

KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI/İŞBİRLİĞİ MODELİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA HİZMET MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜLMESİ: ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ (ŞEHİR HASTANELERİ) İÇİN BİR ARAŞTIRMA

Naif Fıratcan ÇINAR¹
Çağdaş TÜRKOĞLU²
Alper TÜTÜNSATAR³

ÖZET

1970'li yıllarda dünyada birçok ülkenin yaşamış olduğu krizler neticesinde neoliberal politikalar önem kazanmaya başlamıştır. Özelleştirme politikalarının öncülüğünde küçülme politikaları izleyen ülkeler minimal devlet olma yolunda ilerlerken özel sektörün finansmanın güçlendirilmesi de gerektiğinden hareketle İngiltere başta olmak üzere kamu özel ortaklığı/işbirliği modelinin uygulanmasına geçilmiştir.

Kamu özel ortaklığının Türkiye'de nasıl uygulanmaya başladığı hususlarıyla birlikte bu modelin benzer uygulamaları şekline olan yap-işlet, yap-işlet-devret gibi modellere ek olarak yap-kirala modeli olarak adlandırılan şehir hastanelerine geçiş sürecinde sağlıkta yaşanan birçok dönüşüm sergilenmiştir.

Bu çalışmada, kamu özel ortaklığı modelinin tarihsel gelişimi, kamu özel ortaklığı modeli ve Türkiye'de açılan şehir hastanelerinin hizmet memnuniyetini ölçmek amaçlanmıştır. Şehir hastanesine başvuran hastaların hizmet memnuniyetinin ölçümüyle birlikte eksik yönler tespit edilecek ve uygulamaya yönelik olumsuz çıktılar ortadan kaldırılabilecektir. 250 katılımcı ile anket yapılarak değerlendirilen bu çalışmada şehir hastanesinin hizmet memnuniyetinde eksik yönleri olmasına rağmen başvuran hastaların genel olarak verilen hizmetten memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu özel ortaklığı, Şehir hastaneleri, Hizmet memnuniyeti.

¹ Öğr. Gör. Naif Fıratcan ÇINAR, Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Meslek Yüksekokulu İşletme Yönetimi

² Öğr. Gör. Çağdaş TÜRKOĞLU, Süleyman Demirel Üniversitesi Şarkikaraağaç Meslek Yüksekokulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği

³ Uzm. Alper TÜTÜNSATAR, Süleyman Demirel Üniversitesi, Rektörlük

**PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP / COOPERATION
MODEL: HISTORICAL DEVELOPMENT IN TURKEY AND
MEASURING SERVICE SATISFACTION OF HEALTH SERVICES:
A RESEARCH FOR INTEGRATED HEALTH CAMPUSES (CITY
HOSPITALS)**

ABSTRACT

In the 1970s, neoliberal policies began to gain importance as a result of crises where many countries lived in the world. As the countries following the downsizing policies are on the way to becoming the minimal state, it is necessary to strengthen the financing of the private sector and the implementation of the public private partnership / cooperation model, especially England, has been started.

Along with the idea that the public private partnership has started to be implemented in Turkey, in addition to models such as build-operate, build-operate-transfer, which are similar applications of this model, many transformations in health have been exhibited in the process of transition to city hospitals. When we look at the health system in Turkey, it is seen that both state and private health service providers are experiencing important developments in terms of quantity and quality.

In this study, we aim to measure the historical development of public private partnership model, public private partnership model and service satisfaction of city hospitals in Turkey. With the measurement of the service satisfaction of the patients who visit the city hospital incomplete aspects will be determined and the negative outputs for implementation will be taken away. This study, which was conducted by a survey with 250 participants, shows that although the city hospital had some deficiencies in service satisfaction, the patients are generally satisfied with the service provided.

Keywords: *Public private partnership, Integrated health campuses, City hospitals.*

GİRİŞ

Sağlık hizmeti, canlıların varlığından bu yana varlığın sürdürülebilmesi için önemli bir konu olarak halen önemini koruyan bir olgudur. Dünya üzerinde sağlık hizmeti çoğunlukla kamu hizmeti olarak sunulmaktayken küreselleşme ve kapitalizmin de etkisiyle özel sektör de artık sağlık hizmet sunucular arasına girmiştir. Aslında önceleri tam kamusal mal ve hizmet olarak kabul edilen sağlık hizmeti, artık toplumda yarı kamusal bir hizmet olarak algılanmaya başlamıştır. Bununla birlikte değişen dünya düzeni ile devletin küçülmesi ve neoliberal politikaların da artmasıyla birlikte sağlık

hizmetinin ilerleyen zamanlarda özel bir hizmet olarak sunulması gündeme gelmekte ve hizmet memnuniyetli bir sağlık yaklaşımı ele alınmaktadır.

Çalışmada Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunun 2000’li yılların başından itibaren gerçekleştirdiği dönüşüm ile kamu özel ortaklığı (PPP- Public Private Partnership) yöntemiyle sağlık hizmeti sunumunun nasıl gerçekleştirileceği, bu modelde hizmete açılan şehir hastanelerinin yapısı ve bir şehir hastanesinin hizmet memnuniyeti değerlendirmesine dair bilgi verilecektir.

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Günümüzde ülkelerin yönetimleri devlet için ek finansman sağlamak ve kamu hizmetlerinin bütçenin sürdürülebilirliğine olumsuz etki etmeden yürütülebilmesine olanak sağlamak amacıyla gerçekleştirecekleri mali politikaların birbirleri ile farklı bir şekilde ortaya çıkarak bu ülkelerin sahibi olduğu atıl durumdaki kaynakların gelir oluşmak saikiyle harekete geçirilmesi, harcama kalemlerinin mevcut konjonktüre uygun biçimde öncelikleyerek daha geçerli harcamalara yer açılması, dış hibe ve borçların gelir getirici veya en gerekli ihtiyaçları karşılayacak biçimde seçilmesi, kamu-özel ortaklıklarına ve özelleştirmeye başvurulması gibi yöntemlerle politikalar üretilmektedir (Karaca, 2012: 419).

Devlet tarafından, piyasanın işleyiş kurallarından belli oranda bağışık kılınarak üstlenilmiş olan ve toplumsal ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmet üretimi olarak tanımlanan kamu hizmeti kavramı, devlet tarafından üstlenilmiş olması nedeniyle söz konusu hizmet üretiminin bizzat devlet tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği anlamını taşımaz (Karahanoğulları, 2011: 178).

Anayasa Mahkemesi de kamu hizmetini devlet ya da diğer kamu tüzel kişileri tarafından ya da bunların gözetim ve denetimleri altında, genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinlikler olarak tanımlamıştır (Anayasa Mahkemesi; E: 1994/43; K: 1994/42/2).

Kamu hizmetleri; tam kamusal hizmetler, yarı hizmetler, özel hizmetler ile erdemli hizmetler şeklinde sınıflandırılmıştır (Bilici ve Bilici, 2012: 28). Günümüzde sağlık hizmetleri de piyasada üretilen bir niteliktedir.

Gelişmiş ülkelerde işletmeciliğin devlet kontrolünde özel sektöre devri olarak uygulanan Kamu Özel İşbirliği modeli özellikle sağlık sektöründe daha çok uygulanmaktadır. 1990’lardan itibaren İngiltere, İrlanda, Kanada, İtalya, İspanya, Portekiz, G. Afrika ve Hollanda gibi ülkelerde denenmiş ve kullanıcının yüksek kaliteyi mümkün olan en düşük maliyetle satın almasını

sağlamıştır. Bu alanda ilk yasal düzenleme 1997 yılında İngiltere'de yürürlüğe girmiştir. Son yıllarda ülkemizin, bölgenin sağlık merkezi konumuna yükselmesi kamu özel işbirliği modeli ile yapılan projeleri hem cazip hem de gerekli kılmıştır. 2000'li yıllardan sonra da ülkemizde kamu yönetimi başta olmak üzere şeffaflık, hesap verebilirlik, mali saydamlık gibi konuların ön plana çıkmasıyla birlikte kamusal reformlar yaşanmaya başlamıştır. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde adı geçen Sağlık Dönüşüm Programı da kamu yönetiminde yeni yaklaşımların yönlendirdiği bir hükümet projesidir.

2000'li yıllardan itibaren, kamu mali yönetimi, yerel yönetimler, merkezi yönetim, kamu personel yönetimi ve denetimle ilgili alanlarda önemli yasal düzenlemelere; 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, 5176 sayılı Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 5393 sayılı Belediye Kanunu, 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu, 5449 sayılı Kalkınma Ajanslarının Kuruluşu, Koordinasyonu ve Görevleri Hakkında Kanun, 6085 sayılı Sayıştay Kanunu, 6223 sayılı Kamu Hizmetlerinin Düzenli, Etkin ve Verimli Bir Şekilde Yürütülmesini Sağlamak Üzere Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Teşkilat, Görev ve Yetkileri ile Kamu Görevlilerine İlişkin Konularda Yetki Kanunu kapsamında merkezi yönetim birimlerinin (Başbakanlık ve Bakanlıklar) teşkilat kanunlarına yönelik düzenlemeler, 6328 sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu ile 6360 sayılı On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu örnek gösterilebilir (Lamba, 2014: 138-139).

2. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ MODELİ

Devletler, geleneksel kamu hizmetlerini üçüncü şahıslara gördürme noktasında, bulunulan döneme göre bir tercih yapıp o dönemin durum ve koşullarına göre yeni sözleşme tipleri belirlemekte olup zamanla gelişen ve değişen sözleşme tiplerinin son şekli olarak karşımıza "kamu özel işbirliği" modeli ortaya çıkmaktadır (Boz, 2013: 277). En kısa tanımıyla kamu özel işbirliği; özel sektörün, kamu sektörü tarafından üretilen kamusal mal veya hizmetlerin üretimine ve karar verme sürecine üretim riskini paylaşarak katıldığı, kamuyla özel sektör arasında devam eden anlaşmalar olarak tanımlanabilir (Uğur ve Miynat, 2014: 21). Bir başka görüşe göre kamu özel ortaklığı; kamu ve özel sektör girişimcilerinin ortak faaliyet yürütmelerini amaçlayan ve kamu ortaklığı payının % 51'den az olmasını gerektiren bir yöntem olup, bir kamu şirketinin başka bir yabancı ve yerli şirketle öz kaynak ortaklığına girişmesi olarak da tanımlanır ve bu yöntemin başarısı için kamu

müdahalesinin en az düzeyde olması ve ortak girişimin mali ve ekonomik yönden özerk olması gerektiğinden söz edilir (Orkunoğlu, 2010: 11).

Dünyadaki ilk Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) uygulamaları 17. ve 18. yüzyıllarda, ağırlıklı olarak kanal ve köprü yapımında, imtiyaz sistemiyle gerçekleşmiş olup bazı altyapı hizmetleri Avrupa'da 19. yüzyılda özel sektör tarafından kurularak işletilmiş; özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası 20. yüzyılda bazı ülkelerde (Fransa, İtalya, Japonya ve ABD) özellikle karayolu ağlarının inşasında kamu-özel işbirliği uygulamaları yaygınlaşmıştır (Sözer, 2013: 216).

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), "Kamu Özel İşbirliği" olarak adlandırdığı modeli kısmen veya kamusal yükümlülük altındaki bazı yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, uzun vadeli bir sözleşmeyle kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesine dayanan bir finansman modeli olarak tanımlamış; bu modelin de bütçe kısıtları ve kaynak ihtiyacı, küresel kaynak bolluğundan faydalanma, projeleri daha hızlı ve daha kısa sürede hayata geçirme, finansman maliyetini zamana yayma, inşaat ve işletme maliyetlerinde etkinlik sağlama, özel sektörün sahip olduğu işletme deneyimlerinin kamu altyapı ve hizmet sunumuna aktarılmasını sağlama amaçlarını içerdiğini belirtmiştir (TEPAV, 2016).

İdare hukuku açısından olaya bakıldığında kamu hizmetlerinin üçüncü kişilere gördürülmesinin imtiyaz sözleşmeleriyle mümkün olduğu bilinmektedir. Yap-İşlet, Yap-İşlet-Devret, İşletme Hakkı Devri gibi birçok sözleşme çeşidi kamu hizmetini devletin başkalarına gödürme olanağı tanır. En basitinden; şehir içi dolmuşlar ile özel halk otobüsleri bile belirtilen imtiyaz sözleşme türleriyle devletin kontrolü altında sunulan kamu hizmetlerinin en yaygın örneklerindedir.

Kamu özel ortaklığının mevcut kamusal varlıkların özel sektöre devri olarak tanımlanan özelleştirme ile aynı anlamda olmayıp bir kamu hizmetinin kurulmasının ve kurulduktan sonra belirli bir süreliğine işletilmesinin veya daha önce kurulmuş bulunan bir kamu hizmetinin belirli bir süreliğine işletilmesinin karşılığında bu hizmetten yararlanan kişilerden hizmete ilişkin olarak alınacak ücret karşılığında her türlü kâr ve zararı imtiyaz sahibi kişiye ait olmak üzere idare tarafından konulacak şartlar ve temin edilecek yetkiler sınırlarında bir özel kişi tarafından ifasının öngören idari bir sözleşme olarak tanımlanan imtiyaz sözleşmelerinden farklı yanı da imtiyaz sözleşmelerinde yararlanıcıdan bedel alınması yoluna gidilirken kamu özel ortaklığında idarenin kira bedeli olarak bunu yansıtması şeklindeki uygulamadır (Boz, 2013: 293-297).

Özel sektör finansmanına dayanma geliştirmekte olan ülkeler için makroekonomik açıdan oldukça fayda sağlamakla birlikte bu durum;

uluslararası sermayeyi de çekerek sermaye piyasasında ülkenin imajını güçlendirmesiyle büyük ve tanınan işletmecilerden yararlanarak uluslararası finansal piyasalara girişi geliştirecek, aynı zamanda uzun dönemde yerel finansal piyasanın gelişmesini de sağlayacaktır (Şahin ve Uysal, 2012: 163).

1970'li yıllardan itibaren Keynesçi iktisadın ve sosyal devlet anlayışının içine düştüğü bunalım ve neo-liberal politikaların egemen hale gelmesiyle kamusal hizmetlere bakış açısı da kökten değişmiş, Bu kapsamda öncelikle özelleştirmelere başvurulmuş; özelleştirmelerin sınırına yaklaşılmış, ortaya çıkarttığı sorunların giderilmesi ve karşı duruşların yumuşatılması için kamu özel ortaklığı yöntemleri geliştirilmiştir (Şahin ve Uysal, 2012: 158). Taşeronlaşma yani dış kaynak kullanımı (outsourcing) öne çıkmaya başlamıştır.

3. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE TÜRKİYE

Kamu Özel İşbirliği Modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiş olup bu model ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012: 27). Yeni hastanelerin finansmanı, yapımı, bakımı, onarımı ve yönetimi için giderek yaygınlaşan kamu-özel ortaklıkları, birçok devlete kısa vadede finansman için çözüm sunarken, devletler uzun vadede şirketlere ödeme yapmakla yükümlü kalmaktadır (Güzelsarı, 2012: 49).

Kamu ile özel sektörün işbirliğine yönelik uygulamalar Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzanmakta olup, kamu hizmetine ilişkin imtiyazlar 10 Haziran 1326 (1910) tarihli Menafii Umumiyye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun ile yasal statüye kavuşturulmuş; ayrıca, 1910 tarihli Kanun bugün de yürürlükte olup genel olarak kamu hizmeti imtiyaz yönteminin yasal çerçevesini oluşturmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 31).

Ülkemizde, 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yaptırılması Hakkında Kanun" ile yaygınlaşan ve otoyollardan havaalanlarına, yat limanlarından gümrük kapılarına kadar pek çok farklı sektörde başarıyla uygulanan KÖİ projeleri, günümüzde 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" kapsamında Yap-Kirala modeli ile gerçekleştirilecek entegre sağlık kampüsleriyle yeni bir boyut kazanmıştır ve 652 sayılı "Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile eğitim-öğretim tesislerinin, 351 sayılı "Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu"

ile de yurt ve benzeri öğrenci konaklama tesislerinin kamu özel işbirliği yöntemiyle gerçekleştirilmesinin yolu açılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 20).

Bu çalışmanın konusu olan sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığının yansımaları şehir hastanelerinin idari hukuktaki sözleşmelerdeki adı Yap-Kirala veya Yap-Kirala-İşlet-Devret olarak tanımlanabilir. Bu modelde özel sektör projeyi inşa eder, sahipliğini kamuya devreder ve kimi zaman proje ile ilgili diğer birimleri de beraberinde belli bir dönem için kamudan kiralar. Bu model projenin özel sektör sahipliğinde olmasının yanlış olacağı düşüncesindeyken tercih edilir (Keskin, 2011: 17).

Kamuya ait altyapı yatırımlarının özel sektör tarafından yapılması ve belli bir süreyle devlete kiralanması modeli olan kamu özel ortaklığı modelinde, kira süresi boyunca özel sektör kamunun arzu ettiği hizmetleri üretiyor; tıbbi hizmet ise devlet tarafından verilmekte, yani tüm doktor ve hemşire kadrosu devlet tarafından sağlanmaktadır.

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

Türk sağlık sektöründeki yeniden yapılanma kapsamında Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde hem örgütsel hem de finansman açısından kamu özel ortaklığı yöntemini kullanma yolunu tercih etmiştir (Kerman vd., 2012: 14). Türkiye’de de 1980’li yıllardan itibaren sağlık sisteminin düzenlenmesine yönelik bazı reform çalışmaları yapılmış; ancak, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı bu reform çalışmalarının en kapsamlısı olarak kabul edilmekte ve bu programın son adımı ise 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapısının değiştirilmesidir (Lamba vd., 2014: 54-55). Bu Kararname ile temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların yönetimi ayrılmış olup, bu kapsamda halk sağlığına yönelik hizmetler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve taşra teşkilatı olan halk sağlığı müdürlükleri; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve taşra teşkilatı olan kamu hastane birlikleri; acil sağlık hizmetleri ise il sağlık müdürlükleri tarafından yerine getirilmeye başlanmış ve böylece piyasada rekabete konu olan, fiyatlandırılabilen ve özel sektör tarafından da sunulan hizmetlerin yönetimi, idari ve mali özerkliğe sahip kamu hastane birliklerine devredilerek rekabet güçleri arttırılmaya çalışılmıştır (Lamba vd., 2014: 71).

Türkiye’de 1987 yürürlüğe giren ve bu yıllarda “işletmecilik” esaslı yönetim anlayışına son derece uygun olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, piyasalaşma açısından kapsamlı hükümleri içeren sıçrama niteliğinde

bir düzenleme olarak nitelendirilebilmekle birlikte Kanununun 5. maddesindeki sağlık kuruluşlarının Bakanlar Kurulu kararıyla kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülebileceği hükmü olmak üzere birçok hükmü ile Kanun, sağlık hizmetlerinin niteliği ve örgütlenmesi açısından bir kırılma noktası olup, Sağlık alanında 1988 yılında Numune Hastanesi (Ankara) ile başlayan hizmet alımı uygulamaları (temizlik ihalesi), 1999 Anayasa değişikliği sonrasında çok daha yaygınlaşmış ve 2003 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesindeki değişiklik ile “sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı”na dâhil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, hizmet satın alınması yoluyla gördürülebileceği” hükmü eklenmesiyle bu değişikliğin ve bu dönemde merkezi yönetimin bu alanlardaki kadroların kullanımındaki sınırlamalarının da etkisiyle 2000’li yıllarda sağlık alanında hem hizmet alımı yapılan alanlar hem de uygulama sayısı artmıştır (Karasu, 2011: 223). Günümüzde hastaneler temizlik, güvenlik, çamaşırhane, hasta transfer, yemek, tıbbî cihaz bakım onarımı gibi hizmetlerin yanı sıra laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri, sterilizasyon ve ameliyathane hizmetleri gibi bazı sağlık hizmetlerini de dış kaynak kullanımı yani taşeron yoluyla tedarikçi firmalara gördürmeye başlamıştır.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda 3 Temmuz 2005 tarihinde yapılan değişiklik ile getirilen yeni uygulamaya göre, Sağlık Bakanlığı ihtiyaç duyulan sağlık tesislerini gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırabilecektir ama Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ihalelere karşı açılan davalar sonucu ortaya çıkan hukuki durumu dikkate alan hükümet 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’u yürürlüğe koymuş; Bu kanun (Md. 12) ile 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ek Md. 7 yürürlükten kaldırılarak konu yeniden kanun düzeyinde daha ayrıntılı olarak düzenlenmiştir (Sözer, 2013: 219-231).

Pilot kamu hizmeti olarak seçilen sağlık alanında bu formun temelleri 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’na ilave edilen Ek-7’nci maddede yer alan “yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir” hükmüyle atılmış olup söz konusu maddede kamu hizmetinin özel kişilere gördürülmesi yönteminin bir ismi konulmamakla birlikte hukuki açıdan birçok nedenlerle uyumsuzluklara konu olan bu düzenlemenin yerine 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi

ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un ile söz konusu bu yeni modelin hem ismi hem de usul ve esasları belirlenmiştir (Boz, 2013: 278-279).

İlk olarak İngiltere'de modelleştirilen kamu özel işbirliği/ortaklığı modelinin, Türkiye'de sağlık alanında "entegre sağlık kampüsleri" ve "şehir hastaneleri" olarak uygulanması planlanmış ve uygulamaya geçilmesi yönünde ciddi çalışmalar başlatılmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 45).

Sağlık sisteminde Sağlıkta Dönüşüm Programı gereği en büyük reform SSK Hastaneleri, kamu kurumlarına ait hastaneler (TCDD Hastanesi, PTT Hastanesi gibi) ve belediyelere ait hastaneler, 19.01.2005 tarihli ve 25705 (Mükerrer) Resmî Gazetede yayımlanan Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Böylelikle sağlık ile ilgili hizmetlerde toplumun her kesiminin istediği hastanede hizmet almasının önü açılmıştır. Tüm bu düzenlemeler sosyal güvenlik alanına da sirayet etmiştir. Bu gelişmelerin ardından 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiş olup, SSK, Emekli Sandığı, BAĞ-KUR tek çatı altında SGK'da toplanmış olup geliri belirli bir düzeyin altındaki tüm vatandaşlar da sigortalı sayılmıştır (Akdağ, 2008: 38-39). Böylelikle hastanelerde rehin tutulma, ücreti veremediği için ambulans yararlanamama gibi utanç verici durumlar da tarihte kalmıştır.

Türk sağlık sektöründeki yeniden yapılanma kapsamında Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde hem örgütsel hem de finansman açısından kamu özel ortaklığı yöntemini kullanma yolunu tercih etmiş ve bu yöntem doğrultusunda hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi Sağlık Hizmet Bölgeleri'nde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 Sağlık Kampüsü planlanmış, Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine eklenmesi ve faaliyete başlamasıyla birlikte kamu özel ortaklığı yöntemi doğrultusunda 2012 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 18 proje ortaya konulmuştur (Kerman vd., 2012: 14-15). Entegre sağlık kampüsleri olarak adlandırılan "Şehir Hastaneleri", 2017 yılı itibariyle Yozgat, Mersin ve Isparta'da faaliyete girmiştir.

5. HİZMET MEMNUNİYETİ

Hizmet sağlayıcıların amacı bulunduğu alana ilişkin etkin ve verimlilik sağlamak amacıyla yönetime yönelik kavram, ilke, teori, model ve tekniklerin sistematik ve bilinçli bir şekilde uygulamasıyla ilgili faaliyetlerin bütününe hizmet yönetimi denilmektedir (Arda vd., 2003: 253).

Hasta memnuniyeti uluslararası düzeyde kabul edilen faktörlerden birisi ve sağlık hizmet sunumunun kalitesini belirlemede önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bireylerin sağlık hizmeti sunucularını kullanması ve değerlendirmesinde psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasi etmenlerin de rol aldığı söylenmektedir. Bu anlamda memnuniyetin kalite açısından doğrudan bir gösterge olduğu kabul edilerek sık sık ölçülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Böylelikle sağlık bakımı planı geliştirilebilir, kurum ve kuruluşların daha iyi tanıtımı sağlanabilmektedir (Ahmad ve Din, 2010: 95).

Müşteri ve pazar odaklı bir işletme ihtiyaçları karşılamak için kalite ve rekabetçi ürünler ve hizmetlerle birlikte müşterinin iyi tanımlanmış ve pazara yönelik ihtiyaçlara cevap vermek ister. Bulduğu alanın yönelik memnuniyeti sağlayacak ürünler ve hizmet sunma ihtiyacı gütmektedir. Ürün ve hizmetleri belirleyen son kişi tüketici olarak görülmektedir. Bu memnuniyete fiyat, performans ve hizmet kalitesi ön ayak olmaktadır (Archakova, 2013: 16).

Hizmet memnuniyeti bireyler tarafından tanımlanan değeri belirlemektedir. Bu yönetime ulaşmak işletmelerdeki hizmet konseptinde hangi bileşenlerin kişilere farklı alt gruplar için en önemli olduğunu anlamalarını gerektirmektedir (Anderson vd., 2008: 365). Sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak gitgide önem kazanmasından dolayı, hizmet memnuniyetinin altında yatan süreçleri iyi irdelenmesi gerekmektedir. Bu anlamda şehir hastanelerinin oluşumuyla birlikte kamu-özel model ortaklığının hizmet memnuniyetinde başarılı olup olmadığını açıklamak için örnek bir şehir hastanesi seçilmiş ve belirli kategorilerde değerlendirmeye alınmıştır.

6. METEDOLOJİ

6.1. Araştırmanın Amacı

Son dönemde yeni sağlık yönetimi anlayışı ile değişen hastane yapısı içerisinde bulunan şehir hastanesinde tedavi için başvuran hastaların hizmet memnuniyetini ölçmek amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmaya katılan bireylerin bazı demografik verilerle hizmet memnuniyeti arasında farklılık olup olmadığı da araştırılmıştır.

6.2. Evren ve Örneklem

Araştırmada evren olarak 19-22 Eylül 2017 tarihleri arasında örneklem olarak seçilen bir şehir hastanesine başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler esas alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında evren olarak poliklinik ve kliniğe başvuran hasta sayısı 20.000 olarak kabul edilmiştir. Örneklem seçiminde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Hizmet memnuniyetini ölçmek için $\alpha = 0.05$ için ± 0.10 hata payı alınması durumunda 96 kişi yeterli olarak görülmektedir (Tanrıoğen, 2014: 127). Araştırmanın

yapıldığı tarih aralığında örneklem sayısının daha fazla olması için çaba gösterilmiş fakat hastalara ulaşım ve araştırılmanın yapıldığı alanın darlığı sebebiyle 280 kişiye ulaşılmıştır. Ancak katılımcıların vermiş oldukları yanıtların eksik olmasından dolayı 30 anket araştırmadan çıkarılmış ve 250 anket değerlendirmeye alınmıştır. Veriler SPSS 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

6.3. Veri Toplama Aracı

İlker ERCAN, Bülen EDİZ, İsmet KAN tarafından 2004 yılında sağlık kurumlarında teknik olmayan boyut için hizmet memnuniyetini ölçmek amacıyla ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik araştırmalarını gerçekleştirmişlerdir (Ercan vd., 2004). Ölçeğin yapı geçerliğini sağladığı, Cronbach alpha, teta ve omega katsayılarını incelendiğinde güvenilir bir ölçek olarak kabul edilmiştir (α :0,968, θ =0,970, Ω =0,984). Bu çalışmada ise güvenilirlik katsayısı (Cronbach's alpha) 0,902 olarak bulunmuştur. Ölçek, hizmet memnuniyetini ölçümünde 43 sorudan oluşmuş ve 8 ayrı kategoride değerlendirilmiştir. Katılımcıların konulara katılma düzeyine göre her soru için 0-4 arasında puan verilmiştir.

6.4. Araştırmanın Bulguları

Katılımcıların demografik özelliklerine göre cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu ve haneye giren ortalama aylık gelir düzeyine ilişkin frekans ve yüzdeleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Analizleri

Demografik Veriler			
Cinsiyet		Frekans	Yüzde
	Kadın	134	53,60%
	Erkek	116	46,40%
Yaş		Frekans	Yüzde
	18-25 Arası	66	26,40%
	26-35 Arası	50	20,00%
	36-50 Arası	81	32,40%
	51 ve Üzeri	53	21,20%
Eğitim Durumu		Frekans	Yüzde
	İlkokul	69	27,60%
	Ortaokul	20	8,00%
	Lise	63	25,20%
	Üniversite	98	39,20%
Haneye Giren Ortalama Aylık Gelir		Frekans	Yüzde
	1500 TL ve Altı	83	33,20%
	1501-2500 TL	71	28,40%
	2501-3500 TL	47	18,80%
	3501 TL ve Üzeri	49	19,60%

Tablo 1’den hareketle katılımcıların 116’sı erkek 134’i kadındır. Çalışma en çok 81 kişi ile 36-50 yaş arası bireylerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde ise 69’u (% 27,60) ilkokul, 20’si (% 8,00) ortaokul, 63’ü (% 25,20) lise, 98’i (% 39,20) üniversite mezunudur. Haneye giren ortalama aylık gelir düzeyine bakıldığında ise katılımcıların 83’ünün (%33,20) 1500 TL ve altı bir gelire sahip olduğu görülmektedir. Yine 71 (% 28,40) kişinin 1501-2500 TL, 47 (% 18,80) kişinin 2501-3500 TL ve 49 (% 19,60) kişinin 3501 TL ve üzeri gelire sahip olduğu görülmektedir.

Hizmet memnuniyeti ölçme ölçeğinde 43 soru 8 kategoriye ayrılmış ve her bir kategoride hastaneye yönelik farklı değerlendirme ölçütleri yapılmıştır (Ercan vd., 2004: 156). Hizmet memnuniyetinin ölçümüne yönelik katılımcıların vermiş oldukları yanıtların ortalama, yüzde ve standart sapma değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Hizmet Memnuniyeti Ölçümünün Değerlendirilmesi

Poliklinik (Ayaktan Muayene ve Tedavi) Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
Zamanında muayeneye başlanıyor.	0	4	3, 23	80 ,8	1,2 7
Hasta muayene sırasına göre adil olarak muayeneye alınıyor.	0	4	3, 10	77 ,5	1,1 8
Hastanın sıra bekleme süresi oldukça azdır.	0	4	2, 07	51 ,8	1,6 0
Hastanın muayenesi için yeterince zaman ayrılıyor.	0	4	3, 36	84 ,0	1,0 9
Özel muayeneye yönlendirme yapılmıyor.	0	4	3, 42	85 ,5	1,0 0
Genel olarak ilgi iyidir.	0	4	2, 09	52 ,3	1,5 6
Fiziki koşullar (mekân, ortam ısı, hasta muayene araçları, bekleme ortamı vb) oldukça iyidir.	0	4	3, 18	83 ,6	1,1 6
Temizliğe ve hijyene özen gösteriliyor.	0	4	2, 96	74 ,0	1,3 2
Klinik (Yatarak Tedavi) Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
İlgi ve bakıma özen gösteriliyor.	0	4	2, 40	68 ,0	1,5 2
Sağlıkla ilgili ihtiyaç ve isteklerimiz hızlı bir şekilde getirilmeye çalışılıyor.	0	4	3, 08	81 ,6	1,2 6
Refakatçi ve/veya hasta, gerektiğinde danışabileceği kişilere kolayca ulaşılabilir.	0	4	3, 28	85 ,6	1,1 0
Refakatçi için rahatlığa ve yatış koşullarına özen gösteriliyor.	0	4	2, 65	73 ,0	1,4 0

Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) için Bir Araştırma

Hasta ziyaret saatleri uygundur ve süresi yeterlidir.	0	4	2,33	66,6	1,56
Fiziki koşullar (mekân, odadaki hasta sayısı, ortam ısısı, hasta yatağı, hasta muayene araçları, oda ferahlığı, vb.) oldukça iyidir.	0	4	3,08	81,6	1,20
Temizliğe ve hijyene özen gösteriliyor.	0	4	2,72	74,4	1,24
Yemek kalitesi iyi ve miktarı yeterlidir.	0	4	3,09	81,8	1,18
Diğer Sağlık ve Bürokratik İşlemlerin Değerlendirilmesi					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
Radyoloji (film, röntgen, ultrason vb.) hizmetlerinde sıra bekleme süresi azdır.	0	4	3,18	83,6	1,16
Radyoloji (film, röntgen, ultrason vb.) hizmetlerinde belirtilen zamandan sonuç vermektedir.	0	4	2,96	79,2	1,30
Radyoloji (film, röntgen, ultrason vb.) hizmetlerinde sonuçların kaybolması veya karıştırılması yaşanmamaktadır.	0	4	2,23	64,6	1,54
Laboratuvar (kan, idrar tahlili vb.) hizmetlerinde sıra bekleme süresi azdır.	0	4	3,46	89,2	0,99
Laboratuvar (kan, idrar tahlili vb.) hizmetlerinde belirtilen zamanda sonuç verilmektedir.	0	4	3,13	82,6	1,14
Laboratuvar (kan, idrar tahlili vb.) hizmetlerinde sonuçların kaybolması veya araştırılması yaşanmamaktadır.	0	4	2,47	69,4	1,57
Bürokratik işlemler (sevk açma-kapama, yatış-çıkış işlemleri vb.) kısa sürede, sorunsuzca tamamlanmaktadır.	0	4	2,44	68,8	1,44
Personel Değerlendirmesi					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
Hekimler, hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davranmaktadır.	0	4	3,31	86,2	1,09
Hemşire, ebe, sağlık memurları hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davranmaktadır.	0	4	3,45	89,0	0,96
İdari personel hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davranmaktadır.	0	4	2,35	67,0	1,60
Hasta bakıcı ve hizmetli hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davranmaktadır.	0	4	3,50	90,0	0,97
Hasta Hakları İle İlgili Değerlendirme					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
Hastaların eşit haklarda sağlık hizmetinden faydalandığını düşünüyorum.	0	4	3,36	87,2	1,00
Sağlık durumum ve hastane imkânlarıyla ilgili her türlü bilgilendirmenin yapıldığını ve gerektiğinde bilgiyi yazılı olarak, kolayca mümkün olduğunu düşünüyorum.	0	4	3,26	85,2	1,08
Gizliliğe, mahremiyete ve uygun bir ortamda sağlık hizmetini almama imkân tanıdığını düşünüyorum.	0	4	2,96	79,2	1,29

Tıbbi müdahalelerin onay alınarak yapıldığını (yapılacağını) ve istemezsem reddetme hakkı sağlanacağını düşünüyorum.	0	4	2,42	53,4	1,45
Haklarımın ihlali durumunda ve verilen hizmetler hakkında, gerektiğinde her türlü başvuru ve şikâyet etme hakkı sağlanıyor (sağlanacağını düşünüyorum).	0	4	2,92	78,4	1,33
Hastanenin Fiziksel Değerlendirmesi					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
Hastanede ilk başvuru noktası kolayca bulunabiliyor.	0	4	3,50	90,0	1,01
Hastanede gerektiğinde sağlık ve/veya bürokratik işlemlerle ilgili konularda danışabileceğim kişilere kolayca ulaşabiliyorum.	0	4	2,48	69,6	1,55
Hastanede temizliğine ve hijyenine özen gösterilen yeterli sayıda tuvalet vardır.	0	4	3,31	86,2	1,04
Hastanede güvenliğe (hırsızlık, saldırı vb. olaylara karşı önleme) önem veriliyor.	0	4	2,93	78,6	1,33
Kafeterya Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
Temizliğe ve hijyene özen gösteriliyor.	0	4	3,52	90,4	0,97
Fiziki koşullar (sandalye-masa sayısı ve rahatlığı, ortam ısısı, havalandırma vb.) yeterlidir.	0	4	2,48	69,6	1,55
Fiyatlar uygundur.	0	4	3,30	86,0	1,05
Hizmet kalitelidir.	0	4	3,49	89,8	0,97
Genel Değerlendirme					
	M in.	M ak	Or t.	%	Std . Sap ma
Muayene ve ayaktan tedavi için burayı bir başkasına tavsiye ederim.	0	4	3,36	87,2	1,00
Yatarak tedavi için burayı bir başkasına tavsiye ederim.	0	4	3,26	85,2	1,08
Bu hastanede, sosyal güvence, maddi olanaklar, etnik köken ve dini inanış dikkate alınmaksızın ve tüm çalışanların maddi bir beklentisi olmaksızın, olanaklar dahilinde yeterli sağlık hizmetini herkesin almasına imkan tanımıyor.	0	4	2,96	79,2	1,29

Analiz yapılırken en düşük ifade 1, en yüksek ifade 4 üzerinden değerlendirilmiştir. Tablo 2'den hareketle katılımcıların en çok temizliğe ve hijyene önem gösterildiğini (ort. 3,52), hastanede ilk başvuru noktasının kolayca bulunabildiğini (ort.3,50), hastan bakıcı ve hizmetlinin hasta ve/veya yakınlarına karşı ilgili, hoşgörülü ve saygılı davrandığını (ort.3,50) ifade etmiştir. Bununla ilgili olarak sağlık kuruluşlarında hastaya olan yaklaşımın iyi olması durumunda kitlenin kendisinin önemsendiğine yönelik görüşlerini ortaya çıkaracağı ve tatmine yönelik olumlu bir yargı oluşturacağı

söylenmektedir (Bulduklı, 2015: 122). Buradan hareketle şehir hastanesinin bu anlamda başarılı olduğunu söylemek mümkündür. Yine hastanın muayenesi için yeterince zaman ayrıldığına yönelik memnuniyetten bahsedilebilir (ort. 3,36). Hastaların hekim kalitesini değerlendirmede hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma ve yeterli zaman ayırma gibi davranışlarını göz önünde bulundurduğu belirtilmektedir (Kısa ve Tokgöz, 2007: 282). Hizmet memnuniyeti ölçümünde yapılan çalışmada en az ortalama "Hastanın sıra bekleme süresi azdır" ifadesi almıştır (ort. 2,07). Yine poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesinde genel olarak iyidir ifadesinin 2,09'luk bir ortalama olduğu görülmektedir. Şehir hastanesine başvuruların genel değerlendirilmesine bakıldığında ise bu hastaneyi başkasına tavsiye edeceği görülmektedir.

SONUÇ

Sağlıkta Dönüşüm programı kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumunda birçok reform yaşanmıştır. Hastanelerin tek çatı altında toplanması, sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında birleşmesi, hastanelerin nitelik ve nicelik olarak gözle görülür biçimde artmasıyla finansman modelleri de gözden geçirilmiştir.

Kamu özel ortaklığı, Türkiye'de otoyol, köprü, tünel gibi genellikle ulaştırma sektöründe kullanılan bir yöntemken sağlık hizmetlerinin daha kaliteli hale getirilebilmesi amacıyla bu alanda da kullanılmaya başlanmış, entegre sağlık kampüsleri yani şehir hastaneleri olarak adlandırılan devasa sağlık kompleksleri planlanan illerde birer birer açılmaya başlanmıştır. Hastaneleri inşa eden ve işleten firmalar, 25 yıl boyunca bu hakka sahipken temel sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmektedir.

Özel sektör, birçok alanda verimlilik ve etkinlik bakımından kamu sektöründen öndedir. Fakat kamu sektörü kadar sağlam bir finansman yapısı yoktur. Entegre sağlık kampüsleri yani şehir hastanelerine yapılan çok yüksek maliyetli olduğu, 2 yıllık kira ile bu binaların yapılacağı eleştirileri de mevcuttur. Fakat bu eleştiriler yapılırken sadece sabit yatırımlar baz alınmaktadır. Sadece bina maliyeti veya bina ile makine-teçhizat maliyetinin kira gideriyle karşılaştırılması anlamsızdır. Çünkü hastanelerde sabit yatırımların yanında işletme maliyetleri çok önemlidir. Bu hastanelerin elektrik, su, güvenlik, temizlik, hasta yönlendirme gibi hizmetleri de işletmeci tarafından yerine getirilmektedir. Diğer bir taraftan performans ve kaliteyi etkileyen etmenlerden birisi hizmet memnuniyetidir.

Çalışmada katılımcılara yöneltilen sorularda en düşük 2.07 ortalama ile hastanın sıra bekleme süresi ifadesinin oluşturduğu görülmektedir. Şehir hastanelerinin kuruluş itibarıyla hizmet verme noktasında her ne kadar fiziki imkanların yüksek olması yer alsada bu alanda hekim eksikliğinin olması ya da başvuran hasta sayısının fazla olması

sebebiyle hastanın hizmet alımında sıra beklemesinde diğer ifadelerle göre daha düşük olması bir eksik olarak değerlendirilebilir. Yine önemli ölçütlerden birisi olan hastalara ilgi ve bakıma özen gösterilmesinin diğer ifadelerle göre daha düşük (2,40) olduğu görülmektedir. Hizmet sunumunun kalitesi ve hastanın hekim ve diğer sağlık personelinden alacağı hizmette hastayla ilgilenilmesi memnuniyet çıktılarının artırılması bakımından önemli bir değişkendir. Şehir hastanesinin özel muayene yönlendirme yapmaması (3,42), hekim (3,31), hemşire (3,45), hasta bakıcı ve hizmetlilerin (3,50) hasta ve yakınlarına karşı hoşgörülü ve saygılı davranması güçlü yönleri olarak değerlendirilirken, İdari personelin (2,35) bu noktada yetersiz kalması çalışmanın dikkat çekici sonuçları arasında yer almaktadır. Sağlık profesyonelleri arasında sağlık yöneticilerinin bu noktada eğitim, seminer ve bilgilendirmelerle güçlendirilmesi gerekmektedir. Hizmet memnuniyetinin güçlü olması durumunda sağlık kuruluşlarının yatırımları ve gelişimleri de etkilenecektir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet kalitesini ölçmek amacıyla örnek alınan bir şehir hastanesinde yapılan çalışmada katılımcıların genel olarak memnun olduğu görülmektedir. Her ne kadar memnuniyet yönünden eksik olan noktalar olsa da şehir hastanesinin şu anki süreçte başvuran kişileri hizmet vermesi yönünde memnun ettiği söylenebilir.

KAYNAKÇA

- ACARTÜRK, E. - KESKİN, S., (2012), Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C: 17, S: 3, ss.25-51.
- AHMAD, I., DIN, S. (2010), Patients Satisfaction from the Health Care Services, Gomal Journal of Medical Sciences, Vol:8, No:1, p.95-97.
- AKDAĞ, R. (Sağlık Bakanlığı), (2008), İlerleme Raporu (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı), Ankara.
- ANAYASA MAHKEMESİ, Mahkeme Kararı, Esas Sayısı: 1994/43, Karar Sayısı: 1994/42-2, http://www.yalova.edu.tr/Files/UserFiles/83/AYM_KARARI-KAMU_HIZMETI.pdf , (01.06.2017).
- ANDERSON, S., PEARO, K.L., WIDENER, K.S. (2008), Drivers of Service Satisfaction Linking Customer Satisfaction to the Service Concept and Customer Characteristics, Journal of Service Research, Vol: 10, No: 4, p.365-381.
- ARCHAKOVA, A. (2013), Service Quality and Customer Satisfaction. Case Study: Company X, Saimaa University of Applied Sciences Faculty of Business Administration Lappeenranta Degree Programme in International Business.

- ARDA, E., KILIÇGEDİK, N., BAKAN, S., BAKAN, İ., KEMER, B. (2003), Sosyal Bilimler El Sözlüğü, Alfa Yayınlar, İstanbul.
- BİLİCİ, N., - BİLİCİ, A., (2011), Kamu Maliyesi, Ankara, Seçkin Yayınları.
- BOZ, S.S., (2013), Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli, İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C: 4, S: 2, ss. 277-332.
- ERCAN, İ., EDİZ, B., KAN, İ. (2004), Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 30, Sayı: 3, ss. 151-157.
- GÜZELSARI, S., (2012), Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları, C: 45, S: 3, ss. 29-57.
- KALKINMA BAKANLIĞI (Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü), (2012), Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler, Ankara.
- KARACA, C., (2012), İlave Alan Oluşturmada Hükümet Politikaları, Maliye Dergisi, S: 163, ss. 416-430.
- KARAHANOĞULLARI, O., (2011), Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tıp: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı), Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, C: 66, S: 3, ss. 177-215.
- KARASU, K., (2011), Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, C: 66, S: 3, ss. 217-262.
- KERMAN, U. vd., (2012), Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C: 17, S: 3, ss. 1-23.
- KESKİN, S., (2011), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği), Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Aydın.
- KISA, A., TOKGÖZ, N. (2007), Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir.
- LAMBA, M. vd., (2014), Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Bir Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, Amme İdaresi Dergisi, C: 47, S: 1, ss. 53-78.
- LAMBA, M., (2014), Yeni Kamu Yönetimi Perspektifinden Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformları: Genel Gerekçeler Üzerinden Bir Değerlendirme, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C: 19, S: 3, ss. 135-152.
- ORKUNOĞLU, I. F., (2010), Özelleştirme ve Alternatifleri, Akademik Bakış Dergisi, S: 22, ss. 1-22.

- SÖZER, A. N., (2013), Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C: 15, S: Özel, ss. 215-253.
- ŞAHİN, M. - UYSAL, Ö. (2012), Kamu Maliyesinde Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme, Maliye Dergisi, S: 162, ss. 174.
- TANRIÖĞEN, A. (Edt.) (2014). Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Anı Yayınları, Ankara.
- TEPAV, (2016), Kamu Özel İşbirliği Modeli Tanıtım Sunumu, Lefkoşa.
- UĞUR, A. - MİYNAT, M. (2014), Kamu Özel Sektör Ortaklıklarının Ekonomi Politigi, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, C: 21, S: 2, ss. 19-40.