



Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığına yönelik sağlık yöneticilerinin görüşleri

Opinions of healthcare managers for public private partnership in healthcare sector

Ali Ünal¹, Aslı Köse Ünal²

¹Hitit Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Akkent 3. Cadde No: 3 Akkent, Çorum

²Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Bağlarbaşı mh. 29100, Gümüşhane

Anahtar Kelimeler:

Kamu özel ortaklığı, sağlık sektörü, sağlık yöneticisi

Key Words:

Public private partnership, health care sector, health care manager

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Ali Ünal,
Hitit Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Akkent 3. Cadde No: 3 Akkent, Çorum
aliunal19@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
08.03.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
18.03.2017

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2017

DOI:
10.5455/sad.13-1490700122

ÖZET

Kamu özel ortaklığı kavramı, kamunun hizmet sunduğu alanlarda, özel sektörün sahip olduğu sermayenin ve diğer imkânlarının kamu yararına kullanılabilmesi için oluşturulmuş bir ortaklık modelini ifade etmektedir. Sağlık sektöründe kamunun sunduğu hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması ve büyük sermayeler gerektiren hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının inşa edilmesi için uygulamaya geçirilen bir modeldir. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında kurulan şehir hastaneleri ile bu model hayata geçirilmeye, yatırımlar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada, kamu özel ortaklığının Türkiye’de uygulanması konusunda Ankara ve Trabzon illerindeki sağlık yöneticilerinin görüşleri değerlendirilmiştir. Bu amaçla araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formu ile veriler toplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, sağlık yöneticilerinin uygulama hakkında çeşitli yeterli bilgi sahibi olduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın faaliyetlerinin bu bilgi düzeyinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, genel olarak algılarının olumlu yönde olduğu ancak model ile öngörülen sağlık tesislerinin yeni uygulamaya geçiyor olması, henüz değerlendirmeye esas çıktılarının yeterince elde edilememiş olmasından kaynaklı kuşkuvarlıkların olduğu sonucu öne çıkmaktadır.

ABSTRACT

The term of public private partnership refers to a model of partnership established so that the private sector can use its capital and other facilities for public good in the areas of public service is provided. It is a model that has been put into practice to provide public services by private sector and to build hospitals and other healthcare facilities which needs big capital in health care sector. With the city hospitals established as part of the health transformation program, this model has been passed on to life, and investments have begun to be made. In this study, the opinions of the health administrators in Ankara and Trabzon on the implementation of public private partnership in Turkey were evaluated. For this purpose, data were collected by a questionnaire prepared by the researchers. According to the results obtained, it has been determined that the health administrators have a variety of knowledge about the application. It has been determined that the activities of the Ministry of Health are effective at this level of knowledge. Besides that, the perceptions are generally positive, but there are some uncertainties because of the health facilities foreseen by the model are in the process of being implemented, yet the the outcomes of the evaluation have not been achieved sufficiently.

GİRİŞ

Üretim sürecinde ve hizmet sunumunda devletin rolü ve katılımı iktisatçılar ve siyasetçiler arasında çokça tartışılan bir konu olmuştur. devletin piyasalara müdahale edip etmemesi, mal ve hizmet üretiminde yer alıp almaması, devletin alternatifi veya tamamlayıcısı olarak özel sektörün bu alanda yer alması siyasal rejimlerin temel belirleyicilerinden biri olarak devlet politikalarında ve uygulamalarında önemli konulardır. Burada özel sektörün devletin üretim ve sunum yaptığı alanlara girmesi değişen ekonomik ve siyasal anlayışların da etkisiyle tercih ve teşvik edilen bir

uygulama olmuştur. Sağlık sektöründe sosyal devlet anlayışının gereği olarak devletin hizmet sunumunda ağırlıklı olarak yer aldığı bir yapı söz konusudur. Bu nedenle sağlık sektörü özel sektörün hizmet sunması ve özelleştirme konularının en çok tartışıldığı alanlardan birisi sağlık hizmetleri olmuştur.

Dünya genelinde küreselleşme ile birlikte sağlık sektörüne devletin müdahalesi azalmaya başlamıştır. Seksenli yıllarda özelleştirme uygulamaları ile devletin sahip olduğu kuruluşlar özel sektöre devredilmiştir. Devletin kaynak sıkıntısını gidermek ve özel sektörün etkinliğinden yararlanmak için yeni yollar aranmasına

sebeplere olmuştur. Bu dönem sonrasında Kamu Özel Ortaklığı (Public Private Partnership) ortaya çıkmış, devlet tarafından yerine getirilen bazı faaliyetlerin özel sektör tarafından yerine getirilmesi gündeme gelmiştir. Ortaya çıkan Kamu Özel Sektör Ortaklıkları / İşbirlikleri ekonomilerdeki liberalleşme akımının ikinci aşaması olarak nitelendirilebilir (1).

Türkiye'de 1990'lardan itibaren dünyadakine benzer şekilde kamu hastane sektöründe reformlar yapılmaya çalışılmıştır. Kamu hastane sektöründe seksenli yıllardan itibaren temizlik, çamaşırhane, güvenlik, mutfak gibi tıbbi olmayan destek hizmetleri özel firmalarla sağlanmaya başlanmıştır. Daha sonraki uygulamalarda temizlik hizmetleri dışında, mutfak, güvenlik, bilgisayar bakım-onarım vb. birçok tıbbi olmayan destek hizmetlerin özel firmalardan sağlanması yoluna gidilmiştir (2).

2000'li yıllar sonrasında sağlıkta dönüşüm programı ile idari-mali özerkliğe sahip kamu hastaneleri hedeflenmiş teşkilat yapısındaki değişiklik ve şehir hastanelerin yapılması ile bu hedef hayata geçirilmiştir.

Kamu özel ortaklığı, sözleşme temelinde örgütlenme modelidir. Devletin sadece tıbbi hizmet üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre devredilmektedir (3).

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI KAVRAMI

Kamu özel ortaklığı, özel sektör kuruluşlarının önemli ölçüde risk ve yönetim sorumluluğu aldığı, kamu mal ve hizmetlerinin sağlanması için özel kesim ve devlet kurumları arasındaki uzun dönemli sözleşme olarak tanımlanmaktadır (4). Kamu özel ortaklığı modeli devletin tümüyle çekilmek istemediği ve tamamen özel sektöre bırakılması söz konusu olmayan hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir. Devlet tekelinde yapılan politikalar tüm sorumluluğu devlete yüklerken, özelleştirme politikalarında devletin gücünün yitirilmesi kaygıları gündeme gelmiştir. Bu iki kavramın dışında yeni bir finansman modeli olarak değerlendirilen kamu özel ortaklığı yüksek sermaye isteyen büyük projeler için uygulanması planlanmaktadır (5).

Kamu hizmetlerinin kamu özel ortaklığı modeli ile sağlanmasının amacı, nitelikli hizmetin daha ucuza elde edilmesi ve yeni bir kamu finansman modelinin oluşturulmasıdır. Devlet bu modelde kamu hizmetinin belirlenen miktar ve nitelikte sunulmaya başlanmasından sonra ödeme yapmaktadır. Kamu özel ortaklığı modelleri ayrıca kaynak temininde gelişmekte olan ülkelere altyapı yatırımlarını gerçekleştirmelerinde

kolaylık sağlamaktadır. Bu şekilde ülke içerisindeki atıl sermaye üretime yönlendirilmekte veya devletin borçlanması yerine uluslararası sermayenin altyapı projelerine yönlendirilmesi sağlanmaktadır (1).

Kamu özel ortaklığı, tam bir özelleştirme modeli olmadığı gibi salt bir kamu alım yöntemi olarak da değerlendirilemez (6). Sağlıkta sektöründe hizmet sunumuna özel sektörün katılımını artırmaya yönelik bir stratejisi olarak tanımlanabilen kamu özel ortaklığının, sağlık hizmeti alanına piyasa ilkelerinin yerleşmesi, hizmeti sunan kuruluşların kar amaçlı şirketlere dönüşmesi, sağlık sistemlerinin ticarileşmesi, maliyetlerin ve risklerin toplumsallaşması, bireyselleşen sağlık anlayışı, kurulan hastanelerin yeni kar ve birim merkezleri haline getirilirken diğer yandan da özel harcamaların genişlemesine yol açması (7) gibi sebeplerle eleştirilebilmektedir. Dünyada yüksek beklentilere rağmen, kamu özel ortaklığının işleyişi sürecinde karşılaşılan sorunlar konusunda yeterli çözümler geliştirilememiştir. Kamu ve özel sektörün hizmetlerin ulaşılabilirliğinde hakkaniyet anlayışları veya hizmetlerin fiyat düzeyleri konusunda anlayışları farklılık gösterebilmektedir (8).

Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı yönteminin uygulanması ile özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması, riskin özel sektörle paylaşılması, uzmanlığa dayalı bir alt yapının oluşturulması, sağlık tesisi yapım sürelerinin kısaltılması ve buna ilişkin maliyetlerin özel sektöre aktarılmasıyla kamunun yatırım yükünün uzun yıllara yayılması tıbbi hizmetler dışındaki hizmet alanlarının özel sektöre yaptırılması amaçlanmaktadır (9). Kamu özel ortaklığı ile faaliyet gösteren ve gösterecek şehir hastanelerinde devlet ile özel sektör temsilcisi yüklenici firma arasındaki sözleşme gereğince devlet, proje için gereken araziye girişimciye bedelsiz temin edecek, çekirdek sağlık hizmeti sağlayacaktır. Alınan hizmet karşılığında ise devlet özel girişime sözleşme süresince kira ödeyecektir (10).

Kamu Özel Ortaklığı Yapısı ve Modelleri

Kamu özel sektör ortaklığı, özelleştirme ve yarışma usulü ihale yöntemlerinden farklı özelliklere sahiptir. Özelleştirme uygulaması, hem mülkiyeti, hem de işletmeyi tamamen özel sektöre devrederken, yarışma usulü ihale yönteminde; eğitim, sağlık gibi yarı kamusal hizmetlerin sağlanma maliyetini azaltmak amacıyla özel sektörle işbirliği yapılmaktadır. Fakat kamu özel ortaklığında hizmet özel sektöre uzun dönemli ihale edilmektedir. Özelleştirmeye bir iş özel sektöre devredilirken kamu özel sektör ortaklığı ile yeni bir iş yaratılmaktadır (8).

Kamu özel ortaklığı modelleri farklı şekillerde oluşturulabilmektedir. Kamu özel ortaklığı uygulamaları projelerin niteliğine, projeye katılım ve risk dağılımına göre çeşitli şekillerde ortaya çıkabilirler. Buna göre;

- BOT (Built Operate Transfer) Yap - İşlet - Devret
- DB (Design- Built) Tasarla Yap
- BTO (Built Transfer Operate) Yap - Devret - İşlet
- BOOT (Built Own Operate Transfer) Yap Sahip Ol İşlet Devret
- BOO (Built Own Operate) Yap Sahip Ol İşlet
- BO (Built Operate) Yap İşlet
- BRT (Built Rent Transfer) Yap Kirala Devret
- DBFO(Design Built Finance Operate) Tasarla Yap Finanse Et İşlet
- BLTM (Built Lease Transfer Maintain) Yap Kirala Devret Bakımını Yap
- LROT (Lease Renovate Operate Transfer) Kirala Yenile İşlet Devret (1, 8).

Kamu özel ortaklığı uygulamaları gerçekleştirilirken kamu ve özel sektörün bir arada koordineli olarak çalışması gerekmektedir. Genel faaliyet alanları, piyasaya yönelik beklentileri, toplumsal sorumlulukları vb. birçok açıdan birbirinden farklı olan iki tarafın birlikteliği yararları ve avantajları kadar sorunları ve dezavantajları da beraberinde getirmektedir.

Kamu özel ortaklığı uygulamalarında sadece projelerin değerinin anlaşılması değil, özel sektörün maliyeti ve faydasına karşı kamu sektörünün de karının ve faydasının artırılması önemlidir. Özel sektör yatırımlarının içeriğinin, projelerin ve kamunun ihtiyaçları ve kamu yararı ile karşılaştırılması gerekmektedir (11).

Tablo 1. Sağlık Yöneticilerinin Sosyo Demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	ANKARA		TRABZON	
	n	%	n	%
CİNSİYET				
Kadın	29	43,3	25	33,3
Erkek	38	56,7	50	66,7
ÇALIŞMA SÜRESİ				
0-5	16	23,9	3	4,0
6-10	33	49,3	36	48,0
11-15	18	26,9	36	48,0
EĞİTİM				
Lise	7	10,4	16	21,3
Önlisans	23	34,3	19	25,3
Lisans	25	37,3	36	48,0
YL-DR	12	17,9	4	5,3
TOPLAM	67	100	75	100

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın örneklemini Ankara ilinde faaliyet gösteren 15 ve Trabzon ilinde faaliyet gösteren 15 kamu hastanesinin yöneticileri oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı hakkında görüşlerine öğrenmeye yönelik hazırlanmış anket kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, frekans, standart sapma ve ortalamaları dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

Sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı uygulamasına ilişkin görüşleri değerlendirilirken 5'li likert tipi ölçek kullanılmış ve değerlendirme ortalama puanlar üzerinden yapılmıştır. Buna göre her bir ifadeden alınabilecek en düşük puan 1 en yüksek puan ise 5 olarak değerlendirilmiştir. Bu durumda 1 puan hiç katılmıyorum, 2 puan katılmıyorum, 3 puan kararsızım, 4 puan katılıyorum, 5 puan ise tamamen katılıyorum şeklinde ifade dilebilmektedir.

BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, Ankara'daki kamu hastanelerinde görev yapan sağlık yöneticilerinin %56,7'si erkek, %43,3 kadındır. Katılımcıların çalışma sürelerine göre %49,3 oranında 6-10 yıl, %23,9 oranında 0-5 yıl, %26,9 oranında ise 11-15 yıl çalışma süreleri saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre %10,4 oranında lise, %34,3 önlisans, %37,3 lisans, %17,9 yüksek lisans-doktora eğitimi almış oldukları belirlenmiştir. Trabzon'daki sağlık yöneticilerinin ise %66,7'si erkek, %33,3'ü ise kadındır. Katılımcıların çalışma sürelerine göre %48 oranında 6-10 yıl, %4 oranında 0-5 yıl, %48 oranında ise 11-15 yıl çalışma süreleri saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre %21,3 oranında lise, %25,3 önlisans, %48 lisans, % 5,3 yüksek lisans-doktora eğitimi almış oldukları belirlenmiştir.

Tablo 1'de sağlık yöneticilerinin sosyo demografik özellikleri yer almaktadır.

Katılımcıların sağlıkta dönüşüm programı ve kamu özel ortaklığı hakkında bilgi sahibi olma durumlarına bakıldığında %100 oranında her iki konuda da bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Ankara'daki katılımcıların bilgi kaynaklarına bakıldığında %44,8 oranında Sağlık Bakanlığı, %35,9 oranında ise medya, %11,9 internet, %4,5 meslek odası ve %2,9 arkadaş olduğu belirlenmiştir. Trabzon'daki katılımcıların bilgi kaynaklarına bakıldığında %22,7 oranında Sağlık Bakanlığı, %20 oranda medya ve aynı oranda internet, %25,3 meslek odası, %12 arkadaşları olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık yöneticilerinin tümünün sağlıkta dönüşüm programı ve kamu özel ortaklığı hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmanın içeriğinde yöneticilerin sağlıkta dönüşüm programı ve kamu özel ortaklığı hakkındaki bilgi düzeylerini ölçme amacı olmadığından bilgi sahibi oldukları katılımcıların kendi ifadeleridir. Sağlık yöneticilerinin sağlıkta dönüşüm programı ve kamu özel ortaklığı hakkındaki bilgiye ulaşım kaynaklarına bakıldığında Ankara'daki katılımcıların %44,8 oranında, Trabzon'daki katılımcıların ise %22,7 oranında Sağlık Bakanlığı aracılığıyla bilgiye ulaştıkları belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı olan Trabzon'da bilgiye ulaşma kaynağı olarak diğer kaynakların daha yüksek oranda yer almasının nedeni bakanlığın taşra teşkilatına yönelik eğitim programlarının azlığı ya da programlara üst düzey yöneticilerin katılması olabilir. Tablo 2'de sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı ve sağlıkta dönüşüm programı hakkındaki bilgi sahibi olma durumları ve bu bilgiye ulaşma kaynakları yer almaktadır.

Kamu özel ortaklığının sağlık sektöründe başarıyla uygulanacağı hakkında Ankara'daki sağlık yöneticileri (\bar{X} :3.2) kararsız olmakla beraber Trabzon'daki sağlık

yöneticileri ise uygulamanın başarısı konusunda değerlendirme skalasına göre olumsuz tarafta yer alacak şekilde görüş bildirmişlerdir (\bar{X} :2.2). Ankara'daki sağlık yöneticileri uygulamanın sağlık sektörüne yatırımı arttıracacağını düşündükleri (\bar{X} :3.9) Trabzon'daki sağlık yöneticileri ise uygulamanın sağlık sektörüne yatırımı arttıracığı konusunda kararsız (\bar{X} :2.5) oldukları belirlenmiştir. Ankara'daki sağlık yöneticileri uygulamanın sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağlayacağını (\bar{X} :3.8), Trabzon'daki sağlık yöneticilerinin ise kararsız oldukları (\bar{X} :2.5) belirlenmiştir. Ankara'daki sağlık yöneticileri uygulamanın sağlık sektörü dışındaki firmaların da sağlık sektörüne yatırım sağlayacaklarını (\bar{X} :3.8), Trabzon'daki sağlık yöneticilerinin ise kararsız kaldıkları (\bar{X} :2.5) belirlenmiştir. Trabzon ve Ankara'daki sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığıyla devletin sağlık alanındaki gücünün azalacağı konusunda (\bar{X} :3.0, \bar{X} :2.9) birbirine yakın görüş bildirdikleri, ve kararsız düzeyde oldukları belirlenmiştir. Trabzon ve Ankara'daki sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı ile sağlık personelinin iş güvenliği ve özlük haklarında iyileşme sağlanacağı konusunda (\bar{X} :2.7, \bar{X} :2.6) kararsız kalmışlardır. Gerçekleştirilecek yatırımlarda denetim mekanizması ve performans ölçütlerinin kamu tarafından belirlenmesinin yararlı olduğu konusunda her iki ildeki yöneticiler de ifadeye katıldıkları yönünde olumlu görüş bildirmişlerdir (\bar{X} :3.6, \bar{X} :3.5). Kamu özel ortaklığıyla yeni tesislerin oluşturulmasının yanı sıra mevcut tesislerin de revizyonu sağlanmasına her iki ildeki sağlık yöneticilerinin de katıldıkları (\bar{X} :3.5, \bar{X} :4.3) belirlenmiştir. Ankara'daki sağlık yöneticileri uygulama ile çalışan ve hasta memnuniyetinin artacağı hakkında düşük düzeyde olumlu görüş bildirdikleri, (\bar{X} :3.4) oldukları, Trabzon'daki sağlık yöneticilerinin ise olumsuz görüş bildirdikleri tespit edilmiştir (\bar{X} :2.4). Trabzon ve Ankara'daki sağlık yöneticileri hukuki

Tablo 2. Sağlık Yöneticilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Özel Ortaklığı Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumları ve Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

ÖZELLİKLER	ANKARA		TRABZON	
	n	%	n	%
BİLGİ SAHİBİ	Evet		Evet	
Sağlıkta dönüşüm programı hakkında bilgi sahibi	67	100	75	100
Kamu özel ortaklığı programı hakkında bilgi sahibi	67	100	75	100
BİLGİ KAYNAKLARI				
Sağlık Bakanlığı	30	44,8	17	22,7
Medya	24	35,9	15	20,0
İnternet	8	11,9	15	20,0
Meslek Odası	3	4,5	19	25,3
Arkadaş	2	2,9	9	12,0
TOPLAM	67	100	75	100

sorunların olmaması için mevzuatta düzenlemeler yapılması gerektiği konusunda aynı düzeyde görüş bildirmişlerdir (\bar{X} :4.0, \bar{X} :4.0). Buna göre her iki ildeki yöneticiler de mevzuat düzenlemesinin gerekliliğini ifade etmişlerdir. Trabzon'daki sağlık yöneticileri kamu özel ortaklığı uygulamasıyla hastanelerin sosyalleşme durumunun olumsuz etkileeneceği (\bar{X} :3.5), Ankara'daki sağlık yöneticilerinin ise kararsız oldukları (\bar{X} :2.7) yönünde görüş bildirmişlerdir. Trabzon'daki sağlık yöneticileri sağlıklı kentler projesinin halkın sağlık hizmetine ulaşımını kısıtlayacağı yönünde görüş bildirmişler (\bar{X} :4.0), Ankara'daki sağlık yöneticilerinin ise kararsız kaldıkları (\bar{X} :2.7) belirlenmiştir. Trabzon ve Ankara'daki sağlık yöneticileri yönetim kademesindeki kişilerin profesyonel olması gerektiğini (\bar{X} :4.0, \bar{X} :4.0) ifade etmişlerdir. Sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı uygulamasıyla hastanelerin özelleştirilmesinin amaçlandığı konusunda kararsız kaldıkları Trabzon'daki yöneticilerin olumsuz (\bar{X} :2.9), Ankara'daki yöneticilerin ise olumlu görüşe (\bar{X} :3.4) sahip oldukları belirlenmiştir.

Trabzon ve Ankara'daki sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı uygulamasının hizmeti olumsuz etkilememesi için gerekli düzenlemeler yapılması gerektiği konusunda bir birine yakın puan aldıkları (\bar{X} :4.2, \bar{X} :4.0) ve olumlu görüş bildirdikleri belirlenmiştir. Trabzon ve Ankara'daki sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığında hastanelerin akreditasyonun zorunlu hale getirilmesi konusunda olumlu görüş bildirdikleri (\bar{X} :3.8, \bar{X} :3.7) belirlenmiştir. Her iki ildeki sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı uygulamasında bütçeden belirli bir payın arge ve teknolojiye ayrılmasının zorunlu olması gerektiğini (\bar{X} :4.2, \bar{X} :4.1) ifade etmişlerdir. Ankara'daki sağlık yöneticileri kamu özel ortaklığı uygulamasıyla yabancı yatırımcıların sağlık hizmetlerinin gelişimine etki edeceği ifadesine katıldıkları (\bar{X} :4.0), Trabzon'daki sağlık yöneticilerinin ise kararsız (\bar{X} :2.3) kaldıkları belirlenmiştir.

Tablo 3'de Ankara ve Trabzon illerindeki sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı hakkındaki görüşleri yer almaktadır.

Tablo 3. Sağlık Yöneticilerinin Kamu Özel Ortaklığı Hakkındaki İfadelere Katılım Durumları

Kamu Özel Ortaklığı Uygulamasıyla İlgili İfadeler	ANKARA		TRABZON		TOPLAM	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
KÖO ülkemizde sağlık sektöründe başarıyla uygulanacaktır	3,2	0,7	2,2	1,0	2,6	1,0
KÖO sağlık alanındaki yatırımları arttıracaktır	3,9	0,7	2,5	0,7	3,2	1,0
KÖO sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağlayacaktır	3,8	0,5	2,5	0,7	3,1	0,9
KÖO sağlık sektörü dışındaki firmalarında sağlık sektörüne yatırım yapmasını sağlayacak	3,8	0,5	2,5	0,7	3,1	0,9
KÖO devletin sağlık alanındaki gücünün azalmasına sebep olacaktır	2,9	1,0	3,0	1,0	3,0	1,0
KÖO sağlık personelinin iş güvenliği ve özlük haklarıyla ilgili iyileşme sağlayacak	2,7	0,8	2,6	1,6	2,7	1,3
Gerçekleştirilecek yatırımlarda denetim mekanizması ve performans ölçütleri kamu tarafından belirlenmeli	3,6	1,1	3,5	1,2	3,6	1,1
Gerçekleştirilecek yatırımlarda denetim mekanizması ve performansın ölçütleri özel tarafından belirlenmeli	2,3	1,0	1,8	0,7	2,0	0,9
KÖO yeni tesislerin oluşturulmasının yanı sıra mevcut tesislerin revizyonu da içermeli	3,5	0,7	4,3	0,4	3,9	0,7
KÖO uzun süreli olacağından öngörülmeyen riskler hizmet kalitesini, çalışanları ve hizmetli kullananları olumsuz etkileyecek	2,4	0,9	2,9	1,3	2,6	1,1
KÖO kapsamında yapılacak çalışmalarda hukuki sorunların yaşanmaması için geçerli olacak mevzuatta düzenlemeler yapılmalı	4,0	0,9	4,0	0,0	4,0	0,6
KÖO ile gerçekleştirilecek hizmetlerle çalışanların ve hastaların memnuniyetleri artacak	3,4	0,7	2,0	0,9	2,7	1,1
KÖO hastanelerin sosyal olma durumunu olumsuz etkileyecek	2,7	0,8	3,5	0,7	3,1	0,8
Sağlıklı kentler projesi halkın sağlık hizmetine ulaşımını kısıtlayacak	2,7	0,9	4,0	0,7	3,4	1,0
Yönetim kademesindeki kişiler profesyonel olmalı	4,0	0,1	4,0	0,0	4,0	0,1
KÖO ile hastanelerin özelleştirilmesi amaçlanmakta	2,9	0,8	3,4	0,7	3,2	0,8
KÖO projelerinde gerekli düzenlemeler yapılmalı	4,2	0,4	4,0	0,4	4,1	0,4
KÖO hastaneler akredite olmalı	3,8	0,5	3,7	0,6	3,8	0,6
KÖO bütçeden belirli bir pay ar-ge ve teknolojiye ayrılmalı	4,2	0,4	4,1	0,4	4,1	0,4
KÖO projelerinde yabancı yatırımcıların yer alması sağlık hizmetlerinin gelişimine etki edecek	4,0	0,8	2,3	0,9	3,1	1,2

SONUÇ

Yönetişim açısından kamu ve özel sektör arasındaki işbirliği süreci kamu özel ortaklığını savunan argümanlardan biri olarak da değerlendirilmektedir. Sağlık yöneticileri gerçekleştirecek kamu özel ortaklığı uygulamalarında kamunun rolünün daha etkin olmasını düşündükleri belirlenmiştir. Bunun en önemli gerekçesi özel sektörün şehir hastanelerindeki varlığının ilerleyen zamanlarda özelleştirmeyi beraberinde getireceği kaygısı olabilir. Ayrıca sözleşme sürelerin uzun olması ve beraberindeki belirsizlikler kamunun karşılayamayacağı risklere maruz kalmasına neden olabilir. Yönetim alanında tıbbi hizmetler alanından sorumlu olan devletin rolü, destek hizmetler alanından sorumlu olan özel sektörün rolünün yöneticiler açısından rol karmaşası yaratabileceği ve iletişim sorunlarının dolayısıyla hizmetin aksamasına yol açabileceği düşüncesi öne çıkmaktadır. Genel olarak sağlık yöneticilerinin kamu özel ortaklığı hakkındaki görüşleri değerlendirildiğinde sağlık yöneticilerinin yönetim kademesindeki kişilerin profesyonel olması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Sağlık yöneticileri kamu özel ortaklığı ile kurulacak şehir hastanelerinin sunacağı hizmetlerle çalışanların ve hastaların memnuniyetlerinin artacağı ve hastanelerin sosyalleşme durumunu olumsuz etkileyeceği konusunda kararsız kalmışlardır. Bunun gerekçesi olarak ürettikleri çıktılar açısından değerlendirebilmek için bir süreye ihtiyaç olduğu düşünülebilir. Sağlık alanında şehir hastanelerinin sağlayacağı fırsatlardan biri olan 'Beş yıldızlı otel konforunda sağlık hizmeti sunumu' ile hasta memnuniyetinin artırılmasının hedeflenmesidir. Özellikle yapısal konforun hasta memnuniyetini sağlamada şüphesiz pozitif etkisi olacaktır. Fakat iki ilde faaliyete geçmiş şehir hastanelerine toplumsal açıdan bakıldığında bilgi eksikliği, ulaşım sorunu, kompleks yapı içerisinde sağlık hizmetinin işleyişine yönelik yaşanan sorunlar öne çıkmaktadır. Kompleks yapılar olmayışı nedeniyle şehir merkezine uzak yerlerde konumlandırılan şehir hastanelerinin tercih edilmesinde sorunlar yaşanabilir ve bu da beraberinde şehir merkezinde konumlandırılan, ulaşım sorunu olmayan hastanelerin tercih edilmesini dolayısıyla şehir hastanelerinin istenilen talebi yaratmada sorunlar yaşamasına neden olabilir. Şehir hastanelerine ulaşım konusunda yerel yönetimlerle işbirliği gerektiren yeni düzenlenmelere ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

2017 yılı sonundan itibaren bir çok ilde faaliyete geçecek şehir hastaneleri sağlık personeli ve toplum açısından da bir çok yeniliği beraberinde getirecektir. Sağlık çalışanlarının daha yüksek bilgi ve beceri sahibi olması gerekecek bu durum da sağlık personeli

yetiştiren eğitim kurumlarının gelişimini de zorunlu kılacaktır. Sağlık insan gücü açısından diğer bir durum tıbbi destek alanındaki istihdamın özel sektöre bırakılmasıdır. Dış kaynak kullanımı ile sağlanan bu hizmetler tamamen özel sektörün denetiminde yürütülür hale gelecektir. Şehir hastaneleri sağlık yöneticiliği istihdam alanında fırsata dönüştürülecek yapılar olarak düşünülebilir. Kamunun bu alanda özel sektörü destekleyici teşvik politikalarıyla kalıcı istihdama yönelik çözümler üretmesi beklenmektedir. Çok aktörlü bir sektör olan sağlık sektörünün kamu yararını gözeterek sosyal devlet anlayışında sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamada merkezi yönetime önemli görevler düştüğü unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tekin G, (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri- Kamu-Özel Ortaklıkları, İdarecinin Sesi Dergisi, Cilt 21, Sayı 122.
2. Top, M., Gider, Ö. (2004). Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme, Görüş Dergisi, Cilt 13, Sayı 60, TÜSiAD Yayını, İstanbul.
3. Karasu, K., (2011), Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 66, No. 3, 2011, s. 217-262
4. Özer M., A, (2016), Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 6, Sayı 1, 9-38
5. Acartürk, E., Keskin, S., (2012), Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt17, Sayı 3, 25-51.
6. Uz, A., (2007), Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve), Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 11(2), 1165-1182.
7. Güzelsarı, S., (2012), Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu Özel Ortaklıkları, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 45, Sayı 3, 29-57.
8. Eker, A.Y. (2007). Kamu Özel Sektör Ortaklıkları", Bütçe Dünyası Dergisi, Cilt 2, Sayı 25, 59-67.
9. Kerman U. Altan Y. Aktel M. Eke, E., (2012), Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt17, Sayı3, 1-23
10. Karahanoğulları, Y., (2012), Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. Cilt 67, No. 2, 95-125.
11. Motte, R., Hall, D., (2003) "The European Commission's Guide to Successful Public-Private Partnerships - a Critique", Public Services International Research Unit, University of Greenwich.