanelerinin kurulmasıyla sağlık sektöründe artacak rekabet, özel hastaneleri doğrudan etkileyecek olup, özellikle sunulan hizmet kalitesi, hizmete ulaşma hızı ve rekabet edilebilirliği göz önünde bulundurulduğunda kendilerini sorgulamalarını ve daha iyi hizmet verebilmeleri adına iyileştirmeler yapmalarını teşvik edecektir. Bilhassa sağlık hizmet sunumunda gelişen kalite ve artan memnuniyet oranları ile küresel ölçekte de Şehir Hastaneleri aracılığıyla Türk Sağlık Sistemi'nin markalaşmasının yolu açılacak ve sağlık turizmi pazar payı artırılabilecektir.<sup>39</sup> Uluslararası kabul görmüş sağlık hizmeti kalite standartlarının uygulandığı sağlık tesislerinin varlığı, sağlık turistlerinin ülkeye olan seyahatlerini de artırmaktadır.<sup>40</sup>

Şehir hastanelerinin satın alma süreçlerinde işleyen sistem hususunda ayrı bir mevzuatın ve yönetmeliğin olmayışı sebebiyle devlet hastanelerinde işleyen sistem ile benzerlik göstermektedir. Sarf malzemelerindeki alım prosedürü kamu hastanelerindeki gibi işlemektedir. Şehir hastanelerini satın alma sürecinde kamu hastanelerinden ayıracak en önemli kriter, sözleşmedeki Ek-22, Ek-13 ve Ek-17 gibi süreçlerin işletilebilmesidir. Ekler dahilindeki hizmetlerin içeriğinde demirbaş malzemeler, bilgisayar, biyomedikal cihazlar, mefruşat gibi kalemler bulunmaktadır. Ancak hizmet sunulmaya başlanmasının üzerinden yaklaşık bir yıl geçmesine rağmen Ek-22, Ek-13 ve Ek-17'nin içerisinde hangi kalemlerin yer alacağı resmi bir otorite tarafından belirlenmemiştir ve bu eklerin nasıl işletileceğine yönelik bir uygulama örneği bulunmamaktadır. Satın alma sürecinde yaşanan gecikmelerin yarattığı sorunların yanı sıra özellikle bakım onarım hizmetlerinin alınamaması cihazların zarar

görmesine ve hizmet sunumunun aksamasına sebep olabilmektedir. Bu durumun özelinde gerekli mevzuat çalışmasının yapılması ve süreçler ile ilgili kılavuz kitapların yayınlanması gerekmektedir. Şehir hastanelerinin gerek yapısı gerekse de alan ve hizmet büyüklüğü nedeniyle sıradan bir kamu hastanesi olarak organizasyon şemasının düzenlenmesi ve bu doğrultu da yürütülmesi zor olmaktadır. Şehir hastanelerine özgü yönetim şemasının kurgulanması ve buna yönelik mevzuat çalışmalarının başlatılması elzemdir.

Çalışma bilimsel araştırma projesinin başladığı 01.04.2018 tarihinden itibaren faal

olan Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri üzerinden yürütülmüştür. Bu durum projenin saha araştırmasının bittiği 15.07.2018 tarihinden sonra açılan şehir hastanelerini kapsamadığı için çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Gelecek araştırmalarda, açılan tüm şehir hastanelerinin detaylı saha çalışmaları yapılarak analizi sağlanabilir. Araştırmacılar elde edilen bulguları içerik analiziyle birlikte bir ileri seviye analiz yöntem ve metotlarına da tabi tutarak ya da nitel analiz bulgularını nicel analiz yöntemleriyle birleştirerek karma yöntem araştırmalar ile daha nitelikli sonuçlar elde edebilirler.

#### KAYNAKLAR

1. Atasever, M. (2018). "Şehir Hastaneleri Araştırması". Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü.
2. Boz, S.S. (2013). "Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli". İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 4 (2), 279-332.
3. Teker, D.L. (2008). "Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi". Muhasebe ve Finansman Dergisi, (37), 1-18.
4. Yaşar, M.F. (2015). "Şehir Hastaneleri ve Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli". Erişim adresi: <http://www.hukukihaber.net/sehir-hastanelerive-kamu-ozel-isbirligi-ppp-modeli-makale,3984.html> (Erişim tarihi: 05.05.2019).
5. OECD. (2010). "Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure". Paris: OECD Publishing.
6. Teker, S, Teker, D. ve Çimen, M. (2013). "Ulaştırma Projeleri Finansmanı İçin Bir Model Önerisi: Kamu-Özel Sektör Ortaklığı ile Yap-İşlet-Devret". İşletme Araştırmaları Dergisi, 5 (1), 116-129.
7. OECD. (2012). "Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure". Paris: OECD Publishing.
8. Bayar, M. (2017). "Küresel Ekonomik Gelişmelerin Sağlık Sektörüne Etkileri: Sağlık Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Programı". OHSAD Konferansı. Antalya.
9. PPIAF. (2009). "Toolkit For Public-Private Partnerships in Roads & Highways". PublicPrivate Infrastructure Advisory Facility.
10. Koray, K. (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı". Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 66 (3), 217-262.
11. Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). "Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli". Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17 (3), 25-51.
12. Tekin, A.G. (2007). "Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri-Kamu-Özel Ortaklıkları". İdarecinin Sesi Dergisi, 21 (122), 10-14.
13. Güler, E. (2016). Sağlık Hizmetlerin Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri (Bursa İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
14. A.D.B. (2013). "Guidebook on Public-Private Partnership in Hospital Management". Philippines: Asian Development Bank.
15. Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun. (2005). 03/07/2005, 5396 sayılı Resmi Gazete.
16. S.Y.G.M. (2018). "Tarihçemiz" Erişim adresi: <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,31061/tarihcemiz.html> (Erişim Tarihi: 07.06.2019).
17. Atasever, M. (2014). "Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi". Ankara: Bakanlık Yayın No:983, ISBN: 978-975-590-521-1.
18. Şimşek, H. ve Yıldırım, A. (2011). "Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri", Ankara: Seçkin Yayıncılık.
19. Creswell, J.W. (2015). "Nitel Araştırma Yöntemleri, Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni, (Çev. M. Bütün ve S. B. Demir), 2. Baskı". Ankara: Siyasal Kitabevi.
20. Ersoy, A.F. (2017). "Fenomenoloji", içinde A. SABAN ve A. ERSOY (Ed.). Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık.
21. Patton, M.Q. (2014). "Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri. (Çev. M. Bütün ve S. B. Demir), 1. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.
22. Böke, K. (2011). "Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri". 3. Baskı, İstanbul: Alfa Yayınevi.
23. Merriam, S.B. (2015). "Nitel Araştırma, (Çev. S. Turan)". Ankara: Nobel Yayıncılık.
24. Yılmaz, N. (2016). Tıpta Uzmanlaşma Üzerine Nitel Bir Araştırma, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

25. Geçer, A.K. (2010). "Teknik Öğretmen Adaylarının Öğretim Teknolojisi ve Materyal Geliştirme Dersine Yönelik Deneyimleri". Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 7 (2), 1-25.
26. DiCicco-Bloom, B. and Crabtree, B.F. (2006). "The Qualitative Research Interview". Medical Education, 40 (4), 314-321.
27. Punch, K.F. (2014). "Sosyal Araştırmalara Giriş, Nicel ve Nitel Yaklaşımlar, (Çev. D. Bayrak, H. B. Arslan ve Z. Akyüz)". 3. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
28. Maraşlı, F. ve Çıbuk, M. (2015). "RFID Teknolojisi ve Kullanım Alanları". Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 4 (2), 249-275.
29. Özdemir, A. ve Doğan, N. (2010). "Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Bilgi Teknolojileri". Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1 (28), 19-41.
30. Aktaş, F, Çeken, C. ve Erdemli, Y. (2016). "Nesnelerin İnterneti Teknolojisinin Biyomedikal Alanındaki Uygulamaları". Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi, 4 (1), 1-10.
31. Pala, Z. (2009). "RFID Teknolojisinin Acil Müdahalede Kullanımı". In Academic Computing Conference, Urfa.
32. Uslu, Y, Hancıoğlu, Y, Yılmaz, E. ve Gedikli, E. (2022). "Sağlık Yöneticilerinin Bakış Açısıyla Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi Olgusunun Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) Yöntemi ile Değerlendirilmesi". 3. Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 57 (3), 1494-1513.
33. Demirci, Ş. (2018). "Sağlığın Dijitalleşmesi-Digitalization of Health". Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10 (26), 710-721.
34. Avaner, T. ve Fedai, R. (2017). "Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması". Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences, 22.
35. Yıldız, H. (2016). "Sürdürülebilirlik Bağlamında Sağlık Sektöründe İnovatif Uygulamalar: Yeşil Hastaneler". Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7 (13), 323-340.
36. Kılıç, C.H. ve Güdük, Ö. (2018). "Yeşil Hastane Kavramı ve Türkiye'deki Son Kullanıcıların Beklentileri Üzerine Bir Hastane Örneği". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7 (1), 164-174.
37. Gürgün, A.P. (2017). "Türkiye'deki LEED NC 2009 Sertifikalı Binaların Enerji ve Atmosfer Kredilerinin Değerlendirilmesi". Politeknik Dergisi, 20 (2), 383-392.
38. Uslu, Y.D, Altun, U. ve Yılmaz, E. (2022). "Sağlık İşletmeleri Açısından Yeşil İnsan Kaynakları Yönetimi İşlevlerinin Bulanık AHS Yöntemi ile Değerlendirilmesi". Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 29 (3), 603-621.
39. Uslu, Y.D, Alarçin, E.Y, Yılmaz, E. ve Gedikli, E. (2022). "Türk Sağlık Sisteminin Markalaşmasına Stratejik Bir Bakış". Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (23), 207-225.
40. Uslu, Y.D, Kedikli, E, Yılmaz, E, Çiçek, A, Karataş, M. ve Aydın, S. (2021). "Developing Strategies for Increasing Market Share of Turkey on Health Tourism by Using Fuzzy AHP Method". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10 (2), 159-171.