ŞEHİR HASTANELERİNDE
KURUMSAL MANTIKLARIN YÖNETİLMESİ

İbrahim TÜRKMEN
Doktora Tezi
Danışman: Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA
Eylül, 2023
Afyonkarahisar

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

ŞEHİR HASTANELERİNDE KURUMSAL MANTIKLARIN YÖNETİLMESİ

Hazırlayan
İbrahim TÜRKMEN

Danışman
Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA

AFYONKARAHİSAR 2023

Bu Tez Çalışması; Afyon Kocatepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (BAPK) Tarafından Desteklenmiştir. Proje No: "21.SOS.BİL.05"

ETİK VE BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI

Doktora tezi olarak sunduğum **"Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantıkların Yönetilmesi"** adlı çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde bilimsel etik kurallara ve atıf gösterme ilkelerine riayet ettiğimi belirterek aksi bir durumun tespiti hâlinde sorumluluğun tamamen bana ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

15/09/2023
İmza
İbrahim TÜRKMEN

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ENSTİTÜ ONAYI

Öğrencinin	**Adı- Soyadı**	İbrahim TÜRKMEN
	Numarası	180674109
	Anabilim Dalı	İşletme
	Programı	İşletme
	Program Düzeyi	☐Yüksek Lisans ☒Doktora ☐Sanatta Yeterlik
Tezin Başlığı		Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantıkların Yönetilmesi
Tez Savunma Sınav Tarihi		15.09.2023
Tez Savunma Sınav Saati		14:00

Yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez, Afyon Kocatepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek ☒oy birliği – ☐oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Elbeyi PELİT
MÜDÜR

Bu tez, Enstitü Müdürlüğünce kontrol edilerek, elektronik imza kullanılarak onaylanmıştır.

ÖZET

ŞEHİR HASTANELERİNDE KURUMSAL MANTIKLARIN YÖNETİLMESİ

İbrahim TÜRKMEN

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

Eylül, 2023

Danışman: Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Birinci amacı, kamu özel işbirliği ile faaliyete geçirilen şehir hastanelerine yönelik algıların belirlenmesidir. İkinci amacı ise, şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların açığa çıkartılması, bu kurumsal mantıkların birbiri ile etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çatışma nedenleri ve bu çatışmalara verilen stratejik yanıtların tespit edilmesidir. Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma deseni olarak durum çalışması tercih edilmiştir. Araştırma verileri yarı yapılandırılmış görüşmeler, gözlemler ve dokümanlardan elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde hem tümevarımsal hem de tümdengelimsel yaklaşımla tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analiz sürecinde Maxqda 2020 programından yararlanılmıştır. Araştırma bulgularına göre şehir hastanelerine yönelik algılar; şehir hastanelerinin tanımlanması, kurulma nedenleri, avantajları, dezavantajları ve eleştiriler temaları altında toplanmıştır. Şehir hastanelerinde "meslek, devlet, şirket ve piyasa" kurumsal mantıklarının bir arada bulunduğu ortaya konmuştur. Şehir hastanelerinde çoklu kurumsal mantıkların "sağlık politikaları, sağlık hizmeti sunumuna bakış açıları, bina, demirbaş ve personel yönetimi" konularında çatışma yaşadığı tespit edilmiştir. Yaşanan çatışmalara aktörler "uyum, reddetme, sözleşmeye uyum, müzakere, karşılıklı taviz verme ve zamana bırakma" olmak üzere altı stratejik yanıt verdiği belirlenmiştir. Araştırmada, farklı kurumsal mantıkların bir arada bulunduğu ve farklı nedenlerle farklı kurumsal mantıkların çatıştığı ve bu kurumsal mantık çatışmalarına aktörlerin farklı stratejik yanıtlar verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın sonuçları hem kamu-özel işbirliği hem de kurumsal mantıkların mikro süreçlerdeki yansımalarına yönelik gelişen literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal mantıklar, çatışan kurumsal mantıklar, çatışmalara verilen stratejik yanıtlar, kamu özel işbirliği, şehir hastaneleri

ABSTRACT

MANAGING INSTITUTIONAL LOGICS IN CITY HOSPITALS

İbrahim TÜRKMEN

AFYON KOCATEPE UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION

September, 2023

Advisor: Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA

This research has two main purposes. The first aim is to determine the perceptions about city hospitals that were put into operation with public-private cooperation. The second aim is to reveal the institutional logics in city hospitals, to identify the causes of conflicts that arise as a result of the interaction of these institutional logics, and the strategic responses to these conflicts. The qualitative research method was used in the research. The case study was preferred as the research design. Research data was obtained from semi-structured interviews, observations, and documents. The thematic analysis method was used in the analysis of the data obtained, with both inductive and deductive approaches. Maxqda 2020 program was used during the data analysis process. According to the research findings, perceptions towards city hospitals; It is grouped under the themes of the definition of city hospitals, reasons for their establishment, advantages, disadvantages, and criticisms. It has been demonstrated that the institutional logics of "profession, state, company, and market" coexist in city hospitals. It has been determined that multiple institutional logics in city hospitals are in conflict regarding "health policies, perspectives on health service delivery, building, fixture, and personnel management". It has been determined that the actors gave six strategic responses to the conflicts: "adaptation, rejection, compliance with the contract, negotiation, mutual concessions, and leaving it to time". The research concluded that different institutional logics coexist, different institutional logics conflict for different reasons, and actors give different strategic responses to these institutional logic conflicts. The results of the research are expected to contribute to the developing literature on both public-private cooperation and the reflections of institutional logics in micro-processes.

Keywords: Institutional logics, conflicting institutional logics, strategic responses to conflicts, public-private partnership, city hospitals

ÖN SÖZ

Öncelikle tanıştığım günden itibaren hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, "doktorayı kendini inşa etme süreci" olarak tanımlayan hem akademik hem de kişisel olarak gelişmemde rehber olan, her zaman örnek aldığım ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum danışman hocam Sayın Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA' ya çok teşekkür ederim.

Tez önerisi, izleme ve savunma süreçlerinde değerli önerileri, önemli katkıları ve samimi yapıcı yaklaşımlarıyla tezimi daha iyi hale getirilmesinde çok emekleri bulunan Sayın Prof. Dr. Hatice ÖZUTKU, Sayın Prof. Dr. Gülten GÜMÜŞTEKİN, Sayın Prof. Dr. Kerim ÖZCAN ve Sayın Doç. Dr. Nalan ERGÜN hocalarıma çok teşekkür ederim.

Tez verilerinin toplanması sürecinde referans olarak katılımcılara erişmemde yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Ali Yavuz KARAHAN'a, Sayın Doç. Dr. Emine ÇETİN ASLAN'a ve Sayın Öğr. Gör. Barış SARDOĞAN'a teşekkür ederim. Tez sorularının hazırlanması ve araştırma verilerinin analiz edilmesi sürecinde geçerlik ve güvenilirlik komitesinde yer alan Sayın Doç. Dr. Ahmet ALKAN, Sayın Arş. Gör. Dr. Ümit DOĞAN, Sayın Öğr. Gör. Dr. Enver Samet ÖZKAL ve Sayın Öğr. Gör. Ramazan Rüçhan KAYA hocalarıma teşekkür ederim. Tezin dil bilgisi açısından incelenmesinde destek olan değerli arkadaşım Şube Müdürü Mehmet KAYA'ya teşekkür ederim. Tüm yoğunluklarına rağmen araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm katılımcılara, samimiyetle değerli görüş ve deneyimlerini aktardıkları için minnettarım.

Ayrıca bu süreçte hep yanımda olan sevgili eşim Hörü TÜRKMEN'e, kızım Duygu TÜRKMEN'e, oğlum Yakup Emre TÜRKMEN'e, bugüne kadar gelmemde emekleri olan sevgili anneme, babama ve kardeşlerime çok teşekkür ederim.

Son olarak, bu tez çalışmasının gerçekleşmesinde destek veren Afyon Kocatepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne çok teşekkür ederim.

Bu tez Türkiye Cumhuriyeti'nin 100 yıllık tarihinde emeği geçen başta Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK olmak üzere tüm vatansever Türk vatandaşlarına ve fedakarlıkla görevini yapan sağlık profesyonellerine saygı ve şükranlarımızı arz etmek için ithaf edilmiştir.

İbrahim TÜRKMEN

2023, Afyonkarahisar

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK VE BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI ii
ENSTİTÜ ONAYI iii
ÖZET iv
ABSTRACT v
ÖN SÖZ vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ xiii
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ALANINDA KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

1. SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ 5
2. KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAVRAMI 6
2.1. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN EKONOMİK VE POLİTİK BAĞLAMI 8
2.1.1. Neoliberalizm ile Kamu-Özel İşbirliği İlişkisi 8
2.1.2. Yeni Kamu Yönetimi ile Kamu-Özel İşbirliği İlişkisi 9
2.2. HÜKÜMETLERİ KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİ UYGULAMAYA MOTİVE EDEN FAKTÖRLER 11
2.3. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ TÜRLERİ 12
2.3.1. Yap-İşlet Modeli (Build-Own-Operate/BOO) 15
2.3.2. Yap-İşlet-Devret Modeli (Build-Operate-Transfer/BOT) 16
2.3.3. Yap-Kirala-Devret Modeli (Build-Rent-Transfer/BRT) 16
2.3.3. İşletme Hakkı Devri (Transfer of Operating Rights/TOR) 17
2.4. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ PORJELERİNİN RİSK FAKTÖRLERİ 18
2.5. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN FAYDALARI 21
2.6. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK ELEŞTİRİLER 22
2.7. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNDE KAMU VE ÖZEL SEKTÖRÜN FAKLI BEKLENTİLERİ 26
2.8. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNDE KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ 27
3. KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ AVRUPA ÜLKELERİNİN VERİLERİ 29
3.1. TÜRKİYE'DE ŞEHİR HASTANELERİNE GİDEN SÜRECİN KÖŞE TAŞLARI 33
3.2. TÜRKİYE KÖİ İLE YAPILAN ŞEHİR HASTANELERİ 39

İKİNCİ BÖLÜM

KURUMSAL MANTIK

1. YENİ KURUMSAL KURAM 42
2. KURUMSAL MANTIKLAR 50
2.1. AİLE KURUMSAL MANTIĞI 51
2.2. DİN KURUMSAL MANTIĞI 52
2.3. DEVLET KURUMSAL MANTIĞI 53
2.4. PİYASA KURUMSAL MANTIĞI 54
2.5. ŞİRKET KURUMSAL MANTIĞI 55
2.6. MESLEK KURUMSAL MANTIĞI 56

3. KURUMSAL MANTIKLAR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR 58
4. SAĞLIK HİZMETLERİ VE KURUMSAL MANTIKLAR 68

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE KÖİ MODELİ İLE KURULAN ŞEHİR HASTANELERİNDEKİ KURUMSAL MANTIKLAR ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI, SORULARI VE ÖNEMİ 71
2. ARAŞTIRMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI.....77
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....78
3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ 79
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 79
3.3. ARAŞTIRMANIN KATILIMCILARI 80
3.4. ARAŞTIRMACININ ROLÜ 82
3.5. VERİ KAYNAKLARI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ..... 83
3.6. VERİ ANALİZ YÖNTEMİ 84
3.7. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ..... 86
3.7.1. İç Geçerlik (İnandırıcılık).....87
3.7.2. Dış Geçerlik (Aktarabilirlik) 88
3.7.3. İç Güvenilirlik (Tutarlılık) 89
3.7.4. Dış Güvenilirlik (Teyit Edilebilirlik) 89
3.7.5. Araştırmada Kullanılan Geçerlik ve Güvenilirlik Stratejileri.....90
4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI 91
4.1. ŞEHİR HASTANELERİNE YÖNELİK ALGILARA İLİŞKİN BULGULAR 92
4.1.1. Şehir Hastanelerinin Tanımlanması.....92
4.1.2. Şehir Hastanelerinin Kurulma Nedenleri 105
4.1.3. Şehir Hastanelerinin Avantajları.....118
4.1.4. Şehir Hastanelerinin Dezavantajları 129
4.1.5. Şehir Hastanelerine Yönelik Eleştiriler.....138
4.2. ŞEHİR HASTANELERİNDE BULUNAN KURUMSAL MANTIKLARA İLİŞKİN BULGULAR..... 146
4.2.1. Meslek Kurumsal Mantığı.....147
4.2.2. Devlet Kurumsal Mantığı 153
4.2.3. Şirket Kurumsal Mantığı.....156
4.2.4. Piyasa Kurumsal Mantığı.....162
4.3. ŞEHİR HASTANELERİNDE KURUMSAL MANTIKLARIN ÇATIŞMASINA İLİŞKİN BULGULAR 167
4.3.1. Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Çatışmalar 168
4.3.2. Sağlık Hizmetine Bakış Açısından Kaynaklanan Çatışmalar 176
4.3.3. Bina ve Demirbaş Yönetiminden Kaynaklanan Çatışmalar 182
4.3.4. Personel Yönetiminden Kaynaklanan Çatışmalar 188
4.4. ŞEHİR HASTANELERİNDE KURUMSAL MANTIK ÇATIŞMALARINA YÖNELİK AKTÖRLERİN DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR 196
4.4.1. Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları.....196
4.4.2. Sağlık Hizmetine Bakış Açısından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları.....198
4.4.3. Fiziki Alanların Kontrolünden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları.....202
4.4.4. Demirbaş Talebinden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları 204

4.4.5. Personel Yönetiminden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları 209
5. BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞMA 213
5.1. ŞEHİR HASTANELERİNE YÖNELİK ALGILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 214
5.2. ŞEHİR HASTANELERİNDE BULUNAN ÇOKLU KURUMSAL MANTIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 232
5.3. ŞEHİR HASTANELERİNDE BULUNAN KURUMSAL MANTIKLARIN ÇATIŞMA NEDENLERİ VE AKTÖR DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 237
SONUÇ 246
KAYNAKÇA 254
EKLER 273

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Uluslararası Kuruluşların KÖİ Tanımları 7
Tablo 2. Geleneksel Kamu Alımları, KÖİ ve Özelleştirme Arasındaki Farklar 14
Tablo 3. Türkiye'de Yap İşlet Modeli İle Uygulanan Projeler 15
Tablo 4. KÖİ Projeleriyle İlişkili Sistematik Risk Faktörleri ve Açıklamaları 19
Tablo 5. KÖİ Projeleriyle İlişkili Spesifik Risk Faktörleri ve Açıklamaları 20
Tablo 6. KÖİ'lerde Kamu ve Özel Sektör Beklentilerinin Oluşturduğu Gerilimler 27
Tablo 7. KÖİ'ler İçin Kritik Başarı Faktörleri 28
Tablo 8. Şehir Hastanelerinin Politik Alt Yapısının Oluşturulduğu Dönem (1980-2003) 34
Tablo 9. Şehir Hastanelerinin Politik Alt Yapısının Oluşturulduğu Dönem (2005-2015) 36
Tablo 10. Şehir Hastanelerinin Politik Alt Yapısının Oluşturulduğu Dönem (2015-…) 38
Tablo 11. Kamu-Özel İşbirliği ile Kurulan Hastanelerin Özellikleri 40
Tablo 12. Genel Bütçe Kapsamında Yapılan ve Yapılacak Olan Şehir Hastaneleri 41
Tablo 13. Kurumsal Süreçlere Yönelik Stratejik Yanıtlar 48
Tablo 14. Aile Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler 52
Tablo 15. Din Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler 53
Tablo 16. Devlet Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler 54
Tablo 17. Piyasa Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler 55
Tablo 18. Şirket Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler 56
Tablo 19. Meslek Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler 57
Tablo 20. Hakim Kurumsal Mantık Değişimi ile İlgili Seçilmiş Makaleler 58
Tablo 21. Çoklu Kurumsal Mantıklar Üzerine Seçilmiş Makaleler 61
Tablo 22. Çoklu Kurumsal Mantıkların Mikro Süreçlere ve Aktör Davranışlarına Odaklanan Makaleler 65
Tablo 23. Araştırmanın Katılımcıları 81
Tablo 24. Nitel Araştırmalar için Geçerlik ve Güvenilirlik Ölçütleri 87
Tablo 25. Araştırmada Kullanılan Geçerlik ve Güvenilirlik Stratejileri 90
Tablo 26. Sevk Zincirinin Uygulanmamasından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 169
Tablo 27. Muayene Sürelerinden Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 172
Tablo 28. Günlük Bakılan Hasta Sayısından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 174
Tablo 29. Sağlık Hizmeti Sunumundaki Amaç Farklılıklarından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 177
Tablo 30. Hastaya Yönelik Bakış Açısı Farklılıklarından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 179
Tablo 31. Fiziki Alanların Kontrolünden Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 183
Tablo 32. Demirbaşlara Yönelik Taleplerden Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 185
Tablo 33. Aşırı İş Bölümü ve Görev Tanımların Net Olmasından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 190
Tablo 34. Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonundan Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları 193

Tablo 35. Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları 197
Tablo 36. Sağlık Hizmetine Bakış Açısından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları 199
Tablo 37. Fiziki Alanların Kontrolünden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları 203
Tablo 38. Demirbaş Talebinden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları 205
Tablo 39. Aşırı İş Bölümü ve Net Görev Tanımlarından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları..... 209
Tablo 40. Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonundan Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları..... 212
Tablo 41. Kurumsal Mantıkların Şehir Hastanelerindeki Yansımaları 232
Tablo 42. Şehir Hastanelerindeki Kurumsal Mantıkların Çatışma Nedenleri ve Stratejik Yanıtlar..... 238

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Kamu-Özel Sektör İşbirliğinde Risk Paylaşımı 13
Şekil 2. İHD Bedellerinin Sektörel Dağılımı (Milyar Dolar)..... 18
Şekil 3. Sektörlerine Göre Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Proje Sayıları (1990-2021)..... 30
Şekil 4. Sektörlerine Göre 1990-2021 Yılları Arasındaki Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Projelerinin Parasal Tutarları (Milyar Euro)..... 31
Şekil 5. Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Proje Sayıları (1990-2021) 31
Şekil 6. 1990-2021 Yılları Arasındaki Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Projelerinin Parasal Tutarları (Milyar Euro) 32
Şekil 7. Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sektöründeki Kamu-Özel İşbirliği Proje Sayıları (1990-2021)..... 32
Şekil 8. 1990-2021 Yılları Arasındaki Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sektöründeki Kamu-Özel İşbirliği Projelerinin Parasal Tutarları (Milyar Euro)..... 33
Şekil 9. KÖİ ile Şehir Hastanesi Yapılan İller 39
Şekil 10. Kurumsal Bozulmaya Yönelik Baskılar 49
Şekil 11. Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantıkların Yönetilmesine İlişkin Kavram Haritası 91
Şekil 12. Şehir Hastanelerine Yönelik Algılara İlişkin Kavram Haritası..... 92
Şekil 13. Şehir Hastanelerinin Kurulma Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası 105
Şekil 14. Şehir Hastanelerinde Bulunan Kurumsal Mantıklara Ait Kavram Haritası.. 146
Şekil 15. Şehir Hastanelerinde Bulunan Kurumsal Mantıkların Çatışma Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası 168
Şekil 16. Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantık Çatışmalarına Yönelik Aktörlerin Davranışlarına İlişkin Kavram Haritası..... 196

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
BOO: Build-Own-Operate (Yap-Sahip Ol-İşlet)
BOT: Build-Operate-Transfer (Yap-İşlet-Devret)
BRT: Build-Rent-Transfer (Yap-Kirala-Devret)
IMF: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
İHD: İşletme Hakkı Devri
KÖİ: Kamu-Özel İşbirliği
MYM: Merkezi Yardım Masası
NAO: National Audit Office (UK) (İngiltere Ulusal Denetim Ofisi)
OECD: The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SAİ: Sektörler Arası İşbirliği
SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
STK: Sivil Toplum Kuruluşları
Yİ: Yap-İşlet
YİD: Yap-İşlet-Devret
YKD: Yap-Kirala-Devret
TOR: Transfer of Operating Rights (İşletme Hakkı Devri)

GİRİŞ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, sağlık hizmetlerinin sunumunda değişen beklentiler, artan ve yaşlanan nüfus, gelişen teknoloji ve tıp bilimi, hızla artmakta olan harcama ve maliyetler nedeniyle sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamakta güçlük çekmektedir. Yaşanan bu güçlükler 1980'li yıllardan itibaren sağlıkta reform girişimlerinin hızlanmasına neden olmuştur. Sağlık alanında başlatılan reform girişimlerinin temel amacı; sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan herkesin erişiminin sağlanması, sağlık hizmetleri sunumunda verimlilik ve kalitenin artırılması, hızla artan harcama ve maliyetlerin kontrol altına alınmasıdır.

Gelişmiş ülkelerde 1980'li yıllarda başlayan sağlık reformlarının ülkemize yansıması 2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olmuştur. SDP ile 2006 yılında farklı sigorta kurumlarını (Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanarak vatandaşlar arasında ortaya çıkan eşitsizlikler giderilmeye çalışılmıştır. Ayrıca SGK ile özel hastaneler arasında yapılan anlaşmalarla vatandaşların özel hastanelerden hizmet almaları kolaylaştırılmıştır. SDP ile birlikte vatandaşların özel hastaneler de dâhil olmak üzere tüm hastanelerden hizmet almaları sağlanmıştır. Bu uygulamalar, sağlık alanında özel hastanelerin sayısının hızlı bir şekilde artmasına olanak sağlamış ve böylece devletin sağlık hizmetleri sunumuna özel hastanelerin katkısı yıllar itibariyle artmıştır.

SDP kapsamında uygulamaya konulan politikalar, sağlıkta erişimi ve verimliliği artırmanın yanı sıra sağlık hizmetlerinde devletin rolü, görev ve sorumluluklarında da değişimin yaşanmasına neden olmuştur. Tüm vatandaşları kapsayan sigorta sisteminin geliştirilmesi ile vatandaşların tüm hastanelerden hizmet alabilmesi sağlanırken, özel hastanelerin sağlık hizmetlerindeki payının artması, sağlık alanında piyasalaşmanın sağlandığına dair eleştirileri beraberinde getirmiştir. Eleştirilerin yoğunlaştığı temel nokta ise, Türkiye'de devletin sağlık hizmetleri sunumundaki payını azaltarak sağlık sektörünü düzenleyen ve finanse eden bir rol üstlenir hale gelmesidir.

SDP ile başlayan reform sürecinin ikinci aşamasını, kamu-özel işbirliği (KÖİ) yöntemi ile faaliyete geçen şehir hastaneleri projeleri oluşturmaktadır. İlk kez İngiltere'de uygulamaya konulan sağlıkta KÖİ uygulamaları Türkiye'de SDP ile gündeme gelmiştir. SDP kapsamında şehir hastaneleri kampüslerinin kurulmasının planlandığı ve bu hastanelerin tasarım ve yönetiminde özel sektörün sermaye ve tecrübesinden

faydalanmak amacıyla KÖİ modelinin kullanılacağı açıklanmıştır. 2017 yılında ilk şehir hastanesi Mersin ilinde sağlık hizmeti sunmaya başlamasıyla birlikte Türk sağlık alanında yeni bir dönem başlamıştır. 2023 yılı itibariyle 17 ilde (Mersin, Adana, Isparta, Yozgat, Kayseri, Manisa, Elazığ, Ankara, Eskişehir, Bursa, Konya, Tekirdağ, Kütahya, Kocaeli, İstanbul, Gaziantep ve İzmir) toplam 18 şehir hastanesi hizmete başlamıştır.

KÖİ literatürü incelendiğinde yapılan araştırmaların ve değerlendirmelerin makro düzeyde olduğu görülmektedir. KÖİ'lerin makro anlamda diğer bir deyişle ülke düzeyinde ekonomik (Gaffney vd., 1999; Liebe ve Pollock, 2009), hukuki ve politik (Pierre, 2000; Savas, 2001; European Commission, 2003; English, 2005; Coghill ve Woodward, 2005; Klijn vd., 2007; Delmon, 2011) değerlendirmelere odaklandığı görülmektedir. Bu bağlamda KÖİ'lerin avantajları (Tiffin ve Hall, 1998; Chinyio ve Gameson, 2009; Barlow vd., 2013; Sarmento ve Renneboog, 2016), dezavantajları ve eleştiriler (Wright, 2000; Shaoul, 2005; Toms vd., 2009; Asenova ve Beck, 2009), risk yönetimi (Grimsey ve Lewis, 2002; Chan vd., 2011; Delmon, 2011; Roumboutsos ve Pantelias, 2015; Osei-Kyei ve Chan 2017), kritik başarı faktörleri (Li vd., 2005; Cheung vd., 2012; Babatunde vd., 2012; Hwang vd., 2013; Chou ve Pramudawardhani, 2015; Osei-Kyei ve Chan, 2015) gibi unsurlara yönelik çalışmalar yoğunlaşmaktadır.

KÖİ projelerine yönelik çalışanların algıları göz ardı edilmiş olup araştırmalarda yeterince ilgi gösterilmemiştir. Özellikle sağlık ve eğitim alanlarındaki KÖİ'ler sadece alt yapı yatırımları değil aynı zamanda sosyal yatırımlardır. Burada sosyal yatırımlar olarak kastedilen durum, eğitim ve sağlık alanlarındaki KÖİ'lerin genellikle yap-kirala-devret modeli ile yapılmasıdır. Yap-kirala-devret modelinin diğer KÖİ modellerinden farkı, yatırımın işletilmesi sürecinde hem kamu personeli hem de özel sektör çalışanları bir arada bulunmaktadır. Dolayısıyla çalışanlar ve yönetim açısından incelendiğinde ikili (kamu-özel) bir yapı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kamu sektörün beklentileri ile özel sektörün beklentileri arasında farklılıklar bulunmaktadır (Klijn ve Teisman, 2005). Kamu ve özel sektörün farklı beklentilerinin olduğu, çalışanlar açısından ikili bir ayrımın söz konusu olduğu şehir hastanelerine yönelik çalışanların algılarının tespit edilmesi KÖİ literatürüne katkı sunması açısından önemlidir. Bu bağlamda araştırmanın birinci amacı; Türkiye'de ilk kez uygulamaya konulan ve KÖİ ile kurulan şehir hastanelerine yönelik çalışanların algılarının değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir.

Sağlık, oldukça karmaşık bir kurumsal alan olarak kabul edilmektedir. Kurumsal mantık perspektifi, kurumların bir alan rehberi olarak davranışlarda nasıl gömülü

olduğunu keşfetmek için teorik bir çerçeve sunmaktadır. Kurumsal mantıklar örgütlerin karşılaştığı talepleri anlamak için kurumsal karmaşıklığı soyut yapılara ayırmak için kullanılmaktadır. Kurumsal mantıklarla ilgili öncü araştırmalar (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2002; Lounsbury, 2002; Rao vd., 2003; Reay ve Hinings, 2005; Glynn ve Lounsbury, 2005; Lounsbury, 2007; Özseven vd., 2014) alan düzeyinde gerçekleştirilmiş olup, genellikle alandaki hakim ve geçerli kurumsal mantığın yerini zaman içerisinde yeni bir kurumsal mantık alarak değişimin gerçekleştiğini vurgulamaktadır. Daha sonraki süreçte özellikle 2009'lu yıllardan itibaren yapılan bazı kurumsal mantık araştırmaları (Reay ve Hinings, 2009; Purdy ve Gray, 2009; Dunn ve Jones, 2010; Van Den Broek vd., 2014; Pahnke vd., 2015; Kroezen ve Heugens, 2019; Yan vd., 2019; Ten Dam ve Waardenburg, 2020; Yan vd., 2021) alan ve örgüt düzeyinde birden fazla kurumsal mantığın bir arada bulunabileceği sonucuna ulaşmışlardır.

Kurumsal mantıklar üzerine yapılan son araştırmalar (Pache ve Santos, 2010; Tracey vd., 2011; Battilana ve Dorado, 2011; Saz-Carranza ve Longo, 2012; Bishop ve Waring, 2016; Golann ve Jones, 2021; Ahmadsimab ve Chowdhury, 2021; Vähä-Savo vd., 2022) ise çoklu kurumsal mantıkların bulunduğu ortamlarda mikro süreçlere ve aktör davranışlarına odaklanmıştır. Çoklu kurumsal mantıklardan etkilenen aktörlerin farklı kurumsal mantıkların taleplerine nasıl stratejik yanıtlar verdiği ve günlük uygulamalarına nasıl yansıttıklarına ilişkin araştırma çağrıları artmaktadır. Ten Dam ve Waardenburg (2020) aktörlerin günlük faaliyetlerinde farklı kurumsal mantıkları nasıl kullandıklarının daha iyi anlaşılması ve kurumsal çoğulculuk bağlamında mikro süreçlere daha güçlü odaklanan araştırmalar yapılması gerektiğini belirtmektedir.

Kurumsal mantık literatüründe kurumsal mantıkların mikro süreçlere nasıl yansıdığı ve farklı kurumsal mantıklara aktörlerin hangi davranışlarla yanıt verdiğine yönelik araştırma çağrıları bağlamında araştırmanın ikinci amacı geliştirilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın ikinci amacı; Türk sağlık sisteminde ilk kez KÖİ ile uygulamaya alınan şehir hastanelerinde bulunan çoklu kurumsal mantıklar, şehir hastanelerindeki çoklu kurumsal mantıkların çatışma nedenleri ve çoklu kurumsal mantıkların çatıştığı durumlarda aktörlerin geliştirdiği davranışların belirlenmesidir. Araştırma sonucunda şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların mikro süreçlere yansımaları, birbiriyle etkileşimi, çatışma nedenleri ve aktörler tarafından geliştirilen davranışlar ortaya konarak kurumsal mantık literatüründe gelişen mikro süreçlere yönelik araştırma akışına katkı sunulması amaçlanmaktadır.

Bu araştırma dört bölüm olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın ilk bölümünde "Sağlık Alanında Kamu Özel İşbirliği" başlığı altında; sektörler arası işbirliği, kamu-özel işbirliği kavramı, kamu-özel işbirliğinin ekonomik ve politik bağlamı, kamu-özel işbirliği türleri, risk faktörleri, avantaj ve dezavantajları, eleştiriler, kritik başarı faktörleri ve karşılaşılan sorunlar açıklanmıştır. Dünya ve Türkiye'deki sağlık alanında kamu-özel işbirliği verileri ve Türkiye'deki şehir hastaneleri verilerine yer verilmiştir. Türkiye'de şehir hastanelerinin gelişim süreci tarihsel akış şeklinde incelenmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde yeni kuramsal kurama ve kurumsal mantık literatürüne yer verilmiştir. Kurumsal mantıklar, çoklu ve çatışan kurumsal mantıklar, kurumsal karmaşıklık ve kurumsal karmaşıklığa karşı geliştirilen stratejik yanıtlarla ilgili araştırmalar sistematik olarak incelenmiştir.

Araştırmanın üçüncü bölümünde "Türkiye'de KÖİ Modeli İle Kurulan Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantıklar Üzerine Nitel Bir Araştırma" başlığı altında ise araştırmanın amacı, soruları, yöntemi, deseni, araştırmacının rolü, katılımcıları, veri toplama yöntemi, veri kaynakları, veri analiz teknikleri, geçerlik ve güvenirliğe yönelik kullanılan stratejiler ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Araştırmanın bulguları kısmında ise şehir hastanelerine yönelik algılar, şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklar, kurumsal mantıkların çatışma nedenleri, çatışma nedenlerine yönelik aktörlerin davranışlarına ilişkin bulgulara ve yer verilmiştir. Araştırma bulguları, ilgili literatür ile tartışılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın dördüncü ve son bölümünde ise sonuç ve önerilere yer verilmiştir. Araştırma sonuçlarının teorik ve uygulamaya katkıları değerlendirilerek araştırmanın sınırlılıkları kapsamında gelecek araştırmalar için öneriler geliştirilmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ALANINDA KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Bu bölümde son yıllarda sağlık alanında uygulamaya konulan KÖİ modeline yönelik kavramsal çerçeveye yer verilmiştir. KÖİ, bir sektörler arası işbirliği (SAİ) türüdür. Bu nedenle öncelikle sektörler arası işbirliğinin tanımı ve türlerine yer verilmiştir. Daha sonra KÖİ'nin ekonomik ve politik bağlamı, türleri, risk faktörleri, faydaları, yapılan eleştiriler, kritik başarı faktörleri olmak üzere farklı yönlerine odaklanılmıştır. Son olarak farklı ülkelerin sağlık alanındaki KÖİ uygulamaları, Türkiye'de sağlık alanında KÖİ modelinin gelişim süreci ve KÖİ modeli ile kurulan şehir hastanelerinin verileri incelenmiştir.

1. SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

SAİ; kamu, özel ve kar amacı gütmeyen sektörlerde kuruluşların kaynakları, bilgileri ve gücü güvence altına almalarına yardımcı olan önemli ve etkili bir strateji olarak tanımlanmaktadır (Hardy, Lawrence ve Philips, 2006: 97). Gray (1985: 912) tarafından ise SAİ'yi "iki ya da daha fazla paydaş tarafından her ikisinin de bireysel olarak çözemediği bir takım problemleri çözmek için bilgi, para, emek vb. kaynakları bir araya getirmeleri ve değerlendirmeleri" olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla aktörlerin sektörler arası bir işbirliğine girme gerekçesinin en önemlisi kaynak bağımlılığıdır. Bu durumun temel argümanları ise, örgütlerin kendi başlarına veya zamanında geliştiremeyecekleri kritik yetkinliklerden yoksun oldukları ve daha belirsiz ortamda faaliyet gösterdikleri için işbirliği yaptığıdır (Selsky ve Parker, 2005: 852).

Genel bir tanımla SAİ ne piyasaya ne de hiyerarşik kontrol mekanizmalarına dayanmayan ancak bunun yerine devam eden bir iletişim sürecinde müzakere edilen işbirliğine dayalı, örgütler arası bir ilişki olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım kapsayıcıdır ve işbirliğinin bireysel veya örgütsel düzeyde değil, örgütler arasında gerçekleştiğini ifade etmektedir (Lawrence Philips ve Hardy, 1999: 481; Philips, Lawrence ve Hardy, 2000: 24; Lawrence, Hardy ve Philips, 2002: 281; Hardy, Philips ve Lawrence, 2003:323). Bu işbirliği tanımı, çok çeşitli işbirliği düzenlemelerini (ör. konsorsiyum, ittifaklar, ortak girişimler, yuvarlak masa toplantıları, ağlar, dernekler) kapsayacak kadar geniştir. Ancak bir işbirliğinin satın alındığı (firmanın tedarikçi ilişkilerinde olduğu gibi) ya da bir tür meşru otoriteye (bir devletin düzenleyici kurumu ile bir firma arasındaki

ilişkide olduğu gibi) bağlı olduğu örgütler arası ilişkileri kapsamı dışında bırakmaktadır. (Lawrence vd., 2002: 281).

SAİ, kamu-özel-sivil toplum kuruluşları (STK) olmak üzere üç sektöre dayanan farklı işbirliği kombinasyonlarından oluşmaktadır. Dolayısıyla SAİ, dört farklı işbirliğini içermektedir (Waddell ve Brown, 1997: 1):

1) Kamu-Özel İşbirliği: kamu ve özel aktörler arasındaki herhangi bir gönüllü işbirliği şeklindedir. Temel bileşen, geleneksel kamu hizmetlerinin sunumuna bir dereceye kadar özel katılımın sağlanmasıdır (Bennett, James ve Grohmann, 2000: 12).

2) Kamu-STK İşbirliği: birçok kar amacı gütmeyen kuruluşların, amaçlarına ulaşmak için önemli uzmanlık ve etki sağladıkları devlet kurumlarıyla işbirliği yapmasıdır (Milne, Iyer, ve Gooding-Williams, 1996: 203).

3) Özel-STK İşbirliği: kar amacı olmayan kuruluşların amaçlarına ulaşması, özel sektör işletmelerin ise paydaş taleplerini karşılamak ve sosyal sorumluluk faaliyetleri çerçevesinde yaptıkları işbirlikleridir. Ortaklar, ortak bir sosyal sorunla başa çıkmak için güçlerini birleştirirken örgütsel özerkliği korumayı amaçlamaktadırlar (Selsky ve Parker, 2005: 852).

4) Kamu-Özel-STK İşbirliği: 20. yüzyılın sonlarına doğru "komünizmin ve devlet ekonomilerinin başarısızlığı, küresel kapitalizmin yükselişi, hükümetin rolünün azalması ve STK'ların zayıflamış durumu" olmak üzere ortaya çıkan dört ana eğilim, bir ortaklık toplumuna yol açmaktadır. Aynı zamanda hem ulusal hem de küresel olarak ortaya çıkan, toplumun üç sektörü arasında (özel-kamu-STK) yeni bir işbirliği modeli üzerine inşa edilmiş belirgin bir eğilim vardır (Googins ve Rochlin, 2000: 129).

2. KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ KAVRAMI

KÖİ, birçok ülkede popüler bir politika aracı haline gelmiştir. Hükümetler, hizmet sunumunda veya politika hedeflerinin gerçekleştirilmesinde özel aktörlerin katılımının kaliteyi artıracağı ve paranın karşılığını daha iyi vereceği varsayımıyla KÖİ'yi kamu politikasını modernize etmek için önemli bir araç olarak kabul etmektedir (Klijn, Edelenbos ve Hughes, 2007: 71). Ülkeler, özellikle ulaşım, su, enerji ve telekomünikasyon gibi fiziksel altyapıya ve son zamanlarda ise insan altyapısı olan sağlık, eğitim ve güvenlik gibi çok ihtiyaç duyulan yatırımları finanse etmek için KÖİ'ler aracılığıyla özel sektöre yönelmektedir (Shaoul, 2009: 27).

KÖİ'lerin uygulama biçimleri ülkelerin mevzuatsal altyapılarındaki farklılıklar nedeniyle ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Her ülke kurumsal ve yasal özelliklerine uygun KÖİ tanımı yapmaktadır. Bu nedenle uluslararası kabul görmüş tek bir KÖİ tanımı yoktur. Aşağıdaki tabloda uluslararası kuruluşların KÖİ tanımlarına yer verilmiştir.

Tablo 1. Uluslararası Kuruluşların KÖİ Tanımları

Uluslararası kuruluşlar	KÖİ Tanımları
OECD (2012:18)	Özel ortağın bir sermaye varlığını kullanarak kamu hizmetlerini sunduğu, finanse ettiği ve ilişkili riskleri paylaştığı, hükümet ile özel bir ortak arasındaki uzun vadeli anlaşmalardır.
Commission of the European Communities (2004: 3)	Kamu-özel sektör ortaklığı genel olarak, bir altyapının veya bir hizmetin sağlanmasının finansmanını, inşasını, yenilenmesini, yönetimini veya bakımını sağlamayı amaçlayan kamu yetkilileri ile iş dünyası arasındaki işbirliği biçimlerini ifade etmektedir.
World Bank Institute (2012: 11)	Bir kamu varlığı veya hizmeti sağlamak için özel bir taraf ile bir devlet kurumu arasında, özel tarafın önemli risk ve yönetim sorumluluğu taşıdığı uzun vadeli bir sözleşmedir.
International Monetary Fund (2004: 4)	Özel sektörün geleneksel olarak hükümet tarafından sağlanan altyapı varlıklarını ve hizmetlerini tedarik ettiği düzenlemeleri ifade eder.
PPP Knowledge Lab (2017: 1)	Özel tarafın önemli bir risk ve yönetim sorumluluğu taşıdığı ve ücretin performansla bağlantılı olduğu bir kamu varlığı veya hizmeti sağlamak için özel bir taraf ile bir devlet kurumu arasında uzun vadeli bir sözleşmedir.
EPEC (2023)	Kamu-özel ortaklığı, bir kamu kurumu ile özel bir ortak arasında, uzun vadeli bir sözleşme kapsamında bir kamu altyapı projesi ve hizmeti sunmak üzere tasarlanmış bir düzenlemedir.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

KÖİ, karşılıklı katma değer fikrine dayanarak "aktörlerin karşılıklı ürün ve/veya hizmetler geliştirdiği, risk, maliyet ve faydaların paylaşıldığı, uzun ömürlü bir karaktere sahip, kamu ve özel aktörler arasındaki işbirliği" olarak tanımlanabilir (Klijn ve Teisman, 2003: 137). KÖİ, kapsamlı bir şekilde, "kamu ve özel kuruluşlar arasında altyapı hizmetlerini iyileştirmeyi ve/veya genişletmeyi amaçlayan ancak kamu yapım işleri sözleşmeleri hariç olmak üzere bir sözleşmeye dayalı yasal ilişki" anlamında kullanılmaktadır (Delmon, 2011: 2).

Uluslararası kuruluşlar tarafından ve akademik literatürde yapılan KÖİ tanımları incelendiğinde beş temel unsurlara odaklandığı görülmektedir (Yescombe, 2007: 3):

1) Uzun süreli sözleşme: KÖİ'ler kamu sektörü ile özel sektör arasında uzun vadeli bir sözleşmeye bağlı olarak kurulmaktadır. KÖİ sözleşmeleri genellikle 25 yıl ve 49 yıl olmak üzere uzun sürelidir.
2) Kamu hizmetinin sunulması: KÖİ'ler özel sektör tarafınca kamu altyapısının tasarımı, inşası, finansmanı ve işletilmesini içermektedir. KÖİ ile ulaşım, enerji, eğitim, sağlık ve güvenlik gibi kamu hizmetleri sunulmaktadır.

3) Özel sektöre yapılan ödemeler: KÖİ sözleşmesi süresince, kamu tarafından tesisin kullanımı için özel sektöre ödemeler yapılmaktadır. KÖİ'lerde kamu tarafı özel sektöre kira bedeli ve hizmet bedeli olmak üzere iki ayrı ödeme yapmaktadır.
4) Risk Paylaşımı: Kamu hizmeti sunumuna yönelik riskler, özel sektör ile paylaşılmaktadır. Kamu tarafı teşvikler ve garantiler vererek risklerin bir kısmını üstlenmektedir.
5) Devir: KÖİ sözleşmesi kapsamında inşa edilen altyapı tesisinin mülkiyeti, sözleşme süresinin bitiminde kamuya devredilmektedir.

2.1. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN EKONOMİK VE POLİTİK BAĞLAMI

KÖİ'nin uygulamaya konulması, gelişmesi ve dünya geneline yayılmasında neoliberalizm ve yeni kamu yönetimi akımlarının uygun ortam sağladığı görülmektedir.

2.1.1. Neoliberalizm ile Kamu-Özel İşbirliği İlişkisi

18. yüzyılın sonlarından itibaren özgürlük, özel mülkiyet, rekabet, devletin sınırlandırılması ve serbest piyasa temelleri üzerine inşa edilen klasik liberalizm 1929 "Büyük Buhran" dönemine kadar hakim paradigma olarak devam etmiştir. Büyük Buhran'ın küresel düzeydeki uzun süreli etkisi sonucunda John Maynard Keynes gibi önde gelen ekonomistlerin ekonomi üzerinde devletin daha fazla rolü olduğunu savundukları görüş hakim hale gelmiştir (Steger ve Roy, 2010: 2-9). Bu dönemde kamu görevlilerinin ekonomiyi ve toplumu etkili bir şekilde yönetebilecekleri varsayılmıştır. Genel eğilim, kamu sektörünün genişlemesi ve hükümetlerin çeşitli ekonomik faaliyetlerin sorumluluğunu üstlenmesi yönündedir (Wright, 2000: 155-156).

1970'li yılların başında, doların altınla olan bağlantısının (1971-73) sona ermesine yol açan yerel döviz kuru krizleri, 1973-74 Yom Kippur Savaşı ve bunun sonucunda petrol fiyatlarının dört kat artması, 1930'lardan beri en büyük ekonomik durgunluğa neden olmuştur (Cerny, Menz ve Soederberg, 2005: 13). Ayrıca, yüzyılın sonunda kamu görevlileri genellikle çözümün bir parçası olmaktan çok sorunun bir parçası olmuşlardır (Wright, 2000: 156). Bu olaylar neticesinde 1980'li yıllardan itibaren gelişmiş ülkelerde neoliberalizm, ekonomik politika yapımında egemen hale gelmiştir. Neoliberalizm ile birlikte devlete mülkiyet haklarını tanımlama, sözleşmeleri uygulama ve para arzını düzenleme gibi çok sınırlı bir ekonomik rol tanımlanmıştır. Neoliberalizm, 1930'ların Büyük Buhranı'ndan önce Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere'de egemen olan klasik liberal ekonomik düşüncenin güncellenmiş bir versiyonudur. Özellikle ABD,

Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası neoliberal politikaların dünya geneline yaygınlaşmasını sağlamışlardır (Kotz, 2002: 64).

Neoliberalizm; iş dünyasının deregülasyonu, kamu faaliyetlerinin ve varlıklarının özelleştirilmesi, sosyal refah programlarının kaldırılması veya azaltılması, işletmeler ve yatırımcı sınıf üzerindeki vergilerin azaltılması gibi bir takım tavsiyeleri bulunmaktadır (Kotz, 2002: 65). Neoliberalizmin tavsiyeleri doğrultusunda, daha önce devlet tarafından yönetilen veya düzenlenen sektörlerin özel sektöre devredilmesi, deregülasyon (herhangi bir devlet müdahalesinden kurtarılması) ve rekabetin önceliklendirilmesi uygulamaları benimsenmektedir (Harvey, 2005: 65). Neoliberalizm, piyasanın modern toplumların temel kurumu olduğunu, hem yerel hem de uluslararası politikanın ve politika oluşturmanın öncelikle piyasaların iyi işlemesini sağlamakla ilgili olması gerektiğini savunmaktadır (Cerny, Menz ve Soederberg, 2005: 12).

Neoliberalizm ile birlikte özelleştirme, deregülasyon, ademi merkeziyetçilik ve ekonomik uyum yoluyla piyasaları etkinleştirmek, ulusal hükümetler arasında ortak bir öncelik haline gelmiştir. Neoliberalizm kamu hizmetlerinin sunulmasında kamunun payının azaltılarak özel sektörün sorumluluğu devralmasını önermektedir (Miraftab, 2004: 90). Hükümetler bütçe açığının artması ve ekonominin durgunlaşması nedeniyle özelleştirme yoluna başvurarak harcamalarını azaltmaya çalışmıştır (Mitchell-Weaver ve Manning, 1991: 45). Özelleştirme, toplumun özel kurumlarına daha fazla güvenmesi ve insanların ihtiyaçlarını karşılamak için hükümete daha az bağımlı olması demektir. Özelleştirme sözleşme yapma, franchising (imtiyaz hakkı vermek), garanti vermek, devlete ait varlıkları özel sektöre satmak, kiralamak, devletin hizmet vermesini sonlandırmak ve devlet kontolünü azaltmak (deregülasyon) gibi farklı biçimlerde gerçekleşmektedir (Savas, 2001: 1731).

Neoliberalizmin yaygınlaşmasıyla birlikte 1990'lardaki idari reformun önemli bir kısmını kamu özel işbirliğinin sağlanması oluşturmuştur (Pierre, 2000: 332). Kamu sektöründeki mali kısıtların bulunması ve bu nedenle kamunun özel sektöre özgü ek mali kaynaklardan ve işletme verimliliklerinden yararlanmak için KÖİ'ler hızla gelişmektedir. Ayrıca KÖİ'ler kamu hizmetlerinin kalite ve etkinliğini artırma çabaları ile cazip hale getirilmektedir (European Commission, 2003: 14).

2.1.2. Yeni Kamu Yönetimi ile Kamu-Özel İşbirliği İlişkisi

Neoliberalizmin gelişmesiyle birlikte, Batı ülkelerinde hükümetin eylemlerinin kapsamını ve sınırlarına ilişkin güçlü bir yeni paradigma egemen hale gelmiştir. Bu

paradigma, hükümetlerin tam istihdam ve refah sistemini sürdürmeye yönelik sorumluluklarını azaltmaları veya bırakmaları gerektiğini öne sürmektedir. Ayrıca devletlerin mümkün olan kamu hizmetlerini özelleştirmelerini ve kendi faaliyetlerini rekabet ve verimlilik gibi piyasa kavramlarına uygun olarak yeniden düzenlemelerini tavsiye etmektedir (Self, 1993: ıx). Bu paradigma değişimi kamu sektörünün nasıl yönetileceğine ilişkin yeni kamu yönetimi teorisinin gelişmesine yol açmıştır. Yeni kamu yönetimi uygulamaları ülkeden ülkeye değişmekle birlikte tüm ülkeleri etkileyen yönetimsel devrimin bir parçasıdır (Lane, 2000: 3).

Son yıllarda, kamu sektörünün performansını artırma aracı olarak "yeni kamu yönetimi", kamu sektörlerinde uygulanması yönünde teşvik edilmektedir. Yeni kamu yönetimi, bürokratik kurallara bağlılığa odaklanmak yerine, kamu sektörü faaliyetlerinin meşruiyetini çıktılar, sonuçlar ve verimlilik temelinde oluşturulması önerilmektedir (Meyer ve Hammerschmid, 2006: 1000). Yeni kamu yönetimi, piyasa ilkelerinin siyasal dünyaya aktarılması gerektiğini ifade etmetedir. Yeni kamu yönetiminin temel önerileri şunlardır (Savas, 2001: 1736):

1) Kamu hizmetlerinin sunumunda etkililik ve hakkaniyete ek olarak verimlilik için çabalamak,

2) Siyasi ve idari ilişkiler için ekonomik piyasa modellerini kullanmak (kamu tercihi, müzakere edilen sözleşmeler, işlem maliyetleri ve asil-vekil teorisi),

3) Rekabet, performansa dayalı sözleşme, hizmet sunumu, müşteri memnuniyeti, piyasa teşvikleri ve deregülasyon kavramlarının uygulanması.

Yeni kamu yönetiminin önerileri bağlamında, kamudaki iç yönetim fonksiyonları işletme yönetimi araçlarıyla modernize edilirken, dış ilişkileri rekabet ilkelerine göre yeniden tasarlanmaktadır (Oppen, Sack ve Wegener, 2005: 272). Geleneksel yönetimde hükümetin, mal ve hizmetlerin sağlanmasıyla ilgili üretim, finansman ve düzenleme rolleri bulunmaktadır. 1980'lerde ve 1990'larda kamu sektörü reformu, hükümetin satın alıcı, hizmet sağlayıcı, girişimci (yüklenici-müteahhit), düzenleyici ve hakemlik olmak üzere rolleri arasında bir dizi ayrım getirmiştir. Yapılan reformlar sonucunda devletin daha çok düzenleyici ve hakem rolüne yönelmesi gerektiği vurgulanmıştır (Lane, 2000: 4). Bu bağlamda hükümetler, birçok hizmet ve altyapı türünü doğrudan sunmak yerine yetkilendirmek, kısmen finanse etmek, denetlemek ve bunlara erişimi güvence altına almak için yeniden yapılandırılmaktadır (Savas, 2001: 1737).

Kamu yöneticileri, vatandaşların kamu hizmeti sunumunda mükemmellik beklentileri, vatandaşların daha fazla vergi ödemeye karşı genel direnci ve kamu borcunu azaltma ve kontrol altına alma ihtiyacı gibi nedenlerle yeni kamu yönetimini benimsemekte ve KÖİ'ler aracılığıyla hizmet sunmaya daha istekli hale gelmektedir (English, 2005: 291). Yeni kamu yönetimi, KÖİ'ler aracılığıyla kamu hizmeti sunumuna özel sektör katılımı ile paranın değerinin, kalitenin, memnuniyetin ve çıktı performansının artırılmasının gerçekleştirilebileceğini savunmaktadır (Klijn, Edelenbos ve Hughes, 2007: 72). Kamu hizmeti sunumu devlet teşebbüslerinden ve kamu kurumlarından özel sektöre geçerken, hükümetler, sözleşmeye dayalı ilişkileri ve kamu özel işbirliğini yönetme kapasitesini geliştirmelidir (Savas, 2001: 1737).

2.2. HÜKÜMETLERİ KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİ UYGULAMAYA MOTİVE EDEN FAKTÖRLER

KÖİ, kamu altyapısını veya tesislerini ve ilgili tüm yan hizmetleri sağlamak için bir devlet tarafı ile özel bir taraf arasındaki ilişkiyi belirlemek için kullanılmaktadır. Kamu ile özel arasındaki ilişki, taraflar arasında sorumlulukları, hakları, riskleri ve ödülleri paylaştıran bir sözleşmeyle düzenlenir. Genel olarak ifade edilirse, hükümetler finansal riski ve siyasi riski azaltmak ister. Bu nedenle hükümetler için KÖİ'ye yönelik farklı motivasyonları bulunmaktadır (Delmon, 2011: 12-13; Boardman, Poschmann ve Vining, 2005: 163; Fitzgerald, 2004: 4):

1) Hizmet sunumuna odaklanma: Kamu yönetiminin altyapı ve tesis yapımı ile ilgili konularda harcayacağı zamanı ve çabayı azaltarak hizmet sunumuna daha iyi odaklanma;

2) Altyapı maliyetlerini düşürme: Hükümetlerin genellikle altyapıyı daha düşük bir maliyetle sağlama isteği;

3) Başlangıç yatırımından kurtulma: Başlangıç yatırımından kurtularak yalnızca altyapı veya tesisle ilgili hizmetler için ödeme yapma ve bu hizmetler sunulduğunda ödeme yapma zorunluluğu;

4) Zaman: Altyapıların zamanında hizmete alınması;

5) Sorumluluğun özel sektöre devredilmesi: Belirli bir altyapının performansından mali olarak özel sektörün sorumluluğu üstlenmesi;

6) Verimliliğin sağlanması: Kamu sektöründe yetersiz teknik ve yönetim kaynakları ile performans verimsizliği nedeniyle özel sektörün teknik ve yönetim becerilerine, bilgi birikimi, esneklik ve yenilikçiliğine erişim;

7) Rekabet: Yaratıcılığı, fiyatlandırmayı ve dağıtımı teşvik etmek için rekabetçi güçler kullanarak daha iyi sonuçlar elde etme;

8) Bütçe açığının dengelenmesi: Bütçe açıklarını dengelemek için ek devlet borçlanması olmadan altyapı finansmanına erişim.

KÖİ'ye yönelik hükümetlerin ilgisinin artmasında politik nedenler de bulunmaktadır. Bunlar (Coghill ve Woodward, 2005: 90-91):

1) Halkın özelleştirmeye yönelik muhalif tavrı KÖİ'lere yansımamaktadır. Bunun nedeni KÖİ'lerin kapsamının halk tarafından tam olarak bilinmemesi olabilir. Ayrıca halk, bir kamu varlığının özel sektöre satıldığının farkındadır. Ancak bir KÖİ'de sözleşme sonunda altyapı yatırımı kamu mülkiyetine geçmektedir. Dolayısıyla halk, daha önce kamu mülkiyetinde olan bir şeyin mülkiyetini kaybetmektense, özel sektör tarafından inşa edilen yeni bir altyapı ve tesisin sözleşme sonunda kamu mülkiyetine geçmesini daha olumlu görebilir.

2) İşbirliği veya ortaklık kavramı halk tarafında olumlu çağrışım yapmaktadır. Ortaklar arasında anlaşma, karşılıklı yararlar ve eşitliğin çıkarımları vardır. Bir ortağın diğerinden daha fazla fayda sağlayacağına dair hiçbir ipucu yoktur.

3) KÖİ'lerin ayrıntıları gizli tutulduğu veya kolayca anlaşılamayacak kadar karmaşık olduğu için, halkın gerekçeli değerlendirmeler yapma yeteneği azalır. Kamuoyunda KÖİ'lere ilişkin huzursuzluğun olmaması, halkın, bunların gerektirdiklerinin doğasını, etkilerini ve sonuçlarını anlama ve yorumlama kapasitesinden yoksun olmasının bir işlevi olabilir.

4) KÖİ'ler birçok ülkede neoliberal politikalar kapsamında yaygın olarak kullanılan önemli bir politika aracı haline gelmiştir. Ayrıca uluslararası kuruluşlar ve gelişmiş ülkeler tarafından benimsenen bu politikalara karşı alternatif politikaların geliştirilememesi muhalefet görüşleri baskılamaktadır. KÖİ'lerin eleştirel analizinin ve değerlendirmesinin güvenilirliğini sınırlandırmakta ve sonuç olarak KÖİ'lerin olası başarısızlıklarına ilişkin kamu bilincini azaltmaktadır. Bu durum mevcut hükümetler için KÖİ'leri çekici hale getirmektedir.

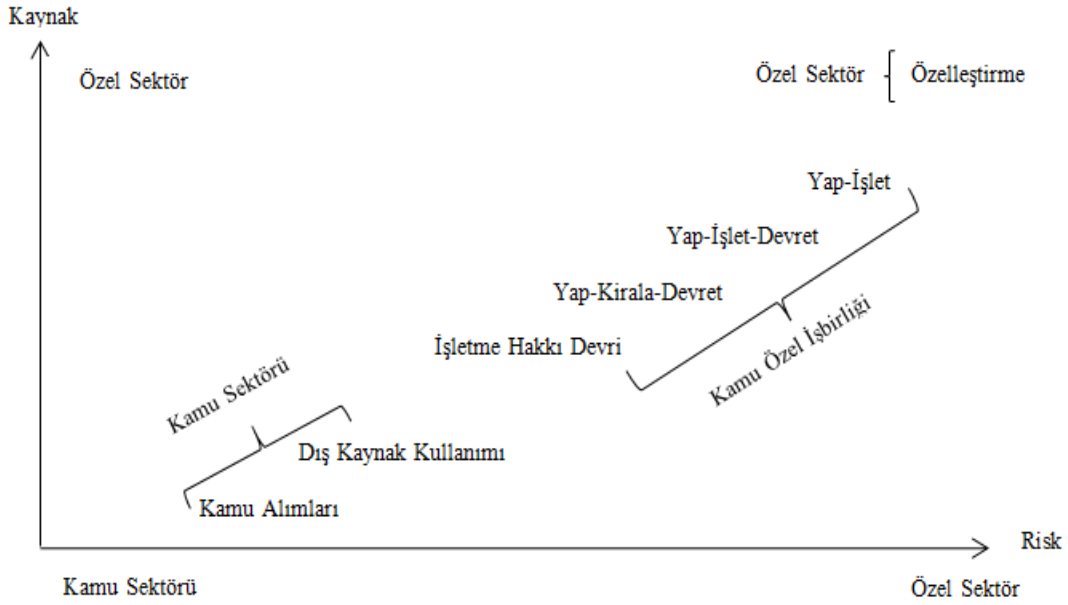
2.3. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ TÜRLERİ

KÖİ'ler tüm dünyada çok çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Avrupa'da, Latin Amerika'da, Asya'da ve gelişmekte olan dünyanın büyük bir kısmında özel sektör kaynakları, KÖİ, özelleştirme ve dış kaynak kullanımı gibi çeşitli isimler altında kamu

ihtiyaçlarını karşılamak için kullanılmaktadır. Ancak ülkelerin siyasi yapısı, vergi türleri ve sosyal tutumları nedeniyle, KÖİ'lerin yapısı, her ülke için büyük ölçüde farklılık göstermektedir (Norment, 2002: 26).

Kamu-özel işbirliği yaklaşımı, dış kaynak kullanımından özelleştirmeye kadar geniş bir model yelpazesini kapsamaktadır. Ortaklık çeşitleri, sözleşmede çeşitli hizmetlerin ve tesislerin "bir araya getirilme" derecesine göre belirlenmektedir (Barlow, Roehrich ve Wright, 2013: 147). Kamu bütçesi geleneksel satın almayı, vergiler ve borçla finanse ederken, bir KÖİ'de finansman genellikle bir özel sektör sorumluluğudur. KÖİ'lerde, özel sektör, yatırım aşamasında tüm maliyetleri üstlenir ve hükümetin yatırımın bütçe ve ulusal borç üzerindeki ani etkisinden kaçınmasını sağlar. Ancak hizmet aşamasında yapılan KÖİ ödemeleri, gelecekteki kamu harcamalarını etkileyecektir (Sarmento ve Renneboog, 2016: 98). Ayrıca bir KÖİ düzenlemesinde, özel sektör ortağı, gerekli altyapı veya tesisin sürdürülmesi, geliştirilmesi veya inşa edilmesi dahil olmak üzere bir kamu hizmeti sağlama sorumluluğunu üstlenirken, kamu sektörü ortağı istenen hizmetin türünü ve kalitesini belirtmektedir (Chinyio ve Gameson, 2009: 4).

Şekil 1. Kamu-Özel Sektör İşbirliğinde Risk Paylaşımı



Kaynak: Sarmento & Renneboog, 2016: 98'den yararlanılarak Türkiye özelinde yazar tarafından hazırlanmıştır.

Tipik bir kamu sektörü ihalesinde, kamu kurumu, tesisin şartnamelerini ve tasarımını belirler, ihale süreci sonucunda tesisin özel sektör yüklenicisi tarafından inşası için ödeme yapar. Tesisin finansmanı, işletimi ve bakımı kamu yönetimi tarafından gerçekleştirilir. KÖİ'lerde ise tesisi tasarlamak, finanse etmek, inşa etmek, hizmetin

sunulması, işletme ve bakım maliyetleri ile ilgili riskler kamu yönetimi tarafından özel sektöre aktarılır (Yescombe, 2007: 4).

KÖİ'ler bir işbirliğinin satın alındığı (firmanın tedarikçi ilişkilerinde olduğu gibi) ya da bir tür meşru otoriteye (bir devletin düzenleyici kurumu ile bir firma arasındaki ilişkide olduğu gibi) bağlı olduğu örgütler arası ilişkileri kapsamı dışında bırakmaktadır (Lawrence vd., 2002: 281). KÖİ'lerin geleneksel satın alma ile özelleştirme arasında durmasının ana nedeni, bir projenin her aşamasında özel sektörün oynadığı farklı roldür. Bununla birlikte, KÖİ'ler ayrıca sözleşme, mülkiyet, risk, finansman, maliyetler ve kamu bütçesi işlemleri açısından farklılık gösterir (Sarmento ve Renneboog, 2016: 116).

Tablo 2. Geleneksel Kamu Alımları, KÖİ ve Özelleştirme Arasındaki Farklar

Özellikler	Geleneksel Kamu Alımları	KÖİ	Özelleştirme
Proje sorumluluğu	Kamu yönetimi, projenin tüm aşamalarından sorumludur.	Hükümet, projenin çıktılarını ve sonuçlarını planlamaktan ve ödemelerden sorumludur. Diğer konular özel sektörün sorumluluklarıdır.	Projenin tüm aşamalarından özel sektör sorumludur.
Risk	Risk tamamen kamu sektörü tarafından üstlenilir.	Risk kamu ve özel sektör arasında paylaşılır. Özel sektör çeşitli riskler (tasarım, inşaat, finansman, operasyonlar vb.) üstlenir.	Risk tamamen özel sektör tarafından üstlenilir.
Maliyet	Özel sektör sadece varlığın inşaat maliyetlerinden sorumludur. Kamu yönetimi projenin maliyetini üstlenir.	Özel sektör, projenin "tüm yaşam maliyetinden" (sermaye ve işletme giderleri) sorumludur.	Tüm proje maliyetlerinden özel sektör sorumludur.
Bütçe Kullanımı	Sermaye ve operasyonel harcamalar, devlet bütçesini ve ulusal borcu etkileyen kamu harcamalarıdır.	Yatırım aşamasında bütçe üzerinde hiçbir etkisi yoktur. Yalnızca işletme aşamasında ödemeler kamu harcamalarıdır.	Özel sektör, işi satın almanın bedelini öder.
Finansman	Yatırım kamu bütçesiyle finanse edilir (yani vergiler veya kamu borcu)	Yatırım, özel sektörün öz sermaye ve borcuyla finanse edilir.	Yatırım tamamen özel sektör tarafından yapılır.
Sözleşme	Devlet ile özel bir firma arasında sadece bir inşaat sözleşmesi vardır.	Uzun süreli (genellikle 30 yıl veya daha fazla), tasarım, inşaat, finansman, işletme, ödemeler ve artık değer / transfer koşullarını belirten bir imtiyaz sözleşmesi vardır.	Varlığın / hizmetin özel firmaya zaman sınırlaması olmaksızın satış sözleşmesi vardır.
Mülkiyet	Varlık kamu sektörüne aittir	Varlık sözleşme sonunda kamunun olur.	Varlık tamamen özel sektöre aittir.

Kaynak: Sarmento & Renneboog, 2016: 99.

Türkiye'de "yap-işlet-devret (YİD)", "işletme hakkı devri (İHD)", yap-kirala-devret (YKD)" ve "yap-işlet (Yİ)" olmak üzere dört KÖİ modeli kullanılmaktadır. Türkiye'de YİD modeliyle 120 proje gerçekleşmiş olup en çok kullanılan model

olmuştur. 109 proje İHD, 18 proje YKD ve 5 proje Yİ modeliyle gerçekleştirilmiştir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020).

2.3.1. Yap-İşlet Modeli (Build-Own-Operate/BOO)

İlk olarak geliştirilen KÖİ modeli, kamu ile özel sektör tarafları arasındaki bir "Yap-Sahip Ol-İşlet" (BOO) sözleşmesidir. Özellikle elektrik santrallerinin yapımında kullanılmıştır. Sözleşme sonunda altyapı ve tesisin mülkiyeti özel sektör yatırımcısında kalmaktadır (Yescombe, 2007: 7). Türkiye'de Yİ Modeli 4283 sayılı "Yap İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkındaki Kanun" kapsamında "elektrik enerjisi santrallarının üretim şirketleri mülkiyetlerinde kurulmalarını, işletilmelerini, üretilen elektrik enerjisinin belirlenecek esas ve usuller çerçevesinde satışını içeren model" olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 1997). Bu model ile Türkiye'de bir termik santral ve dört doğalgaz çevrim santrali olmak üzere beş proje gerçekleştirilmiştir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020).

Tablo 3. Türkiye'de Yap İşlet Modeli İle Uygulanan Projeler

Proje Adı	Yatırım Tutarı (Milyon USD)	İşletmeye Giriş Tarihi	İşletme Dönemi Hazine Garantisi	İşletme Süresi
Gebze Doğalgaz Çevrim Santrali	733	2002	- TETAŞ'ın elektrik alım taahhüdü - Botaş'ın gaz temini taahhüdü	16 yıl
Adapazarı Doğalgaz Çevrim Santrali	407	2002	- TETAŞ'ın elektrik alım taahhüdü - Botaş'ın gaz temini taahhüdü	16 yıl
Ankara Doğalgaz Çevrim Santrali	478	2004	- TETAŞ'ın elektrik alım taahhüdü - Botaş'ın gaz temini taahhüdü	16 yıl
İskenderun Termik Santrali	1.370	2003	- TETAŞ'ın elektrik alım taahhüdü	16 yıl
İzmir Doğalgaz Çevrim Santrali	747	2003	- TETAŞ'ın elektrik alım taahhüdü - Botaş'ın gaz temini taahhüdü	16 yıl

Kaynak: T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2020.

Türkiye'de Yİ modeli ile 2002-2004 yılları arasında 16 yıl süreyle işletilmeye başlanan beş proje gerçekleştirilmiştir. Söz konusu beş projenin toplam yatırım tutarı 3 Milyar 735 Milyon Dolardır. Yatırım aşamasında kamu harcaması bulunmamaktadır. 16 yıl süresince Türkiye Elektrik Ticaret ve Taahhüt Anonim Şirketi'nin (TETAŞ) elektrik ve Boru Hatları İle Petrol Taşıma Anonim Şirketi'nin (BOTAŞ) gaz alım taahhüdü bulunmaktadır (Tablo 3).

2.3.2. Yap-İşlet-Devret Modeli (Build-Operate-Transfer/BOT)

Yap-İşlet-Devret (YİD) sözleşmesi kavramı ilk olarak Türkiye'de elektrik üretimi için geliştirilmiştir. Elektrik şirketi ve elektrik santralinin mülkiyeti sözleşmenin sonunda yatırımcılardan kamu sektörüne geçmektedir (Yescombe, 2007: 8). Türkiye'de YİD Modeli 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun" kapsamında tanımlanmıştır. YİD modeli söz kanusu kanunda "ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan projelerin gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli olup, yatırım bedelinin (elde edilecek kar dahil) sermaye şirketine veya yabancı şirkete, şirketin işletme süresi içerisinde ürettiği mal veya hizmetin idare veya hizmetten yararlananlarca satın alınması suretiyle ödenmesi" şeklinde ifade edilmiştir. Aynı kanunun 7. Maddesinde "sözleşmelerin süresi 49 yıldan fazla olamacağı" ve 9. Maddesinde "sözleşmenin sona ermesi ile birlikte her türlü borç ve taahhütlerden ari, bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda bedelsiz olarak kendiliğinden idareye geçeceği" belirtilmiştir (Resmi Gazete, 1994).

YİD modelinde kamu arazisi üzerinde özel sektörün tesis ve altyapı inşa etme, işletme, ürettiği mal ve hizmeti idarenin belileyeceği ücret üzerinden kamu kurumuna satma hakkı, bakım ve onarım yapma sorumluluğu bulunmakta, sözleşme sona erdiğinde ise tesisin mülkiyeti dahil tüm haklarını kamuya devretmektedir. YİD modeli; ulaşım sektörü başta olmak üzere (otoyol, havaalanı, liman, köprü, tünel) birçok farklı alanda uygulanmaktadır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 24). Türkiye'de en çok kullanılan KÖİ modeli YİD ile 120 proje gerçekleştirilmiştir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020).

2.3.3. Yap-Kirala-Devret Modeli (Build-Rent-Transfer/BRT)

Türkiye'de Yap-Kirala-Devret (YKD) modeli sağlık ve eğitim sektöründe uygulanmaktadır. Sağlık alanında uygulanan YKD Modeli 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"un 1. Maddesinde açıklanmıştır. YKD modeli söz kanusu kanunda "ihale ile özel hukuk hükümlerine göre, kamu özel iş birliği modeli çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, Hazinenin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle

yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması ve bu projeler için alınacak danışmanlık, araştırma geliştirme hizmetleri ile ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürülmesi" şeklinde ifade edilmiştir (Resmi Gazete, 2013). 6428 sayılı kanuna dayandırılarak 2014 yılında çıkartılan "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği" kapsamında özel sektöre bırakılacak hizmetler belirlenmiştir. Söz konusu yönetmeliğin 4. Maddesinde "hizmet alımı yoluyla gördürülebilecek olan, yükleniciye verilip verilmeyeceği idarenin takdirinde bulunan ve ihale dokümanında belirlenen temizlik, güvenlik, otopark, laboratuvar, görüntüleme ve benzeri destek hizmetleri" özel sektöre bırakılabileceği belirtilmektedir (Resmi Gazete, 2014).

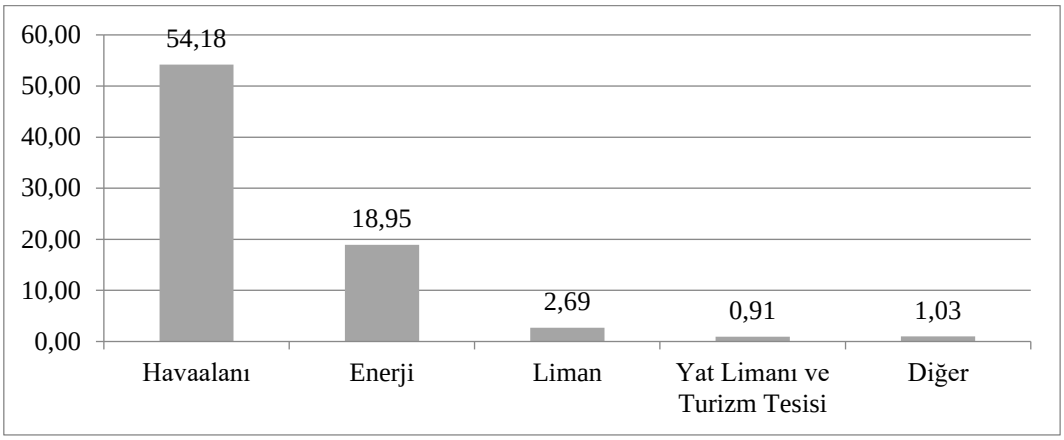
Eğitim sektöründe YKD modeli 652 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 23. maddesinde "yapılmasının gerekli olduğuna Bakanlık tarafından karar verilen eğitim öğretim tesisleri, Bakanlık tarafından verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir. Ayrıca tesislerdeki eğitim öğretim hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir" şeklinde açıklanmıştır (Resmi Gazete, 2011).

YKD modelinde kamu tarafından bedelsiz tahsis edilen arazi üzerine özel sektör tesisi yapmakta, fiziksel donanımını, bakım ve onarımı sağlamakta, sözleşme süresince sözleşmede belirlenen alanları işletmekte ve sözleşme sona erdiğinde tesisi kamuya devretmektedir. Kamu sözleşme süresince özel sektöre kira ve hizmet bedeli ödemesi yapmaktadır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 24).

2.3.3. İşletme Hakkı Devri (Transfer of Operating Rights/TOR)

Türkiye'de İşletme Hakkı Devri (İHD) Modeli 4046 sayılı "Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun" kapsamında bir özelleştirme yöntemlerinden biri olarak sayılmaktadır (Resmi Gazete, 1994). Her ne kadar bu kanunda özelleştirme yöntemi olarak kabul edilse de İHD, tesisin belirli bir süre işletme hakkının devredildiği ve mülkiyeti kamuda olduğu için tam olarak özelleştirme yöntemi değildir. İHD modelinde, "bir kamu tesisinin işletme hakkı belirli bir süreliğine özel sektöre devredilmektedir". (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 25).

Şekil 2. İHD Bedellerinin Sektörel Dağılımı (Milyar Dolar)



Kaynak: Strateji ve Bütçe Başkanlığı, (2020).

Türkiye'de İHD modeli ile 109 proje gerçekleştirilmiştir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020). İHD modeli projenin yatırım değeri açısından en çok havaalanı ve enerji sektöründe kullanılmaktadır (Şekil 2).

2.4. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ PORJELERİNİN RİSK FAKTÖRLERİ

KÖİ projeleri, riskin kamudan özel sektöre aktarılması ve karşılığında özel sektöre kâr teşvikinin verilmesi üzerine kurulmuştur. Ancak, kamu sektörü için temel amaç, özel sektör kuruluşlarının sözleşmeden doğan yükümlülüklerini doğru ve verimli bir şekilde yerine getirmelerini sağlamak ve sunulan hizmetlerde paranın karşılığını elde etmektir (Grimsey ve Lewis, 2002: 117). Riskin kamu ve özel sektör aktörleri arasında dengeli dağılımı çok önemlidir. Şirkete çok fazla risk tahsis etmek, projenin pahalı ve istikrarsız bir şekilde sonuçlanmasına, çok az risk tahsis etmek ise paranın değer kaybına neden olur (Delmon, 2011: 96). Bu nedenle kamu yöneticilerinin ve özel sektör temsilcilerinin tüm potansiyel riskleri proje yaşam döngüsü boyunca değerlendirmesi ve uygun şekilde tahsis etmesi esastır (Chan, Yeung, Yu, Wang ve Ke, 2011: 137).

Risk dağıtımı sürecindeki genel mantık, paranın karşılığını almaktır. Aslında, riskleri farklı sözleşme tarafları arasında paylaştırmanın bir bedeli vardır. Risk üstlenmenin her iki taraf için de bir bedeli vardır. Bu nedenle risk paylaşımının amacı, risklerin, minimum maliyetle yönetebilecek tarafa tahsis edilmesidir (Roumboutsos ve Pantelias, 2015: 186). KÖİ projelerinde proje paydaşlarının farklı bakış açıları ve çıkarları nedeniyle çok çeşitli riskler vardır (Roumboutsos ve Pantelias, 2015: 186). Chan ve diğerleri (2011: 141-142) tarafından yapılan kapsamlı literatür taraması sonucunda KÖİ projeleri için 16 sistematik 18 spesifik risk faktörü belirlenmiştir. KÖİ projelerine ilişkin

sistematik risk faktörleri ve açıklamaları Tablo 4'te, spesifik risk faktörleri ve açıklamaları ise Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 4. KÖİ Projeleriyle İlişkili Sistematik Risk Faktörleri ve Açıklamaları

Risk Faktörleri	Açıklamalar
Politik Riskler	
Hükümet yolsuzluğu	Kamu görevlilerinin ve yöneticilerinin yolsuzluk yapması, hükümet ile proje şirketi arasındaki ilişkileri sürdürmenin maliyetini artıracaktır. Ayrıca hükümetin sözleşmeyi bozma riskini artıracaktır.
Hükümet müdahalesi	Hükümet yetkilileri, özel yatırımcıların proje operasyonlarına yönelik karar alma özerkliğini etkileyecek müdahalede bulunmasıdır.
Kamulaştırma	Merkezi veya yerel yönetim, projeleri ele geçirmesidir.
Hükümetin sorumluluğu	Hükümetin sözleşmede kararlaştırılan sorumlulukları yerine getirmeyi reddetmesidir.
Zayıf kamu karar alma süreci	Standartlaştırılmamış prosedürler, bürokrasi, KÖİ proje deneyimi ve becerisinden yoksunluk, yetersiz hazırlık ve bilgi asimetrisi zayıf karar vermeye yol açmaktadır.
Ekonomik Riskler	
Faiz oranı dalgalanması	Faiz oranlarındaki belirsizliklerden kaynaklanan KÖİ projelerinin maliyet artışı.
Döviz dalgalanması	Döviz kurunun değişkenlik riski ve yabancı para birimlerinin dönüştürülebilirlik riski.
Enflasyon	Malların fiyat seviyesinin yükselmesi, para birimlerinin satın alma gücünün düşmesi, maliyetin artmasına ve diğer sonuçlara neden olur.
Finansman riski	Rasyonel olmayan finansman yapısından, sağlam olmayan finansal piyasadan ve finansman güçlüğünden kaynaklanan risk.
Yasal Riskler	
Mevzuat değişikliği	Kanun, yönetmelik ve diğer hükümetin makro-ekonomik politikalarının değiştirilmesi, proje maliyetlerinde artışa ve gelirde düşüşe vb. neden olacaktır.
Eksik hukuk ve denetim sistemi	Mevcut KÖİ mevzuatından kaynaklanan düşük verimlilik, çatışmalı ve kötü çalışma ortamı.
Vergi düzenlemesinde değişiklik	Merkezi veya yerel yönetimin vergi düzenlemesindeki değişiklik.
Sosyal Riskler	
Siyasi / kamu muhalefeti	Kamu yararının zarar görmesi nedeniyle siyasi ve halkın muhalefet etme riski.
Doğal Riskler	
Öngörülemeyen hava / jeoteknik koşullar	Proje sahasının kötü doğal koşulları nedeniyle (örneğin iklim koşulları, özel coğrafi çevre ve kötü saha koşulları vb.) ortaya çıkan risklerdir.
Çevre riski	Çevrenin zarar görmemesi ve korunması için proje maliyetinde artma veya çalışma programında gecikme meydana gelebilir.
Mücbir sebepler	Sözleşme taraflarının makul bir şekilde kontrol edemediği veya önleyemediği durumlar ortaya çıkabilir.

Kaynak: Chan, Yeung, Yu, Wang & Ke, 2011: 141-142.

Bir KÖİ projesinin riskinin çoğu, büyük bir altyapı girişiminde yer alan dokümantasyon, finansman, vergilendirme, teknik ayrıntılar, alt anlaşmalar vb. açıdan düzenlemelerin karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Ayrıca riskin niteliği, projenin türüne bağlı olarak tüm proje süresi boyunca değişir. Projenin tasarım aşaması, inşaat aşaması, işletme aşaması ve proje kapanış aşamasında farklı risklerle karşılaşılmaktadır (Grimsey ve Lewis, 2002: 109).

Osei-Kyei ve Chan (2017) tarafından yapılan ampirik çalışmada ülkelerin gelişmişlik düzeyine, ekonomik ve politik koşullarına göre KÖİ projelerinde risk türlerinin değiştiğini belirlemişlerdir. Araştırma sonucunda Gana'nın sistematik (ülke) risk faktörlerinin daha yüksek olduğunu, Hong Kong'da ise projeye özgü riskleri daha

yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Gana'daki en önemli beş risk; yolsuzluk, enflasyon oranı dalgalanması, döviz kuru dalgalanması, projenin tamamlanmasındaki gecikme ve faiz oranındaki dalgalanmadır. Hong Kong'da, en önemli beş risk faktörü; arazi ediniminde gecikme, işletme maliyetinin aşılması, inşaat maliyetinin aşılması, projenin tamamlanmasındaki gecikme ve siyasi müdahaledir (Osei-Kyei ve Chan, 2017: 214).

Tablo 5. KÖİ Projeleriyle İlişkili Spesifik Risk Faktörleri ve Açıklamaları

Risk Faktörleri	Açıklamalar
İnşaat Riskleri	
Tamamlanma riski	Yetersiz nakit akışı, maliyet aşımı ve borçların zamanında ödenememesi gibi nedenlerle projenin gecikmesi.
Malzeme / işgününü bulunmaması	Hammadde, malzeme, makine ve ekipman veya enerji tedarikindeki gecikmeler.
Kanıtlanmamış mühendislik teknikleri	Benimsenen tekniklerin olgunlaşmamış olması, gerekli standartları ve gereksinimleri karşılayamaması veya tekniklerin uygulanabilir olmaması gibi nedenlerle özel yatırımcıların teknolojinin iyileştirilmesi için yeniden yatırım yapması.
Operasyon Riskleri	
Proje / operasyon değişiklikleri	Tasarım aşamasında zayıf inşa edilebilirlik incelemeleri, tasarım hatası, belirsizlik, standartlar ve sözleşmelerdeki değişiklikler, proje sahiplerinin proje veya operasyon değişiklikleri
Maliyet aşımı	Devletin ürün veya hizmetlerin standardını yükseltmesi, faiz oranlarındaki artış, döviz kurları, kötü operasyon yönetimi veya mücbir sebepler gibi ticari olmayan faktörler maliyet aşımına yol açabilir.
Fiyat değişikliği	KÖİ ürün veya hizmetlerinin fiyatının ayarlanmasının esnek olmaması proje şirketinin gelirinin beklenenden daha düşük olmasına yol açabilir.
Gider ödeme riski	Projenin altyapısı veya hizmet sağlama süreci, müşterinin (veya devletin) ücretlerinin zamanında ödemesini engelleyen faktörlerden etkilenmektedir.
Pazar Riskleri	
Pazar rekabeti	Yeni projeler, hükümetin veya diğer yatırımcıların yeniden inşa projesinin pazar rekabetini artırması.
Pazar talebindeki değişim	Piyasa rekabetinden kaynaklanan risk dışında, makroekonomiye atfedilen faktörler, sosyal çevre, nüfustaki değişim, kanunların uyarlanması ve piyasa talebinin değişmesine neden olan düzenlemeler.
İşbirliği Riskleri	
Üçüncü taraf gecikmesi / ihlali	Devlet veya özel yatırımcılar dışında, diğer proje katılımcıları sözleşmede veya proje gecikmesinde kararlaştırılan sorumlulukları yerine getirmemesi.
Organizasyon ve koordinasyon riski	Proje şirketinin yetersiz koordinasyon yeteneği nedeniyle proje katılımcıları arasındaki iletişim maliyetinin artması ve çatışmaların ortaya çıkması.
İmtiyaz sahibinin yetersizliği	İmtiyaz sahibinin yetersiz yeteneği, proje yapımında ve işletiminde düşük üretkenliğe yol açması.
Diğer Riskleri	
Arazi tahsisi	Arazi haklarının edinilmesinin zorluğundan kaynaklanan proje maliyetinin artması ve proje süresinin uzaması
Proje onaylarında ve izinlerinde gecikme	Yüksek maliyetli ve uzun süreli proje onayı için karmaşık prosedürler gerekmektedir. Onay alındıktan sonra, proje kapsamı ve doğası ile ilgili düzenlemeler yapmak çok zordur.
Çelişkili veya eksik sözleşme	Yanlışlık, belirsizlik, esneklik, tutarsızlık, adaletsiz risk paylaşımı, net olmayan sorumluluk paylaşımı vb. sözleşme ile ilgili riskler.
Destekleyici altyapı eksikliği	Projenin destekleyici tesislerinin bulunmamasından kaynaklanan riskler.
Kalıntı (Artık) riski	Yatırımcılar ekipman veya diğer teknik koşullar gibi kaynakları aşırı kullanır. Bu durum proje süresi sonunda geriye yetersiz ve değersiz malzeme ve teçhizatın kalmasına neden olur.
İhale için yetersiz rekabet	Risk, adil ve şeffaf olmayan ihale sürecini, eksik ihale bilgilerini, yetersiz ihale katılımcısı ve yetersiz rekabeti içerir.

Kaynak: Chan, Yeung, Yu, Wang & Ke, 2011: 141-142.

KÖİ projelerini güvenilir kılmak ve riskleri daha verimli bir şekilde yönetmek için risk paylaşımının sözleşmede yer alması, belirli risklere yönelik sigorta yapılması, hükümetin belirli riskler için garantiler veya sübvansiyonlar sağlaması, kredi veren kuruluşlar tarafından sağlanan sigorta ve garantiler gibi uygulamalar ile risk yönetimine yönelik bir dizi mekanizma geliştirilmiştir. Risk azaltmanın en önemli parçası, projenin değerlendirilmesini ve projenin gerçekleştirilme sürecini verimli bir şekilde organize etmektir (Delmon, 2011: 114-115).

2.5. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN FAYDALARI

Günümüzde bir çok ülke bütçelerinin kısıtlı olması nedeniyle altyapı yatırımları ve kamu hizmetinin sunumunda özel sektörle giderek daha fazla ortaklık yapmaktadır (Barlow vd., 2013: 146). KÖİ'nin altında yatan temel gerekçe, hem kamu hem de özel sektör için bir kazan-kazan durumunun oluşturulmasıdır. Dolayısıyla KÖİ, hem kamu hem de özel sektöre fayda sağlamayı amaçlamaktadır (Tiffin ve Hall, 1998: 18).

Tesis ve altyapı geliştirme fırsatı: KÖİ sözleşmelerinin çoğu, yeni altyapı yatırımlarının yapılmasını içerir (Chinyio ve Gameson, 2009: 11). KÖİ'ler kamu tarafından yapılması gereken altyapı açığının azaltılmasını ve mevcut altyapıların geliştirilmesini sağlar (Sarmento ve Renneboog, 2016: 102).

Bilanço dışı borç - bütçe sınırlamalarını önlemek: Kamu sektörü için KÖİ'ler, bütçe kısıtlamaları veya diğer faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıkan finansman sıkıntısı için potansiyel bir çözüm olarak görülmektedir (Barlow vd., 2013: 148). KÖİ yatırım aşamasında kamu sektörüne herhangi bir maliyet yoktur. Ancak özel şirkete sözleşme süresi boyunca yıllık ödemeler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, KÖİ'ler altyapı inşası sırasında bütçe kısıtlamalarını önlemektedir (Sarmento ve Renneboog, 2016: 116). Böylelikle hükümet, zaman içinde KÖİ programları için ödeme yaparken parasını başka projeler için kullanabilir (Chinyio ve Gameson, 2009: 11). KÖİ kapsamında, özel sektör imtiyaz sahibine ödeme yalnızca tatmin edici bir hizmet akışı sağlandığında başlar ve devam eden ödemeler performans kriterlerinin karşılanmasına bağlıdır (Tiffin ve Hall, 1998: 13). KÖİ'ler aracılığıyla, hükümetler ön sermaye harcamalarından kaçınmayı ve özel sektörün verimliliğinden yararlanmayı umarken, özel sektör ortakları yatırımın geri dönüşünü hedeflemektedir (Barlow vd., 2013: 146).

Risk paylaşımı: KÖİ, riskin daha iyi paylaştırılması yoluyla daha iyi para değeri sağlamayı amaçlamaktadır. Yol gösterici ilke, riski kontrol ve fiyatlandırma açısından en iyi konumda olan kişinin bu riski üstlenmesi olmalıdır (Tiffin ve Hall, 1998: 13).

Özel sektörün tecrübe ve uzmanlığından yararlanma fırsatı: Özel sektörün bazı hizmet sunum türlerini idare etmek için kamu sektöründen daha donanımlı olduğuna inanılmaktadır. KÖİ, kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün yönetim becerileri ve uzmanlığından yararlanır (Chinyio ve Gameson, 2009: 4). Kamu sektörü, KÖİ aracılığıyla vatandaşlarının daha düşük bir maliyetle daha iyi hizmet almasını sağlayabilir (Tiffin ve Hall, 1998: 13).

Temel yeteneklere odaklanma: KÖİ'lerin potansiyel faydaları, sağlık hizmeti sağlayıcılarının altyapıyı yönetmek yerine klinik hizmetlere odaklanmasını sağlayabilir ve hizmet sunumunda verimliliği artırılabilir (Barlow vd., 2013: 148). İyileştirilmiş hizmet sunumu: her iki sektörün de en iyi yaptıklarını yapmalarına izin verilerek başarılır. Örneğin, özel sektör hastanedeki hastalara yüksek kaliteli yiyecek sağlarken, devlet bu hastaları daha iyi tedavi etmeye konsantre olur (Chinyio ve Gameson, 2009: 12). KÖİ aynı zamanda kamu ve özel sektörün sorumluluklarına daha net bir şekilde odaklanmayı amaçlamaktadır ki bu da her birinin güçlü yönlerini daha açık bir şekilde yansıtır. Kamu sektörü hangi hizmetin sunulması gerektiğine konsantre olabilir (Tiffin ve Hall, 1998: 13).

Altyapı ve tesis yatırımlarının zamanında gerçekleştirilmesi: Kamu alımlarının genellile gecikmesi, bütçeyi aşması ve bunun özel sektördekinden daha fazla olduğu bilinmektedir. Başka bir deyişle, "zamanında ve bütçeye uygun" retoriği kamu sektöründe her zaman gerçekleştirilememektedir (Shaoul, 2009: 35-36). KÖİ kapsamındaki inşaat sürelerinin daha kısa olduğu ve KÖİ kapsamındaki inşaat tamamlamalarının diğer birçok tedarik yönteminden daha iyi olduğu bildirilmiştir (Chinyio ve Gameson, 2009: 10).

Özel sektöre yatırım fırsatı sağlama: Hisse senedi yatırımcıları için, KÖİ, hükümet sözleşmesi ile desteklendiğinden, istikrarlı bir uzun vadeli getiri sağladığından ve risklerin birçoğu taşeron olduğundan nispeten düşük riskli bir yatırım olarak algılanır. Bu bağlamda, KÖİ özel sektöre daha fazla ticaret fırsatı sunmaktadır. (Chinyio ve Gameson, 2009: 11).

2.6. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNE YÖNELİK ELEŞTİRİLER

KÖİ projelerinin sağladığı faydaların yanı sıra gelir garantileri, verilen teşvikler ve uzun vadeli sözleşmelerin yaptırımları gelecek hükümetlerin politika değişiklikleri için kısıtladığı ve esnekliği azalttığı yönünde eleştiriler de bulunmaktadır (Hodge, 2005: 305). KÖİ'lere getirilen eleştirilerin büyük çoğunluğu kamunun şeffaf ve hesap

verilebilirliğinin aşındığına yöneliktir. KÖİ'lere getirilen eleştiriler aşağıda açıklanmaktadır.

Hesap verilebilirlik ve şeffaflık: Kamu hizmetinin erişilebilirliği ve şeffaflığına verilen önem, devletin ve kamu hizmetinin rolü ile ilgili olarak değişen değer ve bakış açılarının bir tezahürü olarak görülmelidir (Pierre, 2000: 332). Hesap verebilirlik, yönetişimin merkezi bir yönü ve kamu sektörünün ahlakının temel taşıdır. Bununla birlikte, KÖİ projelerinin uygulanmasında, kamu alımlarında sayısız hesap verebilirlik sorunu vardır (Asenova ve Beck, 2009: 48). Uluslararası kredi kuruluşları, KÖİ projelerinin yapısı ve borç verme anlaşmalarına katı şartlar getirmektedir (Chowdhury, Chen ve Tiong, 2011: 148). KÖİ sözleşmelerinin mali yönleri genellikle gizlenmekte ve genellikle "ticari sır" ile gerekçelendirilmektedir (Toms, Asenova ve Beck, 2009: 64). KÖİ projelerinin mali ve sözleşmeye dayalı karmaşıklığı, titiz ve şeffaf değerlendirmelerinin olmaması, önemli bir hesap verebilirlik sorunu haline gelmektedir (Hodge, 2005: 327). En temel istatistiksel bilgilerin bile eksikliği, incelemeyi, kontrolü ve hesap verebilirliği neredeyse imkansız hale getirmektedir. Öncelikli olarak vatandaşlara veya en azından siyasi temsilcilere, medya mensuplarına, sendikalara ve akademisyenlere toplumun kaynaklarının nasıl kullanıldığı hakkında bilgi verilmelidir. Kamu incelemesinin yokluğunda, bu projeler hükümete gizli sübvansiyonlar, gelir akışlarının saptırılması ve gizli kredi garantileri yükleyebilir (Shaoul, 2005: 202-203).

Kamu sektöründe, vatandaşların şikayetlerinin giderilmesi için özel sektörden çok farklı mekanizmalar bulunmaktadır. İdare hukukuna ve İdari Temyiz Mahkemesi gibi organlara başvurma veya bir Ombudsman tarafından hükümet eylemlerinin gözetimi, çok daha şeffaftır. Nihayetinde, bir demokraside hükümet, faaliyetlerinden dolayı seçmenler tarafından sorumlu tutulur. Ancak hesap verebilirlik, KÖİ'lerin kullanılmasıyla zayıflatılabilir (Coghill ve Woodward, 2005: 89). Çünkü KÖİ projesinin onayı genellikle süreçte örtülüdür. Kamu sektörünün bu kısıtlamalar dahilinde yeterli hesap verebilirlik düzeyini sürdürmesi kolay bir iş değildir (Asenova ve Beck, 2009: 62).

Risk paylaşımına yönelik eleştiriler: KÖİ'lerde riskin belirli bir kısmının özel sektöre devredilmesi söz konusudur (Chinyio ve Gameson, 2009: 11). Ancak kamunun önemli riskleri devretmeye çalışması, maliyetin büyük çoğunluğu yüksek ücretlerle kamu sektörüne yüklenmesine neden olmktadır. Ayrıca risklerin gerçekten aktarılıp aktarılamayacağı ve riskin nasıl ölçüleceği konusu hala tartışmalıdır (Tiffin ve Hall, 1998: 16). Henüz hiçbir KÖİ projesinin süresi tamamlanmadığı için, hiç kimsenin risklerin

ortaya çıkma sıklığının ve bunlarla ilişkili etkilerin tam olarak bilinmesi mümkün değildir (Chinyio & Gameson, 2009: 13). Barlow vd. (2013: 147) KÖİ projelerinin başarısızlığı sonucunda ortaya çıkan maliyetler ve borçların geri ödenmesi kamu sektörüne kalacağını ifade etmektedir. Shaoul (2005: 202) ise KÖİ projelerinin başarısız olması durumunda maliyetlerin kamu sektörüne ve genel olarak kamuoyuna yayılmasıyla sonuçlanacağını dolayısıyla kamu kaynaklarının kamudan özel sektöre aktarıldığını belirtmektedir.

KÖİ'lerde herzaman kazan-kazan durumu ortaya çıkmayabilir. Gelişmekte olan ülkelerin sosyo-ekonomik eksikleri ve bütçe yetersizlikleri nedeniyle KÖİ'ler kalkınmanın "Truva Atı" olarak kabul edilmektedir. Her ne kadar KÖİ'ler kamu hizmeti üretilmesinde güç paylaşımı olarak kabul edilse de uygulamada süreç özel sektörlerin çıkarlarına yönelik evrilmektedir (Miraftab, 2004: 89). KÖİ'lere yönelik devletlerin ilgisinin artmasının temel nedeni kamu hizmeti sunumunda özel sektörün sermayesi, tecrübesi ve yeteneklerinden yararlanmaktır. Ancak KÖİ'lerin herzaman en verimli sonuçları üreteceğini varsaymak mümkün değildir. Kamu hizmetinin sosyal yönü göz ardı edilmemelidir. Diğer bir deyişle teknik verimlilik diğer sosyal değerlerin yerini almamalıdır. Daha fazla verimlilik uğruna sosyal adalet, eşitlik, kamu hizmetlerine erişim ve demokrasi feda edilmemelidir (Coghill ve Woodward, 2005: 88-89).

Ölçüm zorluğu: KÖİ, yalnızca bir sözleşmede belirtilen çıktılar ve girdiler doğru bir şekilde ölçülebiliyorsa çalışabilir. Çünkü KÖİ'ler genellikle çok boyutludur ve kalitenin değerlendirilmesi zordur. Dolayısıyla, bir hapishane veya hastanenin çıktısı bir ölçüm zorluğunu temsil eder. Benzer şekilde, yaratılan bir varlığın ve hizmetin kalitesini değerlendirmek de kolay değildir (Pollitt, 2005: 210). KÖİ düzenlemeleri, hizmet kalitesinin açıkça belirlenebildiği, ölçülebildiği ve garanti altına alınabildiği hizmet sektörlerinde en başarılı şekilde gerçekleştirilmiştir. Ancak bu, sonuçların ölçülmesinin daha zor olduğu ve kamu hedeflerinin özel sektörün maliyet tasarrufu davranışıyla çatışabildiği sağlık hizmetlerinde zordur (Barlow vd., 2013: 152).

Yeniden müzakere: İyi işleyen bir kurumsal çerçeveyle bile, değişen ekonomik koşullar veya siyasi ortam gibi dış faktörler, imtiyaz özelliklerini geçersiz kılabilir ve yeniden müzakere gerektirebilir. Yeniden müzakereler sırasındaki seçim döngüleri, hükümette ve ideolojik yönde bir değişiklik olduğunda verimliliği aşındırabilir (Sarmento ve Renneboog, 2016: 116).

Sözleşme sürelerinin uzunluğu: KÖİ sözleşmelerinin sürelerinin uzun olması nedeniyle sözleşmenin izlenmesi ve uygulanması için kamu sektörüne ek maliyetler getirmektedir (Shaoul, 2009: 38). Özellikle burada, KÖİ sürecinin tüm yönlerini denetleyen ve merkezi bir kurumsal KÖİ biriminin olmaması (sürecin yalnızca bir kısmıyla ilgilenen birkaç devlet dairesi yerine) hükümetin konumunu zayıflatabilir (Sarmento ve Renneboog, 2016: 116). KÖİ'lerin uzun süreli sözleşmeleri nedeniyle mevcut hükümetler gelecekteki hükümetleri ve gelecekteki seçmenleri belirli eylem planlarına bağlamışlardır. Bu durum, vatandaşların gelecekteki seçimlerini sınırlandırmaktadır. Bununla birlikte, belirli politika varsayımlarını kilitleyen KÖİ'ler, bir toplumun yeni politika faktörlerine tepkisini yönetme kapasitesini de ciddi şekilde sınırlayabilir (Coghill ve Woodward, 2005: 89).

Kamu-özel ortaklıklarının rekabetçi davranışı kısıtlama olasılığı: KÖİ projelerinin çok büyük olması, sadece birkaç özel şirketin teklif vermesine ve uzun süreler boyunca hizmet sunmasına neden olabilir. Bu durum tesisin kurulum ve işletim ömrü boyunca işlem maliyetlerini yüksek olmasına yol açabilir (Barlow vd., 2013: 148). Çeşitli devlet daireleri satın alma işlevlerinde daha verimli hale gelseler bile, yükleniciler ve imtiyaz sahipleri, geleneksel kamu sektörü ihalelerinden çok daha fazla iş gerektiren KÖİ projeleri için teklif hazırlamanın yüksek maliyeti konusunda endişe duymaktadır. Sektör araştırmalarına göre, bir KÖİ sözleşmesi için teklif vermenin maliyetleri, geleneksel bir kamu sektörü sözleşmesinden beş kat daha yüksek olabilir. İhale maliyetlerinin çok büyük olması, KÖİ yüklenicilerinin bu sözleşmelerin çoğuna teklif veremeyeceği ve kazanamayacağı anlamına gelir (Tiffin ve Hall, 1998, s. 13). Teklif verme ile ilişkili (yüksek) maliyetler, daha az rekabet eden teklifle sonuçlanmıştır (Shaoul, 2009: 35-36).

Kamu sektörüne özgü değerlerin aşındırılması: KÖİ projelerine ilişkin karar verme yalnızca siyasi bir süreç değildir. Bir KÖİ projesi aynı zamanda finans kurumlarının beklentileri ve gereksinimleri tarafından koşullandırılan bir süreç olduğu açıktır. Bu beklentiler, kamu sektörünün yenilikçi veya yüksek kaliteli hizmetler arayışı da dahil olmak üzere diğer hususların önüne geçebilir (Asenova ve Beck, 2009: 62). KÖİ'ler, demokratik denetimi, şeffaflığı, hesap verebilirliği ve kolektif çıkarları engelleme potansiyeli bulunmaktadır. Bu tür koalisyonların demokratik, siyasi kontrole kesinlikle kamusal olan kuruluşlara göre daha az duyarlı olmasıdır. Bu nedenle, KÖİ'ler, yeni vatandaş katılımı biçimlerinin amacı olan yurttaşın güçlendirilmesine bazı yönlerden ters düşen uygular içermektedir (Pierre, 2000: 347). Hükümetin kamu hizmeti

sunumundaki sorunları maliyet ve verimlilik gibi ekonomik sorulara indirgeyebilir. Bu ekonomik değerler gerçekten önemlidir. Ancak kamu sektörünün dürüstlük, adalet, şeffaflık ve özellikle hesap verebilirlik gibi temel değerlerinin zayıflatılmasına yol açmamalıdır (Wright, 2000: 173).

KÖİ projelerinin finansman maliyeti: Hükümetin, borçlanma maliyeti özel sektöre göre nispeten daha ucuzdur. Çünkü finans piyasaları, hükümetlere borç vermeyi düşük risk olarak görür. Bu nedenle düşük faiz oranları uygularlar. Buna karşılık, özel sektöre uygulanan faiz oranları daha yüksektir (Liebe ve Pollock, 2009: 6). Diğer bir deyişle, hükümetler parayı özel şirketlerden daha ucuza ödünç alabilir. Özel finans girişimi kapsamındaki yatırım, kamu sektörü alımlarından daha pahalıdır. Bu nedenle bir kamu sektörü kuruluşu için KÖİ projelerini finanse etmenin maliyeti daha yüksektir (Gaffney, Pollock, Price ve Shaoul, 1999: 116). İngiltere'de sağlık alanındaki KÖİ'ler üzerine yapılan araştırmada finansman maliyeti, kamu maliyesinin maliyetlerini aştığını ve ek maliyetlere yol açtığı belirlenmiştir (Liebe ve Pollock, 2009: 14). KÖİ projelerinin kurulmasında yer alan yüksek işlem maliyetleri göz önüne alındığında, KÖİ uygulaması yaklaşık 50 milyon Sterlinden fazla sermaye fiyatı olan projeler için daha uygun olduğu tespit edilmiştir (Chinyio ve Gameson, 2009: 5).

KÖİ projelerinin fizibilite maliyeti: KÖİ projelerinde, proje seçimi, fizibilite çalışmaları ve ihale sürecinde uzman danışmanların kullanılması için önemli bir ön proje geliştirme finansmanı gerektirir. KÖİ konusunda daha az deneyime sahip olan ülkeler, KÖİ projelerinin hazırlanmasında muhtemelen daha fazla harcamaya ve zamana ihtiyaç duyacaklardır (Delmon, 2011: 12). KÖİ projelerinin geliştirilmesi projeden projeye değişmekle birlikte yaklaşık olarak 3 yıl kadar sürebilmekte ve proje hazırlık maliyetleri toplam proje maliyetinin % 2,6'sına kadar ulaşabilmektedir (NAO, 2007: 22).

2.7. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNDE KAMU VE ÖZEL SEKTÖRÜN FAKLI BEKLENTİLERİ

Kamu ve özel sektörün farklı geçmişleri, değer kalıpları, kimlikleri ve öncelikleri bulunmaktadır. Özel sektör pazar fırsatlarını kullanarak sürdürülebilir rekabet avantajı elde etme, pazar payını artırmaya odaklanmaktadır. Kamu sektörü ise kamu hizmeti üretmek, kamu yatırımlarını bütçe sınırları dâhilinde şeffaf ve hesap verilebilir bir şekilde gerçekleştirmeye odaklanmaktadır. KÖİ'lerdeki etkileşim sorunları, karar vermenin karmaşıklığı ve ilgili aktörlerin kurumsal geçmişleri ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır. Bu

nedenle KÖİ'lerde kamu ve özel sektörlerin farklı beklentileri bazı gerilimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Klijn ve Teisman, 2005: 110).

Tablo 6. KÖİ'lerde Kamu ve Özel Sektör Beklentilerinin Oluşturduğu Gerilimler

	Kamu Sektörü	Özel Sektör	Gerilim
Öz faaliyet	Hedefler: kamu hedeflerini gerçekleştirmek. Mantıksal bağ: siyasi koşullar	Hedefler: kar elde etmek Mantıksal bağ: finansal koşullar	Farklı problem tanımları: Beklentilerdeki politik riskler ve piyasa riskleri
Değerler	Kendini tanımlayan kamu işine bağlılık Süreç ve yaklaşımın denetlenebilirliği (politik / sosyal) Riskten kaçınmaya vurgu	Tüketici tercihlerine bağlılık Hissedarlar tarafından sonuçlara göre kontrol edilir Pazar fırsatlarına, risklere ve yeniliklere vurgu.	Hükümetin süreç ve sonuçta isteksizliğine karşı özel sektörün bilgi ve çaba anlamında isteksizliği
Stratejiler	Kamu sektörünün önceliklerini garanti etmenin yollarını aramak Maliyetler açısından beklentileri ve uygulama belirsizliklerini en aza indirmek	Üretim için kesinlik ve / veya komisyon elde etme fırsatı aramak Ağır kamu prosedürlerinin bir sonucu olarak siyasi riskleri ve örgütsel maliyetleri en aza indirmek	Çatışma, anlaşmaların karşılıklı olarak sınırlandırılmasına ve dolayısıyla denenmiş ve test edilmiş işbirliği biçimlerine (sözleşmelere) yol açar.
Sonuçlar	Kamu aktörlerinin riski sınırlamaya ve projenin içeriğini tespit etmeye çalıştığı kararların verilmesine, prosedürlerin ortaya konmasına ve kamu hakimiyetine yol açan bir strateji modeli gelişir.	Pazar payı ve getirinin kesinliğine vurgu, getirinin elde edildiği tarihe kadar bekleme davranışına ve sınırlı yatırıma yol açar.	Artı değerin sağlanamaması

Kaynak: Klijn & Teisman, 2003: 143.

Kamu sektörü, bir KÖİ projesini daha düşük bir maliyetle sağlama ve gerekli sosyal hedefleri karşılama amacına odaklanmaktadır. Özel sektör ise yatırımın geri dönüşü ve kar maksimizasyonu ile ilgilenmektedir. KÖİ'ler bunu hesaba katacak şekilde yapılandırılmalıdır. KÖİ'ler kamu ve özel sektörün amaçlarına ulaşmasında etkili bir araç olarak tasarlanabilirse yani kamu hizmetinin zamanında ve uygun maliyetle sunulmasının yanı sıra özel sektörünün karlılığı teşvik edilirse sonuç bir "kazan-kazan" durumu haline gelebilir. Aksi takdirde gerilimler çözülemez bir hale gelebilir (Boardman, Poschmann ve Vining, 2005: 163).

2.8. KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİNDE KRİTİK BAŞARI FAKTÖRLERİ

Kritik başarı faktörleri, yöneticilerin amaçlara ulaşılması ve örgütsel refahının sağlanması için kesinlikle gerekli olan temel faaliyet alanları olarak tanımlanabilir. Kritik başarı faktörlerinin belirlenmesi yöneticilerin odaklanması gerektiği temel konu ve görevleri ifade etmesi açısından önemlidir. Bunlar, işletmenin gelişmesi için "işlerin doğru gitmesi için gerekli olan" ve yönetimin sürekli ve dikkatli bir şekilde dikkat etmesi gereken kilit faaliyet alanlarıdır (Boynton ve Zmud, 1984: 17; Rockart, 1979: 81). KÖİ'ler için kritik başarı faktörleri ülkeden ülkeye ve projenin özelliğine göre değişmektedir (Osei-Kyei ve Chan, 2015: 1343). Ayrıca kritik başarı faktörleri, kamu

sektörü aktörleri ile özel sektör aktörleri tarafından yapılan değerlendirmelere göre de değişmektedir (Li vd., 2005: 464)

Tablo 7. KÖİ'ler İçin Kritik Başarı Faktörleri

Kritik Başarı Faktörleri	Açıklamalar
Etkili Tedarik	
Şeffaf ve rekabetçi tedarik süreci	Etkili bir satın alma süreci şeffaflık göstermeli ve tüm satın alma süreci boyunca rekabetçi olmalıdır. Şeffaflık ve rekabetçi bir tedarik süreci, projenin paranın karşılığını almasını sağlar.
İyi yönetişim	KÖİ'lerin etkili olabilmesi için, aktörlerin (paydaşların) yönetişim faaliyetlerine bağlıdır.
İyi organize edilmiş ve kararlı bir kamu kurumu	KÖİ'lerin başarılı olması için iyi yönetişim ve iyi organize edilmiş ve kendini adamış bir kamu kurumu gereklidir.
Sosyal Destek	KÖİ tedarikini yürütmek için sosyal destek önemli bir bileşendir. Kamuoyunun KÖİ aleyhindeki görüşü proje gelişimini yavaşlatabilir, hatta engelleyebilir. Medya, sendikalar, sivil toplumlar ve diğer sivil toplum kuruluşları gibi kamuoyunun kabulü ve anlayışı, KÖİ projelerinin ilerlemesini sağlamada çok önemlidir.
Kamu ve özel sektör arasında paylaşılan yetki	Kamu ve özel sektör arasında paylaşılan yetki, etkili satın alma ile ilgili bir diğer önemli bileşendir. Bu, kamu ve özel sektörün satın alma sürecinde müzakereleri yürütürken birbirlerine saygı duymaları gerektiğini göstermektedir.
Kapsamlı ve gerçekçi maliyet / fayda değerlendirmesi	Bir proje satın alma sürecine tabi tutulmadan önce, kamu müşterisi, hükümet ve son kullanıcılar için yararlı olabilecek tüm potansiyel seçeneklerin eksiksiz proje fizibilite çalışmasının bir parçası olarak değerlendirildiğinden emin olmalıdır.
Proje Uygulanabilirliği	
Proje teknik fizibilitesi	KÖİ tedarik seçeneklerini değerlendirirken, ilgili teknik sorunları gözden geçirmek önemlidir. Özellikle, özel yüklenicinin herhangi bir mühendislik belirsizliğinin çözüldüğünden emin olması gerekir.
Uygun risk dağılımı ve risk paylaşımı	KÖİ'yi geleneksel tedarikten ayıran temel özellik riskin tahsis edilmesidir. Dolayısıyla riskin etkili ve verimli bir şekilde tahsis edilmesine yardımcı olmak için uygun bir mekanizmanın geliştirilmesi gereklidir.
Kamu- özel sektör taahhüdü / sorumluluğu	Bir KÖİ projesindeki aktörlerin (veya paydaşların) tutumu çıktıların kalitesi üzerinde bir etkiye sahiptir. Bu nedenle, paydaş ilişkileri ve paydaş yönetimi gibi "yumuşak" faktörler de dikkate alınmalıdır.
Güçlü ve iyi özel konsorsiyum	Güvenilir ve iyi yapılandırılmış bir özel sektör şirketi, KÖİ başarısı için çok önemlidir. KÖİ projelerinin karmaşık yapısı, tek bir inşaat şirketinin projeyi yürütmesini çok zorlaştırır. Bu nedenle farklı şirketler genellikle bir konsorsiyum oluşturmak için bir araya gelir. Ancak bu varlığın yapısı ve uyumluluğu projenin başarısını etkiler.
Elverişli yasal çerçeve	Uygun bir yasal çerçeve, bir PPP / PFI projesinin özel sektör katılımına aşırı yasal kısıtlama olmaksızın geliştirilmesine izin verir. Uygun bir risk çerçevesi, proje uygulaması için yasal statüyü garanti etmelidir.
Devlet Garantisi	
Hükümetin garanti sağlayarak katılımı	Özel sektör KÖİ projelerine yönelik katılımı ve yatırımların korunmasını sağlamak için hükümetten gelir garantileri veya sıkı sıkıya bağlı politikalar talep etmektedir.
Çoklu fayda hedefleri	Kamu hizmetlerine ulaşmadaki doğrudan hedeflerin yanı sıra, bir KÖİ projesinin özel yüklenicinin iş hedeflerini de dikkate alması gerekir.
Elverişli Ekonomik Koşullar	
İstikrarlı makro-ekonomik koşullar	Başarılı KÖİ proje uygulaması için hükümetler ekonomik koşulların uygun olmasını sağlamalıdır. Örneğin, daha düşük riskli bir piyasa, başarı fırsatlarını artırabilir.
Sağlam ekonomik politika	Hükümetler, özel sektörün güvenle çalışabileceği istikrarlı ve büyüyen bir ekonomik ortamı sürdürmek için ekonomik politikalar benimsemelidir.
Mevcut Finansal Piyasa	
Uygun finansal piyasanın mevcudiyeti	Uygun ve yeterli bir finansal piyasanın mevcudiyeti KÖİ'lerin finansmanı ve başarısı için önemlidir.

Kaynak: Osei-Kyei & Chan, 2015: 1343; Li vd., 2005: 466-469.

Osei-Kyei ve Chan, (2015: 1343) tarafından yapılan sistematik literatür incelemesi sonucunda KÖİ'ler için 57 kritik başarı faktörü olduğunu tespit etmişlerdir. Li vd. (2005: 464) tarafından İngiltere'de yapılan araştırmada 18 kritik başarı faktörü belirlemişlerdir. İngiltere'deki KÖİ'ler için ilk beş kritik başarı faktörü sırasıyla; güçlü ve iyi özel konsorsiyum, uygun risk dağılımı ve risk paylaşımı, uygun finansal piyasanın mevcudiyeti, kamu ve özel sektörün taahhüdü ve sorumluluğu ve kapsamlı ve gerçekçi maliyet / fayda değerlendirmesidir. Kamu yöneticileri için en önemli faktör rekabetçi tedarik süreci iken özel sektör için güçlü özel konsorsiyumun oluşturulmasıdır

Cheung, Chan ve Kajewski, (2012: 49) tarafından Hong Kong ve Avustralya'da yapılan araştırmada KÖİ'lere ilişkin 18 kritik başarı faktörü belirlenmiştir. Hong Kong'daki KÖİ'ler için ilk beş kritik başarı faktörü sırasıyla; elverişli yasal çerçeve, kamu ve özel sektörün taahhüdü ve sorumluluğu, güçlü ve iyi bir özel konsorsiyum, istikrarlı makro-ekonomik durum ve uygun risk dağılımı ve risk paylaşımıdır. Avustralya'daki KÖİ'ler için ise ilk beş kritik başarı faktörü sırasıyla; kamu ve özel sektörün taahhüdü ve sorumluluğu, uygun risk dağılımı ve risk paylaşımı, güçlü ve iyi özel konsorsiyum, iyi yönetişim ve proje teknik fizibilitesidir.

Babatunde, Opawole ve Akinsiku, (2012: 221) tarafından Nijerya'daki KÖİ'ler üzerine yapılan araştırmada 17 kritik başarı faktörü belirlemişlerdir. Nijerya'daki KÖİ'ler için ilk beş kritik başarı faktörü sırasıyla; uygun finansal piyasanın mevcudiyeti, sağlam ekonomik politika, iyi yönetişim, uygun risk tahsisi ve risk paylaşımı ve istikrarlı makro-ekonomik durumdur.

Hwang, Zhao ve Gay, (2013: 427) tarafından Singapur'daki KÖİ'ler üzerine yapılan araştırmada ilk beş kritik başarı faktörü sırasıyla; iyi organize edilmiş kamu kurumu, uygun risk tahsisi ve paylaşımı, güçlü özel konsorsiyum, satın alma sürecinde şeffaflık ve açık tanımlanmış sorumluluklar ve roller olduğu belirlenmiştir.

Chou ve Pramudawardhani, (2015: 1145) tarafından Endonezya'daki KÖİ'ler üzerine yapılan araştırmada ilk beş kritik başarı faktörü sırasıyla; şeffaflık tedarik süreci, açık tanımlanmış sorumluluklar ve roller, iyi yönetişim/devlet desteği, kamu ve özel sektörün taahhüdü ve sorumluluğu ve elverişli yasal çerçeve olarak tespit edilmiştir.

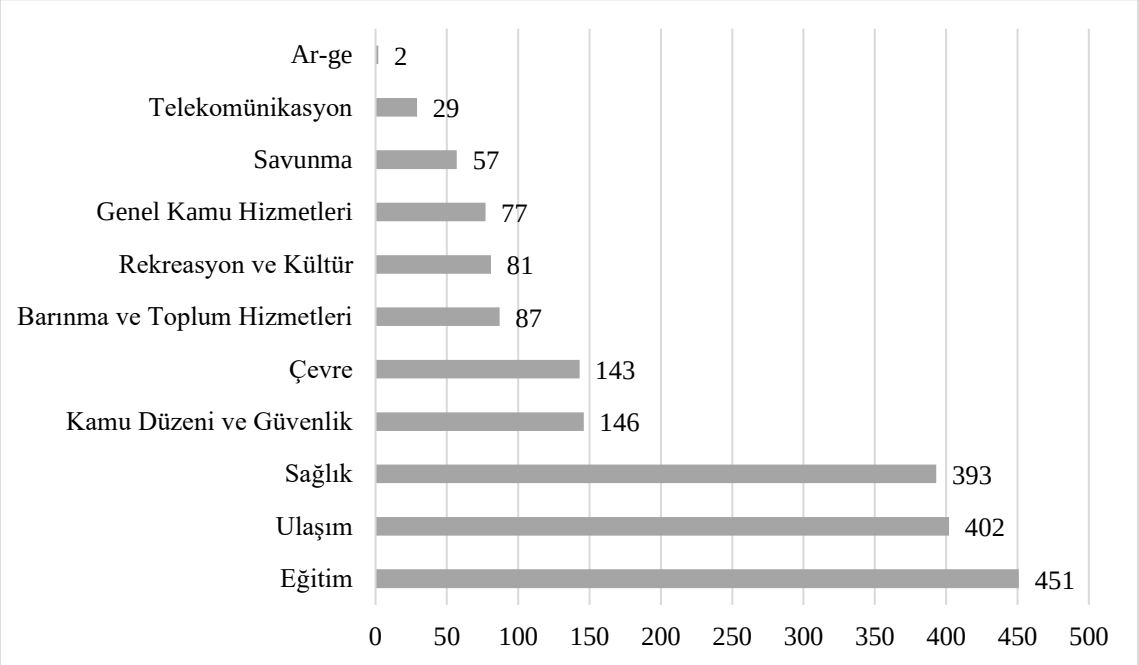
3. KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ AVRUPA ÜLKELERİNİN VERİLERİ

KÖİ, tamamen yeni bir olgu olmasa da neoliberal çağda popüler hale gelmiştir. 1990'lı yıllardan itibaren giderek yaygınlaşan kamu-özel işbirliği birçok gelişmiş ve

gelişmekte olan ülkenin kalkınma stratejilerinde en önemli araç olmuştur. KÖİ projeleri havaalanları, demiryolları, karayolları olmak üzere ulaşım ve enerji gibi çeşitli altyapı geliştirme sektörlerinde yaygın olmakla birlikte son yıllarda kamu tekeline bırakılmış olan sektörlere de girmiştir. Devletlerin evrensel ve temel görevi olarak kabul edilen ve insanlar için temel bir hak olarak görülen eğitim, sağlık ve güvenlik gibi alanlarda özel sektörün katılımı yaygınlaşmaktadır (Tilak, 2016, s. 1).

Avrupa KÖİ Uzmanlık Merkezi (The European PPP Expertise Centre-EPEC), Avrupa Birliği (AB) üye devletlerini, AB aday devletlerini ve diğer AB'ye komşu bazı ülkeleri KÖİ (public–private partnership (PPP, 3P veya P3) konusunda desteklemek için 2008 yılında kurulmuştur. EPEC aynı zamanda 1990'dan 2021'e kadar olan dönem için ilgili ülkelerin KÖİ ile ilgili proje sayısı, proje tutarı ve sektör olmak üzere verilerini toplamakta ve yayınlamaktadır. EPEC veri tabanında KÖİ projesi olan AB ülkeleri, Birleşik Krallık, Türkiye, Arnavutluk, Bosna-Hersek, Kuzey Makedonya, Kosova, Karadağ ve Sırbistan olmak üzerek 28 ülkenin verisi bulunmaktadır (EPEC, 2023).

Şekil 3. Sektörlerine Göre Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Proje Sayıları (1990-2021)

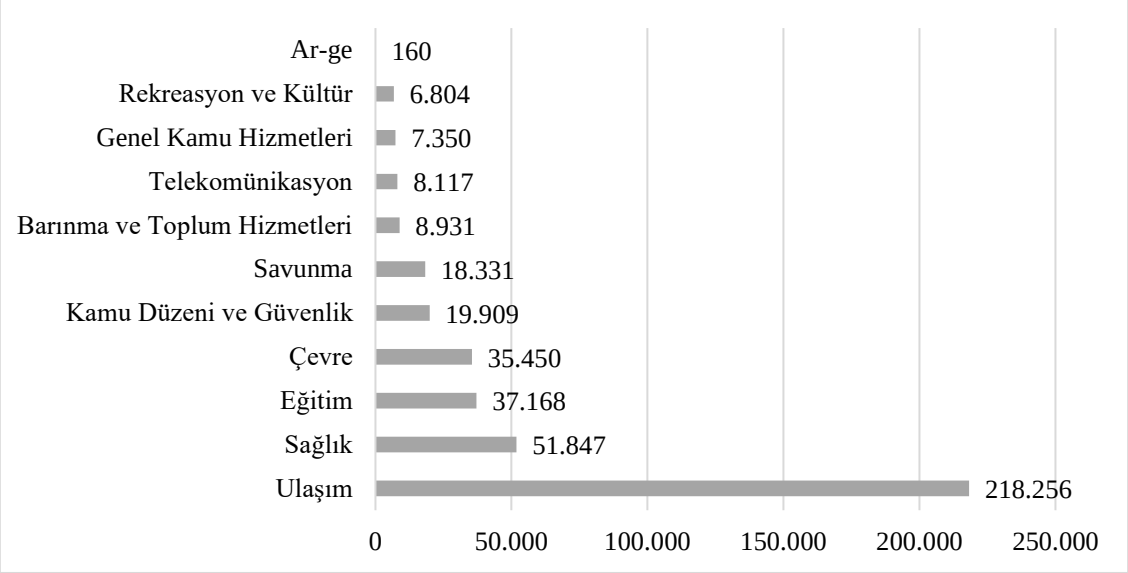


Kaynak: EPEC, 2023. https://data.eib.org/epec

EPEC verileri bağlamında KÖİ proje sayıları açısından incelendiğinde 1990-2021 yılları arasında ön plana çıkan sektörler eğitim (451), ulaşım (402), sağlık (393) olmuştur. Vatandaşların kamudan beklediği eğitim, ulaşım, sağlık, kamu düzeni, güvenlik ve çevre

gibi kamu hizmetlerinin 1990'lı yıllardan sonra özel sektörün iştirakiyle sunulduğu görülmektedir (Şekil 3).

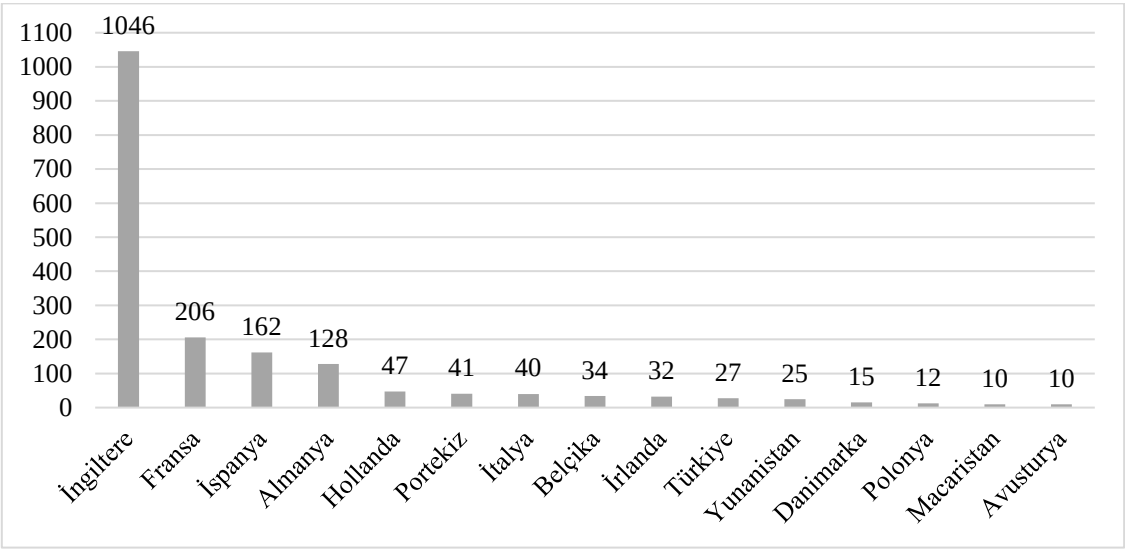
Şekil 4. Sektörlerine Göre 1990-2021 Yılları Arasındaki Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Projelerinin Parasal Tutarları (Milyar Euro)



Kaynak: EPEC (2023). https://data.eib.org/epec

1990-2021 yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projelerinin parasal tutarları EPEC verilerine göre incelendiğinde 218.256 Milyar Euro ile açık ara en çok yatırım ulaşım sektörüne yapılmıştır. Yatırım tutarı bağlamında ulaşım sektörüne takiben sırasıyla sağlık, eğitim, çevre, kamu düzeni ve güvenlik, savunma sektörleri gelmektedir (Şekil 4).

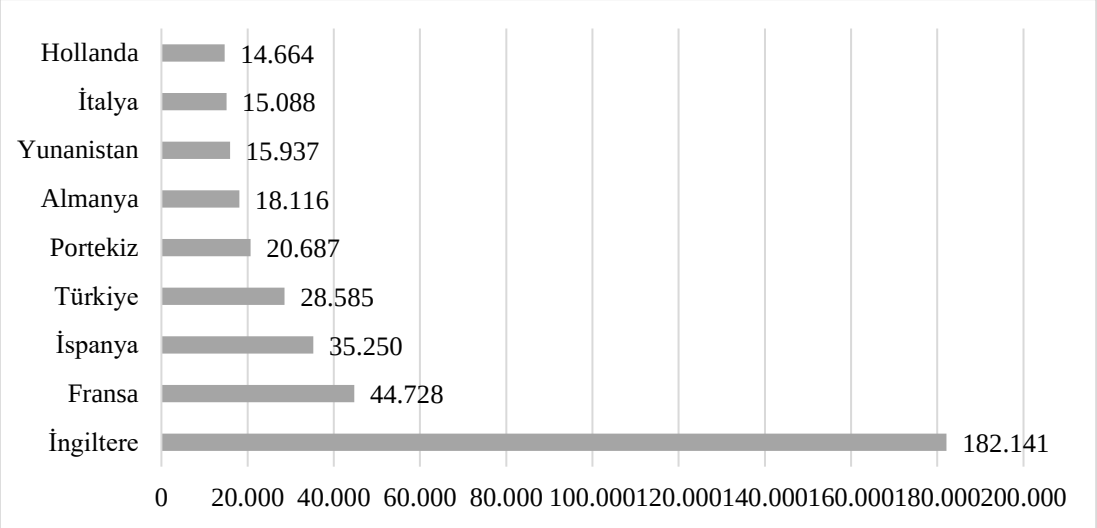
Şekil 5. Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Proje Sayıları (1990-2021)



Kaynak: EPEC, 2023. https://data.eib.org/epec

1990-2021 yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projeleri ülkelere göre incelendiğinde İngiltere 1.046 kamu-özel işbirliği projesi ile lider durumdadır. İngiltere'yi sırasıyla Fransa, İspanya, Almanya, Hollanda, Portekiz ve İtalya takip etmektedir. KÖİ proje sayısı açısında Türkiye 27 proje ile 10. sıradadır (Şekil 5).

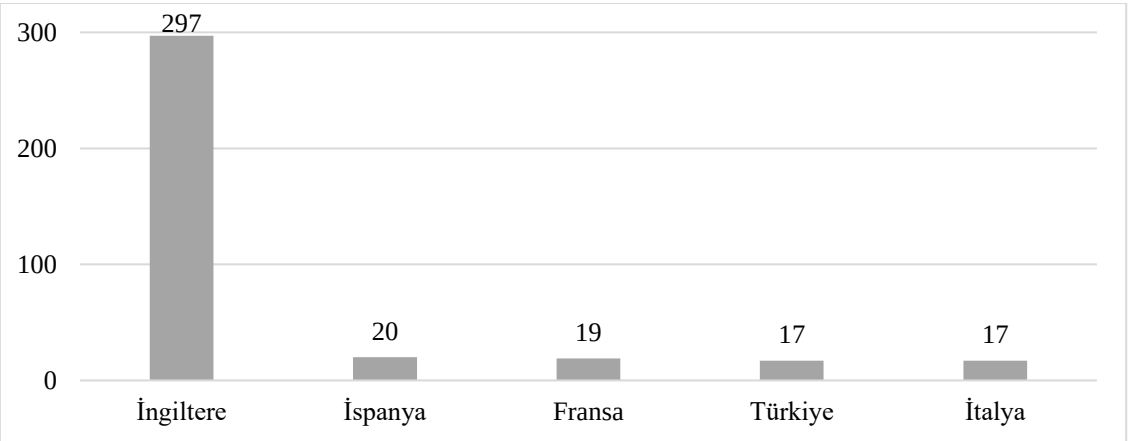
Şekil 6. 1990-2021 Yılları Arasındaki Avrupa Ülkelerindeki Kamu-Özel İşbirliği Projelerinin Parasal Tutarları (Milyar Euro)



Kaynak: EPEC, 2023. https://data.eib.org/epec

1990-2021 yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projelerinin parasal tutarları ülkelere göre incelendiğinde İngiltere 182.141 Milyar Euro ile en çok yatırım yapılan ülke olmuştur. İngiltere'yi sırasıyla Fransa, İspanya, Türkiye ve Portekiz takip etmektedir. KÖİ projelerinin parasal tutarı açısından Türkiye 28.585 Milyar Euro ile 4. sıradadır (Şekil 6).

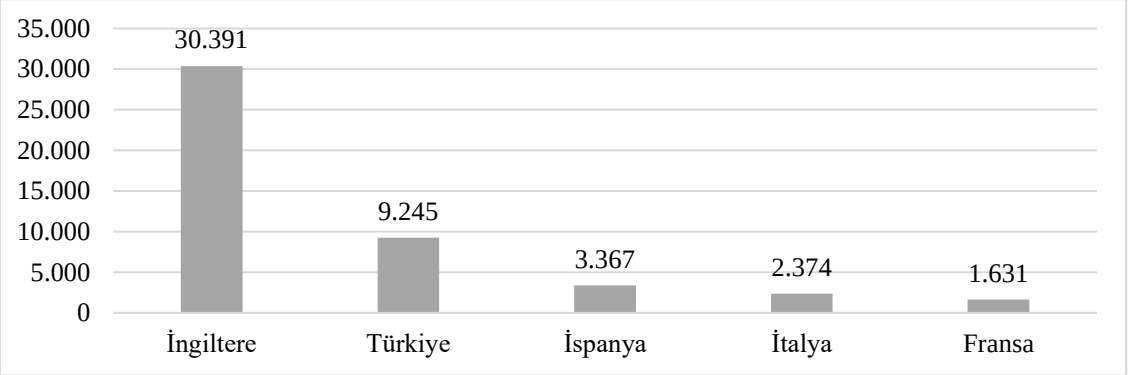
Şekil 7. Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sektöründeki Kamu-Özel İşbirliği Proje Sayıları (1990-2021)



Kaynak: EPEC, 2023. https://data.eib.org/epec

1990-2021 yılları arasında sağlık sektöründe gerçekleştirilen KÖİ projeleri ülkelere göre incelendiğinde İngiltere 297 proje ile lider durumdadır. İngiltere'yi sırasıyla İspanya, Fransa, Türkiye ve İtalya takip etmektedir. Sağlık sektöründe KÖİ proje sayısı açısında Türkiye 17 proje ile 4. sıradadır (Şekil 7).

Şekil 8. 1990-2021 Yılları Arasındaki Avrupa Ülkelerinin Sağlık Sektöründeki Kamu-Özel İşbirliği Projelerinin Parasal Tutarları (Milyar Euro)



Kaynak: EPEC, 2023. https://data.eib.org/epec

1990-2021 yılları arasında sağlık sektöründe gerçekleştirilen KÖİ projelerinin parasal tutarları ülkelere göre incelendiğinde İngiltere 30.391 Milyar Euro ile en çok yatırım yapılan ülke olmuştur. İngiltere'yi sırasıyla Türkiye, İspanya, İtalya ve Fransa takip etmektedir. Sağlık sektöründe yapılan KÖİ projelerinin parasal tutarı açısında Türkiye 9.245 Milyar Euro ile 2. sıradadır (Şekil 8).

3.1. TÜRKİYE'DE ŞEHİR HASTANELERİNE GİDEN SÜRECİN KÖŞE TAŞLARI

Türkiye'de şehir hastanelerine giden süreci üç dönem olarak incelemek mümkündür:

- Başlangıç dönemi (1980-2003): Politik alt yapının oluşturulması,
- İkinci dönem (2005-2015): Yasal alt yapının oluşturulması
- Son dönem (2015-…): İhale, inşaat ve faaliyete geçme

Politik alt yapının oluşturulduğu dönemde neoliberal politikaların etkisi, yeni kamu yönetimi anlayışının benimsenmesi ve Dünya Bankası'nın önerileri ile 1982 Anayasası ve 5., 6., 7. ve 8. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundaki sorumluluğunun politika oluşturma, planlama, düzenleme ve denetleme rolü ile sınırlandırılması, özel sektörün sağlık hizmeti sunumuna teşvik edilmesi ve özendirilmesi, hastanelerin işletmecilik anlayışı ile yönetilmesi, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, gelir gider denkliğinin sağlanması gibi uygulamalar hayata geçmiştir. Tüm bu uygulamalar 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm

Programı ile bir araya getirilmiştir. Dolayısıyla 1980 ile 2003 yılları arasını şehir hastanelerine giden sürecin politik alt yapısının oluşturulduğu dönem olarak kabul edilebilir (Tablo 8).

Tablo 8. Şehir Hastanelerinin Politik Alt Yapısının Oluşturulduğu Dönem (1980-2003)

Süreçler		Yapılan Düzenlemeler
Şehir Hastanelerinin Politik Alt Yapısının Oluşturulduğu Dönem (1980-2003)	1982 Anayasası	Devletin sağlık hizmeti verilmesini planlama, düzenleme ve denetleme rolü
	Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)	Özel hastaneler teşvik edilecek ve sağlık kuruluşlarında verimliliğin artırılması için işletmecilik uygulamaları kullanılacak
	Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)	Sağlık hizmeti talebi ve finansmanı için özel kesimlerden yararlanılacak ve gerekli teşviklere devam edilecek
	4046 Saylı Kanun (1994)	Yataklı tedavi kurumlarının işletme haklarının özelleştirilmesi imkanı
	Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)	Yataklı tedavi kurumlarının çağdaş işletmecilik esaslarına göre yönetilmesi, hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi, rekabetin sağlanması ve özel sektörün sağlık alanındaki faaliyetlerinin özendirilmesi
	Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)	Hastanelerin idari ve mali özerk verilmesi, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmesi, özel sektörün sağlık yatırımları teşvik edilmesi
	Dünya Bankası'nın Türkiye Raporu (2002)	Dünya Bankasının sağlık alanındaki neoliberal önerileri; Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumluluğunun "politika hazırlamak ve düzeni denetlemek" olarak sınırlandırılması, sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, genel sosyal sağlık sigortası ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi
	59. Hükümet Programı (2003)	59. hükümet programında "Devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir" ibaresi ile özel sektörle işbirliği vurgulanmıştır.
	Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)	Planlayıcı ve düzenleyici bir Sağlık Bakanlığı Özel sektör imkanlarıyla sağlık hizmeti sunumu Sağlık hizmetlerinde rekabet ortamının yaratılması Genel sağlık sigortası Aile hekimliği, Kademeli sevk zinciri, İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

1961 Anayasasında devlet sağlık hizmetini sunmakla görevliyken (1961 Anayasası: 49. Madde) 1982 Anayasası ile birlikte devletin görevi sağlık hizmetlerinin planlanması, düzenlemesi ve denetlemesine evrilmiştir. Ayrıca özel sektör aracılığıyla sağlık hizmeti verilmesinin önü açılmıştır (1982 Anayasası: 56. Madde). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989) ve Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) özel hastanelerinin teşvik edilmesi ve sağlık kuruluşlarında işletmecilik uygulamalarının benimsenmesi yer almıştır (DPT, 1984; DPT, 1989). 1994 yılında yayınlanan 4046 sayılı "Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun" ile hastanelerin işletme haklarının özelleştirilmesi imkanı getirilmiştir (Resmi Gazete, 1994). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2001-

2005) sağlık hizmetlerinde verimlilik, etkililik ve kalitenin sağlanabilmesi için hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, hastanelerde gelir gider dengesinin kurulması, hastanelerde çağdaş işletmecilik anlayışı ile yönetim yapısının güçlendirilmesi ve özel sektörün sağlık alanındaki faaliyetlerinin özendirilmesi kararlaştırılmıştır (DPT, 1995; DPT, 2000).

1985 yılından itibaren Türkiye ile Dünya Bankası arasında sağlık alanında finansman, kredi, proje, politika ve reformlar olmak üzere yakın işbirliği kurulmuştur (Savaş, 2020). 2002 yılında Dünya Bankası tarafından Türkiye'nin sağlık sistemine yönelik neoliberal politikalara bağlı reform önerilerini içeren rapor yayınlanmıştır (World Bank, 2003). Söz konusu raporda Sağlık Bakanlığı'nın görevlerini "politika hazırlamak ve sağlık hizmetlerini denetlemek olarak sınırlandırılması, sosyal güvenlik örgütlerinin birleştirilmesi, genel sosyal sağlık sigortası ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi" gibi önerileri bulunmaktadır (Pala, 2003). 2003 yılında tek başına iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından hazırlanan Türkiye Cumhuriyeti 59. Hükümet Programında "Devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir" ibaresi ile özel sektörle işbirliği vurgulanmıştır (Neziroğlu ve Yılmaz, 2013). 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmıştır. Bu dönüşüm programı Dünya Bankası'nın sağlık sektörüne yönelik neoliberal politikalarından yoğun bir şekilde etkilenmiştir. SDP kapsamında "planlayıcı ve düzenleyici bir Sağlık Bakanlığı, genel sağlık sigortası, aile hekimliği, kademeli sevk zinciri, hastanelerin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, kalite ve akreditasyon, sağlık bilgi sistemi" gibi 1990'lı yıllardan beri hem kalkınma planlarında ve hükümet programlarında hem de sağlık politikalarında yapılmaya çalışılan yenilikler SDP ile bir araya getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Şehir hastanelerine giden sürecin ikinci dönemini 2005 yılında "5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa" eklenen 7. Madde ile sağlık alanında KÖİ'nin yasal alt yapısı oluşturulmaya başlanmıştır. 2007 yılında başlayan yasal alt yapı oluşturma süreci 2015 yılına kadar yoğun bir şekilde devam etmiştir. Bu süreçte KÖİ kapsamında şehir hastanelerinin ihale, inşaat ve işletme süreçlerinin mevzuatları hazırlanmıştır (Tablo 9).

2005 yılında 5396 Sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun" kapsamında eklenen "Ek Madde 7" ile sağlık tesislerinin KÖİ ile yapılabilmesi sağlanmıştır. Söz konusu madde ile Hazine arazisi üzerine 49 yılı geçmemek üzere belirli süre ve kira bedeli karşılığında sağlık tesisleri özel sektöre

yaptırılabilecek ve tıbbi hizmetler dışında kalan hizmetler özel sektöre bırakılacaktır. Sağlık Bakanlığı ile özel şirketler arasında yapılacak kamu özel işbirlikleri 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na tâbi olmayacaklardır. Ayrıca damga vergisi ve harçlardan muaf tutulacaktır (Resmi Gazete, 2005).

Tablo 9. Şehir Hastanelerinin Yasal Alt Yapısının Oluşturulduğu Dönem (2005-2015)

Süreçler		Yapılan Düzenlemeler
Şehir Hastanelerinin Politik Alt Yapısının Oluşturulduğu Dönem (2005-2015)	5396 Sayılı Kanun (2005) [Ek Madde 7]	Hazine arazileri üzerine sağlık tesislerini özel sektöre 49 yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir. Bu maddeye göre yapılacak iş ve işlemler damga vergisi harçlardan muaf tutulmuştur. Ayrıca bu ihaleler 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na tâbi değildir.
	Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik (2006)	Sağlık Bakanlığı kamu özel işbirliklerinin düzenlendiği yönetmelik: Sözleşme süresi 49 yılı geçemez. Kira bedeli sözleşmeyle belirlenir. Maliye Bakanlığınca Hazine arazilerini bedelsiz devredilir. Sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi yükleniciye bırakılabilir. Sağlık tesislerindeki tüm tıbbî ekipmanlar ile mefruşatın yüklenici tarafından sağlanır. Anlaşmazlıkların çözümünde Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri görevli ve yetkilidir
	5683 Sayılı Kanun (2007)	Sağlık Bakanlığı'nda "Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı" kuruldu.
	Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)	Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir. Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.
	5510 Sayılı Kanun (Kabul Tarihi: 2006) (Yürürlük Tarihi: 2008)	Özel hastaneler de Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme imzalama hakkı verildi ve böylece hastaların özel hastanelere başvuru yapabilmesi sağlandı.
	663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (2011)	Sağlık Bakanlığı'nın ihtiyacı olan tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini kamu özel ortaklığı modeli veya diğer usuller ile gerçekleştirmek için Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü görevlendirilmiştir.
	Bakanlar Kurulu Programı (2011)	Başbakan Recep Tayyip Erdoğan şehir hastanelerinin ülke geneline yaygınlaştırılmasının planlandığını açıkladı.
	Katma Değer Vergisi Genel Tebliği ve 6288 sayılı Kanun (2012)	Kamu özel işbirlikleri Katma Değer Vergisinden (KDV) muaf tutuldu.
	6428 sayılı Kanun (2013)	Kamu özel işbirliklerinde özel iştirakin yurt dışından aldığı borçlara yönelik devletin "borç üstlenimi" getirildi. İhtilafların çözümünde Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri görevli ve yetkilidir. Ancak, taraflar ihtilafın esasına Türk hukukunun uygulanması ve davanın Türkiye'de görülmesi kaydıyla ihtilafın 4686 sayılı Milletlerarası Tahkim Kanunu çerçevesinde çözümlenebileceğini kararlaştırabilirler.
	Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)	Sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği ile yapılabilmesi için yasal düzenlemeler yapılmış ve toplam 30 bin yatak kapasitesine sahip hastanenin kamu özel işbirliği ile yapılması için süreç başlatılmıştır.
	6527 Sayılı Kanun (2014)	Sağlık alanındaki kamu özel işbirliklerinde mücbir sebepler ve olağanüstü hâllerde sözleşmede değişiklik ve sözleşme bedellerinde güncelleme yapılabilmesinin önü açılmıştır.
	Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği (2014)	Kamu özel işbirliği sözleşmeleri özel hukuk hükümlerine tabidir. Mücbir sebep halleri tanımlanmıştır. Yüklenici, sözleşmeden doğan tüm hak ve sorumluluklarını idarenin onayı ile başka bir gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine devredebilir.
	6639 sayılı Kanun (2015)	21/2/2013 tarihli ve 6428 sayılı Kanunun 4. maddesinde yer alan "davanın Türkiye'de görülmesi" ibaresi metninden çıkarılmıştır.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

2006 yılında çıkartılan "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" ile sağlıkta kamu özel işbirliğinin nasıl yapılacağına yönelik usul ve esaslar belirlenmiştir. Yükleniciye bırakılacak olan tıbbi hizmetler dışında kalan alanlar ve hizmetler tanımlanmıştır. İlgili yönetmeliğin 47. maddesinde anlaşmazlıkların çözümünde Türkiye Cumhuriyeti mahkemelerinin görevli ve yetkili olduğu ve tahkimin Türkiye'de olacağı belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2006).

2007 yılında 5683 Sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile sağlık alanında yapılacak kamu özel işbirliği projelerinin tüm süreçlerini yürütmek üzere Sağlık Bakanlığı'nda "Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı" kurulmuştur (Resmi Gazete, 2007). 2006'da kabul edilen ve 2008 de yürürlüğe giren 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile özel hastaneler de Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme imzalama hakkı verildi ve böylece hastaların özel hastanelere başvuru yapabilmesi sağlandı (Resmi Gazete, 2006). 2011 yılında 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile Bakanlığın ve bağlı kuruluşların ihtiyacı olan tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini kamu özel ortaklığı modeli veya diğer usuller ile gerçekleştirmek için "Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü" görevlendirilmiştir (Resmi Gazete, 2011). Başbakan Recep Tayyip Erdoğan Bakanlar Kurulu Programı'nı açıklarken şehir hastanelerinin ülke geneline yaygınlaştırılmasının planlandığını açıklamıştır (Recep Tayyip Erdoğan, 2011)

2012 yılında Resmi Gazetede yayınlanan "Katma Değer Vergisi Genel Tebliği" ve 6288 sayılı "Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunda ve Kamu İhale Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile diğer alanlardaki kamu özel işbirlikleri ile beraber sağlık alanında yapılan kamu özel işbirliği projeleri de 4 Nisan 2012 tarihinden itibaren katma değer vergisinden istisna tutulmuştur (Resmi Gazete, 2012).

2013 yılında 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile kamu özel işbirliği projelerinde şirketlerin yurt dışından kullanacağı kredilerde borç üstlenimi

getirilmiştir (Resmi Gazete, 2013). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) kamu özel işbirliği ile 30 bin yatak kapasitesine sahip şehir hastanelerinin yapım süreci başlatılacağı açıklanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

2014 yılında 6527 Sayılı "Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"un 23. ve 24. Maddeleri ile sağlık alanındaki kamu özel işbirliklerinde mücbir sebepler ve olağanüstü hâllerde sözleşmede değişiklik ve sözleşme bedellerinde güncelleme yapılabilmesinin önü açılmıştır (Resmi Gazete, 2014). Yine 2014 yılında 6428 sayılı Kanuna dayanarak Sağlık Bakanlığınca "Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği" yayınlanmıştır. İlgili yönetmelikte kamu özel işbirliği sözleşmelerinin özel hukuk hükümlerine tabi olduğu belirtilmiştir. Sözleşmenin değişmesine neden olacak mücbir sebep halleri tanımlanmıştır. Kamu özel işbirliği yapılan yüklenici firma hak ve sorumluluklarını idarenin onayı ile başka firmaya devredebilecektir. Ayrıca bu yönetmelikle anlaşmazlıkların çözümünde Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri görevli ve yetkili olmakla birlikte "Milletlerarası Tahkim Kanunu" çerçevesinde çözümlenme imkanı getirilmiştir (Resmi Gazete, 2014).

2015 yılında 6639 sayılı "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"un 3. Maddesi ile 21/2/2013 tarihli ve 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"un 4 üncü maddesinin on birinci fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan "ve davanın Türkiye'de görülmesi" ibaresi metninden çıkarılmıştır (Resmi Gazete, 2015).

Tablo 10. Şehir Hastanelerinin İhale, İnşaat ve Faaliyete Geçme Dönemi (2015-…)

Süreçler		Yapılan Düzenlemeler
Şehir Hastanelerinin İhale, İnşaat ve Faaliyet Dönemi (2015-…)	2017	Yozgat, Mersin, Isparta ve Adana Şehir Hastaneleri açıldı.
	2018	Kayseri, Manisa, Eskişehir ve Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastaneleri açıldı.
	2019	Ankara Bilkent ve Bursa Şehir Hastaneleri açıldı.
	Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın, 2020 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanun Teklifi hakkındaki sunumu (2019)	Yapılması planlanan 10 şehir hastanesinin kamu-özel işbirliği ile değil genel bütçeden yapılacağını açıkladı. Şehir hastanelerinde acil, poliklinik, yoğun bakım servislerinde hasta ve yatak doluluk garantisinin olmadığını ancak miktara bağlı hizmetlerde (laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri) %70 garantinin verildiğini açıkladı.
	2020	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura, Konya Karatay ve Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastaneleri açıldı.
	2022	Ankara Etlik Şehir Hastanesi açıldı.
	2023	Kocaeli, İzmir Bayraklı, Kütahya ve Gaziantep Şehir Hastaneleri açıldı.

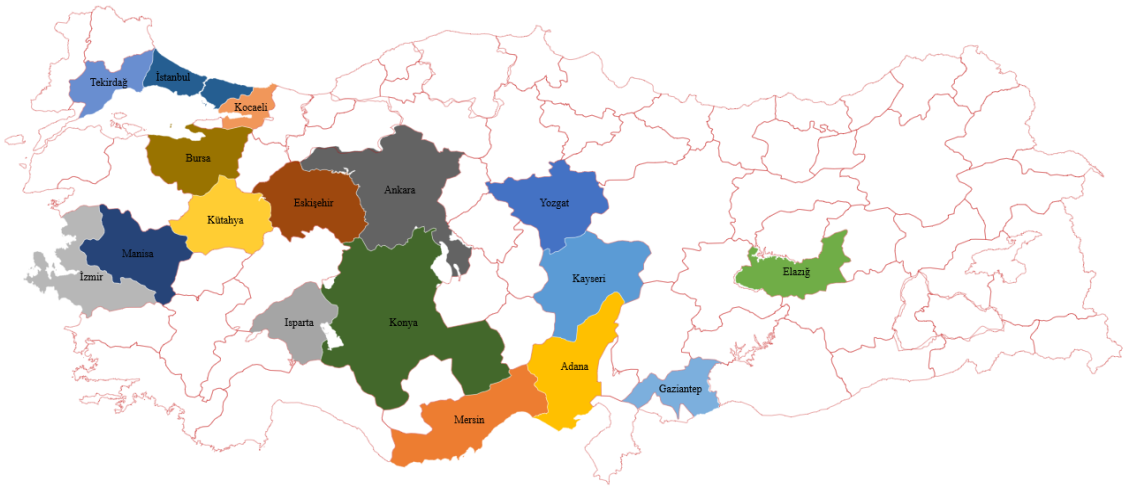
Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Şehir hastanelerine giden sürecinin son dönemi 2015 yılı itibariyle başlanan şehir hastanelerinin ihalesinin, inşaatlarının ve işletme dönemlerini kapsamaktadır (Tablo 10). 2017 yılından günümüze kadar 18 şehir hastanesi KÖİ ile faaliyete geçirilmiştir. Hastanelerin inşaat süresi 3 yıl işletme süresi ise 25 yıldır. Sağlık Bakanı Fahrettin KOCA 2020 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanun Teklifi hakkındaki sunumunda 2019 yılından itibaren yapılması planlanan şehir hastanelerinin genel bütçe kapsamında devletin kendi imkanları ile yapılacağını duyurmuştur (Fahrettin Koca, 2019)

3.2. TÜRKİYE KÖİ İLE YAPILAN ŞEHİR HASTANELERİ

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ile 7 farklı şirket grubu arasında yapılan KÖİ kapsamında 17 ilde 18 şehir hastanesi kurulmuş ve işletilmektedir. KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin bulunduğu iller Şekil 9'da gösterilmiştir.

Şekil 9. KÖİ ile Şehir Hastanesi Yapılan İller



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin hasta yatağı sayısı 475 ile 4050 arasında değişmekte ve toplamda şehir hastanelerinde 28.063 hastane yatağı bulunmaktadır. Hastanelerin tamamında heliport alanı bulunmaktadır. Şehir hastanelerinin tamamı depreme dayanıklı olarak yapılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın 2013/3 sayılı genelgesi kapsamında 1. ve 2. deprem bölgesinde yer alan şehir hastanelerinde sismik izolatörler kullanılarak depreme dayanıklı binalar inşa edilmiştir. Ankara, İzmir, İstanbul, Gaziantep ve Kütahya illeri dışındaki şehir hastanelerinin inşaatı ortalama üç yılda tamamlanmıştır. Şehir hastanelerinin tamamı 25 yıl boyunca Sağlık Bakanlığı ile özel şirket tarafından birlikte işletilecektir. Şehir hastanelerinin yatırım tutarı 184 Milyon USD Dolar ile 1.560 Milyon USD Dolar arasında değişmekte olup toplam yatırım tutarı 10.264 Milyon

Dolardır. Sağlık Bakanlığı ile sözleşme imzalayarak şehir hastanesini inşa eden ve 25 yıl boyunca işletme hakkı olan şirketler: Rönesans Holding (6), Akfen İnşaat (3), YDA Group (3), CCN Group (2), Gama Holding & Türkerler Holding (2), Türkerler Holding & Astaldi (1) ve Güriş Holding (1) (Tablo 11).

Tablo 11. Kamu-Özel İşbirliği ile Kurulan Hastanelerin Özellikleri

Şehir Hastaneleri (ŞH)	Yatak Sayısı	Toplam Arsa Alanı (m2)	Kapalı İnşaat Alanı (m2)	Heliport Alanı Sayısı	Sismik İzolatör Sayısı	Yapım Yılı	İşletme Süresi (Yıl)	Yatırım Tutarı (Milyon $USD)	Özel Şirket
Yozgat ŞH	475	118.000	142.000	1	-	2015-2017	25	184	Rönesans Holding
Mersin ŞH	1.293	233.000	374.813	1	-	2014-2017	25	384	CCN Group
Isparta ŞH	755	178.651	221.353	1	897	2014-2017	25	318	Akfen İnşaat
Adana ŞH	1.550	318.500	550.000	1	1.512	2015-2017	25	687	Rönesans Holding
Kayseri ŞH	1.607	281.480	466.379	1	-	2018	25	498	YDA Group
Elazığ Fethi Sekin ŞH	1.038	347.500	360.000	1	872	2015-2018	25	391	Rönesans Holding
Manisa ŞH	558	179.559	178.000	1	733	2016-2018	25	218	YDA Group
Eskişehir ŞH	1.081	188.835	333.303	1	973	2015-2018	25	512	Akfen İnşaat
Ankara Bilkent ŞH	4.050	674.000	1.312.358	2	-	2013-2019	25	1.289	CCN Group
Bursa ŞH	1.355	745.000	465.000	1	859	2016-2019	25	399	Rönesans Holding
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura ŞH	2.682	789.031	1.000.000	3	2.068	2016-2020	25	1.560	Rönesans Holding
Konya Karatay ŞH	1250	197.280	421.566	1	-	2017-2020	25	269	YDA Group
Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu ŞH	566	114.313	159.325	1	651	2016-2020	25	259	Akfen İnşaat
Ankara Etlik ŞH	4.050	1.022.000	1.145.129	4	-	2013-2022	25	1.167	Türkerler Holding & Astaldi
Kocaeli ŞH	1.218	368.600	388.000	1	1.069	2017-2023	25	396	Gama Holding& Türkerler Holding
İzmir Bayraklı ŞH	2060	622.530	633.000	2	1.301	2015-2023	25	614	Gama Holding& Türkerler Holding
Kütahya ŞH	600	182.000	182.078	1	506	2017-2023	25	187	Güriş Holding
Gaziantep ŞH	1.875	330.009	638.000	1	-	2013-2024	25	932	Rönesans Holding
Toplam	28.063	6.890.288	8.970.304	25	11.441	-	-	10.264	-

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020; Rönesans Holding, 2023; Akfen İnşaat, 2023; YDA Group, 2023; CCN Group, 2023; Türkerler Holding, 2023; GAMA Holding, 2023; Toker, 2022 kaynaklarından yararlanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre genel bütçe kapsamında toplam 16.812 yatak kapasiteli 17 şehir hastanesi yapılması planlanmaktadır. Bu hastanelerin 6 tanesi yapımı tamamlanmış ve hizmete açılmıştır. Hizmete alınan hastanelerinin yatak kapasitesi 4.562'dir. İhalesi tamamlanan 2 hastanenin yatak kapasitesi toplam 1.850, ihale

aşamasında olan 6 hastanenin yatak sayısı 6.500 ve proje aşamasında olan 3 hastanenin yatak sayısı ise 3.900'dür (Sağlık Bakanlığı, 2020)

Tablo 12. Genel Bütçe Kapsamında Yapılan ve Yapılacak Olan Şehir Hastaneleri

Hizmete Alınan Şehir Hastaneleri	Yatak Sayısı
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	850
Erzurum Şehir Hastanesi	700
İstanbul Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi	1.105
İstanbul-Kadıköy Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	758
İstanbul Okmeydanı Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi	749
Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi	400
İhalesi Tamamlananlar Şehir Hastaneleri	Yatak Sayısı
Aydın Şehir Hastanesi	950
Samsun Şehir Hastanesi	900
İhalesi Aşamasında Olan Şehir Hastaneleri	Yatak Sayısı
Antalya Şehir Hastanesi	1.000
Denizli Şehir Hastanesi	1.000
Ordu Şehir Hastanesi	900
Sakarya Şehir Hastanesi	1.000
Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1.700
Trabzon Şehir Hastanesi	900
Proje Aşamasında Olan Şehir Hastaneleri	Yatak Sayısı
Diyarbakır Kayapınar Şehir Hastanesi	1.000
İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (1.Etap)	2.100
Rize Şehir Hastanesi	800
Toplam	16.812

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020.

İKİNCİ BÖLÜM

KURUMSAL MANTIK

Tezin konusu sağlık alanında KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde bir arada bulunan farklı kurumsal mantıkların yönetilmesidir. Bu bağlamda tez yeni kurumsal kuram literatürüne dayanmaktadır. Bu nedenle öncelikle yeni kurumsal kuram hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra kurumsal mantıklar açıklanmıştır. Son olarak sağlık alanında kurumsal mantıklara yönelik araştırmalara yer verilmiştir.

1. YENİ KURUMSAL KURAM

Modern örgüt teorileri genellikle, örgütlerin yapı ve davranış farklılıklarını ve çeşitliliklerini açıklamaya çalışmaktadır. Bu durum Hannan ve Freeman'ın (1977: 936) makalesinde "Neden bu kadar çok örgüt türü var?" sorusuyla tartışılmaktadır. Çok farklı örgütsel yapıların ortaya çıkmasında çevresel değişikliklerin örgütsel yapıyı etkilediği ve örgütsel biçimlerin hayatta kalıp kalmayacağı, çevrenin doğasına ve rekabetçi duruma bağlı olduğu kabul edilmiştir. Bu kabul, koşul bağımlılık kuramının temel tezini oluşturmaktadır. Koşul bağımlılık kuramının temel argümanı; örgütlerin başarılı olabilmeleri ve hayatta kalabilmeleri çevresel koşulların belirsizlik düzeyi, kullandıkları teknoloji, uyguladıkları rekabet stratejileri ve örgütsel büyüklükleri gibi koşullara sağladıkları uyumun düzeyine bağlı olmasıdır. Örgütler, bağlı oldukları koşullara uyum sağlamak için farklı örgütsel yapılar geliştirmekte ve bu durum örgütsel yapıların çeşitliliğine neden olmaktadır (Sayılar, 2017: 91-92). Dolayısıyla her koşulda geçerli, etkili ve en iyi örgütlenme biçimi yoktur (Galbraith, 1973: 2).

Yeni kurumsal kuram, koşul bağımlılık kuramının çevre, teknoloji, strateji ve büyüklük koşullarının örgütsel yapıyı etkilediği ve bu nedenle örgütsel yapıların farklılaştığı tezine (Pfeffer, 1997: 160) karşı geliştirilen bir kuramdır (Özen, 2020: 241). Yeni kurumsal kuramın temel sorusu DiMaggio ve Powel, (1983: 148) tarafından şu şekilde sorulmuştur: örgütsel biçimler ve uygulamalarda neden bu kadar şaşırtıcı bir homojenlik vardır? Dolayısıyla yeni kurumsal kuram örgütsel yapının çeşitliliğini değil, zamanla homojen yani benzer hale gelmesini açıklamaya çalışmaktadır.

Kurumsal kurmanın tarihi, Max Weber ve Emile Durkheim'a dayanmakla birlikte yeni kurumsal kuram, Meyer ve Rowan (1977) ile DiMaggio ve Powell'ın (1983) araştırmalarına dayanmaktadır (Suddaby, 2010: 16; Lawrence ve Shadnam, 2008: 2290; DiMaggio ve Powell, 1991: 12). Meyer ve Rowan (1977), modern toplumlarda örgütlerin,

oldukça kurumsallaşmış bir bağlamda faaliyetlerini sürdürdüklerini savunmuştur. Örgütler, rasyonel olarak verimli olmasa da meşruiyet kazanmak, kaynaklara ulaşabilmek, istikrar sağlayabilmek ve hayatta kalabilmek için yapılarını kurumsal bağlamla uyumlu hale getirmeye çalışmaktadırlar. DiMaggio ve Powell (1983) ise örgütlerin meşruiyet kazanmak için zorlayıcı, taklitçi ve normatif olarak kurumsal eşbiçimli (izomorfizm) hale geldiklerini ifade etmişlerdir. Bu üç süreç aracılığıyla, kurumsallaşmış alanlar örgütleri daha benzer hale getirdiği öne sürülmektedir.

1970'lerde gelişmeye başlayan yeni kurumsal kurama göre, örgütlerin içinde olanların, örgütlerin meşgul oldukları nesnel görevlerle çok az, içinde yer aldıkları kurumsal bağlamla daha çok ilgisi olduğu ileri sürmektedir. Yeni kurumsal kuramın savunucuları (Meyer ve Rowan, 1977; DiMaggio ve Powell, 1983, 1991), örgütsel verimliliği artırmasa bile kurumsal baskılar nedeniyle örgütlerin zamanla birbirine daha çok benzeme eğilimi gösterdiğini varsaymaktadırlar. Yeni kurumsal kuram, örgütlerin neden genellikle birbirine benzediğini ve yöneticilerin neden farklı endüstrilerde geliştirilen idari uygulamaları benimsediğini açıklamaya yardımcı olmuştur (Palmer, Biggart ve Dick, 2008: 739-744).

Yeni kurumsal kuram sosyal çevreyi, insan ve grupların davranışlarını, uygulamalarını ve fikirlerini etkileyen bir unsur olarak görmektedir. Bireyler ve örgütler toplumsal kurumlardan, ulus devletler ise dünya toplumundan etkilenmektedir (Meyer, 2008: 792). Kurumsal kuram, sosyal dünyanın kurumlar tarafından oluşturulduğunu kabul etmektedir. Kurumlar, toplumsal düzenin içinde inşa edildikleri ve toplumsal yaşamın akışını yönlendirdikleri için sosyal dünyayı açıklamada ana unsurlardır. Kurumsal bağlamlar, sosyal aktörler için bilişsel çerçeveler sağlar ve bu çerçeveler eylemi hem kısıtlar hem de etkinleştirir. Aynı zamanda kurumsal bağlamlar dünyayı anlaşılır hale getirmekte ve bireylerin eylemlerini anlamlı kılmaktadır (Lawrence ve Shadnam, 2008: 2289).

Yeni kurumsal kuramın "kurum, kurumsallaşma, örgütsel alan, meşruiyet, eşbiçimlilik (izomorfizm)" gibi temel kavramları bulunmaktadır. Kurum, toplumsal olarak inşa edilmiş belirli bir konum veya özellik kazanan toplumsal bir kalıptır (Jepperson, 1991: 145). Kurum, birey ve örgütlerin faaliyetlerini algılamasını, sınıflandırmasını, anlam ve değer kazanmasını sağlayan, seçimleri için referans çerçevesi sağlayan, temel sembol ve metaforları birleştiren bir yönetim sistemini temsil etmektedir (Thornton, Ocasio ve Lounsbury, 2012: 54). Kurumlar, hem bireylerin ve örgütlerin

zaman ve mekân içinde maddi yaşamlarını kategorize ettikleri, anlam kazandıkları ve yürüttükleri uluslar üstü faaliyet kalıpları ve sembolik sistemler olarak tanımlanabilir (Friedland ve Alford, 1991: 231). Sosyal kurumlar, toplumun temel ihtiyaçlarını karşılayan faaliyetleri düzenleyen değerlerden, normlardan, statülerden ve rollerden gelişen düzenli sosyal ilişkilerdir (Tischler, 2007: 123). Kurumlar, aktörlerin eylemlerinin koşullarını belirleyen kalıcı kurallar, uygulamalar ve yapılardır. Kurumlar, belirli sosyal bağlamlar içinde yer alırlar ve bu bağlamlar içinde eylemi koşullandırırlar (Lawrence ve Shadnam, 2008: 2289).

Scott, (1995) kurumların "bilişsel, ahlaki ve kuralcı" olmak üzere üç boyutunun olduğunu ifade etmiştir. Kurumların bilişsel boyutu, kurumların toplumda görünür ve yaygın olmasını ve toplum tarafından kanıksanmış olmasını ifade etmektedir. Toplumda yaygın, görünür ve kanıksanmış olan kurumlar örgütler tarafından taklit edilerek benimsenmektedir. Kurumların ahlaki boyutu, işlerin nasıl yapılması gerektiğine yönelik arzu edilen davranış önermelerinde bulunmakta hem değerleri hem de normları içermektedir. Bu nedenle normatif kurallar genellikle sosyal davranışa kısıtlamalar getirirken aynı zamanda, sosyal eylemi güç ve etkinlik kazandırmaktadır. Aktörler, kurumlara bireysel çıkarlarına hizmet ettiği için değil, kendilerinden beklendiği için mecburen uyum sağlarlar. Kurumlar davranışı kısıtlar ve düzenler. Bu durum kurumların kuralcı boyutunu göstermektedir. Kurumların kuralcı boyutu, kurallar oluşturma, bu kurallara uyulmasını denetleme ve yaptırım uygulama kapasitesini içerir. Yaptırımlar toplum tarafından ayıplanma olabileceği gibi yasa, yönetmelik gibi resmiyet içeren yaptırımlar olabilir. Dolayısıyla aktörler yaptırımlardan kaçınmak için kurumlara uyum sağlarlar (Scott, 1995: 35-45)

Kurumsallaşma kavramını, "sosyal süreçlerin, yükümlülüklerin veya gerçeklerin sosyal düşünce ve eylemde kural benzeri bir statü kazanmaya başladığı süreç" olarak tanımlamak mümkündür (Meyer ve Rowan, 1977: 341). Kurumsallaşma, bir sosyal düzen veya örüntünün belirli bir konum veya özellik kazanma yani kurum haline gelme sürecidir (Jepperson, 1991: 145). Kurumsallaşma, kalıcı sosyal grupların oluşturulması ve sürdürülmesinde temel bir süreç olarak tanımlanabilir. Bir kurum, bir kurumsallaşma sürecinin sonucu ya da son halidir. Kurumları oluşturan alışılmış eylemlerin türleri her zaman paylaşılan ve benimsenen eylemlerdir. Alışılmış eylemler, ampirik olarak geliştirilen ve tekrar eden sorunları çözmek için bir aktör veya aktör seti tarafından benimsenen davranışları ifade etmektedir (Berger ve Luckman, 1991: 72). Kurumsal

kurama göre ise kurumsallaşma "yeni örgütsel biçimlerin, yönetim uygulamalarının ve örgütsel alanların ortaya çıkması, benimsenmesi ve kalıcı hale gelmesi" olarak tanımlanabilir (Çakar ve Danışman, 2017: 269).

Kurumsallaşma bir süreçtir. Zaman içinde bir örgütün kendine özgü tarihini, çalışanlarını, bünyesinde barındırdığı gruplarını ve oluşturdukları kazanılmış menfaatlerini ve çevreye uyum sağlama şeklini yansıtan bir şeydir. Örgütler, belirli hedeflere araç olarak tasarlanmış teknik araçlar olmakla birlikte yeni uygulamaların kurumsallaşması "teknik gereksinimlerinin ötesinde değerlerle aşılanmış olmasıdır" (Selznick, 1957: 16-17).

Tolbert ve Zucker (1996) tarafından kurumsallaşmanın temel süreçlerinin ardışık bir şekilde "alışma (habitualization), nesnelleştirme (objectification) ve çökelme (sedimentation)" olduğu öne sürülmüştür. Örgütün faaliyet gösterdiği pazardaki değişimlerin, teknolojik gelişmelerin ve yasal zorunlulukların ortaya çıkardığı sorunlara veya baskılara çözüm olarak yeni uygulamalar ortaya çıkmaktadır. Örgütler kurumsallaşma öncesi olarak kabul edilen bu süreçte kendileri yeni uygulamalar geliştirdiği gibi diğer örgütlerin uygulamalarını da benimseyebilir. Kurumsallaşma öncesi aşamada, belirli bir yapıyı benzer koşullarla karşı karşıya kalan, muhtemelen birbirine bağlı birden fazla benimseyen örgüt olabilir. Yeniliğin genel faydası konusunda bir fikir birliği olmadığından örgütsel karar vericiler arasında bunun gerekliliği konusunda pek bir fikir yoktur. Bu nedenle yeni uygulamayı benimseyen örgütlerin sayısı nispeten az ve uygulama şekli olarak önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Kurumsallaşmanın ilk aşaması olan "alışma" aşamasında yeni uygulamalara yönelik kalıplaşmış davranış biçimleri oluşmaya başlamaktadır. Nesneleşme aşamasında yeni uygulamalar daha kalıcı ve yaygın bir statü kazanarak örgütler arasında yayılmamaktadır. Yeni uygulamaları ve yapıyı benimseyen örgütlerin sayısı arttıkça, karar vericilerin maliyet ve faydalar arasındaki göreceli dengeyi daha olumlu olarak algılayacaklardır. Nesneleştirme, bir yapının değeri konusunda örgütsel karar vericiler arasında bir dereceye kadar sosyal fikir birliğinin gelişmesini ve bu fikir birliğine dayanarak kuruluşlar tarafından giderek daha fazla benimsenmesini içermektedir. Çökelme aşaması, yeni davranış, uygulama veya yapının dışsallık özelliği kazanmış ve bir gerçek olarak kabul edilmektedir. Bu aşamada karşıt grupların direnci düşük, savunucu grupların sürekli kültürel desteği ve teşviki bulunmakta ve arzu edilen sonuçlara ulaşılmaktadır (Tolbert ve Zucker, 1996: 180-184; Çakar ve Danışman, 2017: 270-271).

Yeni kurumsal kuramın önemli kavramlarından biri de "örgütsel alan" kavramıdır. DiMaggio ve Powell (1983: 148) örgütsel alanın, "bir bütün olarak fark edilir bir kurumsal yaşamı oluşturan, birbiriyle etkileşim ve rekabet halinde olan kilit tedarikçiler, müşteriler, tüketiciler, düzenleyici kurumlar ve benzer hizmetler veya ürünler üreten diğer örgütleri" kapsadığını belirtmektedir. Yaşam döngülerinin ilk aşamalarında, örgütsel alanlar yaklaşım ve biçim açısından önemli çeşitlilik gösterir. Bununla birlikte, zaman içerisinde bir örgütsel alan yerleşik olarak kalıcı hale geldiğinde hem mevcut örgütler hem de örgütsel alana yeni giren örgütler yapılarını ve faaliyetlerini benzer diğer bir deyişle eşbiçimli (izomorfizm) hale getirir. Scott'a (1995) göre ise örgütsel alan "belirli bir ortak anlam sistemini paylaşan ve birbirleriyle daha sık ve kaçınılmaz biçimde etkileşime giren bir örgütler topluluğu" olarak tanımlanmaktadır (Scott, 1995: 56).

Yeni kurumsal kurama göre örgütlerin birbirine benzer olmasının temeli eşbiçimlilik (izomorfizm) kavramıyla açıklanmaktadır. DiMaggio ve Powell (1983: 148) örgütleri benzer hale getiren "zorlayıcı, taklitçi ve ahlaki" olmak üzere üç eşbiçimlilik mekanizması olduğunu öne sürmektedir. Zorlayıcı eşbiçimlilik, örgütlerin bağımlı oldukları diğer örgütler tarafından uygulanan hem biçimsel hem de biçimsel olmayan baskılara ve içerisinde bulunduğu toplumun kültürel beklentilerine bağlı olarak eşbiçimli hale gelmesidir. Bununla birlikte, tüm kurumsal eşbiçimlilik, zorlayıcı otoriteden kaynaklanmaz. Özellikle belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda, teknolojik değişimlerin hızlı olduğunda, çevresel değişimlerin hedefleri belirsizleştirdiğinde, örgütler kendilerini diğer örgütleri taklit ederek modellemeye çalışmaktadır. Örgütler, meşru veya başarılı olarak kabul ettikleri benzer örgütlerin uygulamalarını benimseyerek taklitçi bir biçimde eşbiçimli hale gelir. Diğer bir deyişle taklitçi eşbiçimlilik, örgütlerin belirsizliğin yüksek olduğu durumlarda kurumsallaşmış uygulamaları taklit etmesi sonucunda oluşur. İzomorfik örgütsel değişimin üçüncü bir kaynağı normatiftir ve esas olarak profesyonelleşmeden kaynaklanır. Profesyonelleşme, bir örgüt üyelerinin çalışma koşullarını ve yöntemlerini tanımlayarak, mesleki özerklikleri için bilişsel bir temel ve meşruiyet oluşturarak örgütsel uygulamaları eşbiçimli hale getirmektedir. Buna ahlaki eşbiçimlilik denir (DiMaggio ve Powell, 1983: 149-153).

Örgütler yalnızca kaynaklar ve müşteriler için değil, aynı zamanda ekonomik uygunluk kadar sosyal uygunluk ve örgütsel meşruiyet için de rekabet etmektedir (DiMaggio ve Powell, 1983: 149). Bir yenilik yayıldıkça, uygulamayı benimsemenin

performansı iyileştirmesinden ziyade sağladığı meşruiyete odaklanılmaktadır (Meyer ve Rowan, 1977). Suchman (1995: 574) tarafından meşruiyet, "bir varlığın eylemlerinin sosyal olarak inşa edilmiş bazı normlar, değerler, inançlar ve tanımlar sistemi içinde arzu edilir, uygun ve doğru olduğuna dair genelleştirilmiş bir algı veya varsayım" olarak tanımlanmaktadır. Suchman'a (1995) göre; "faydacı, ahlaki ve bilişsel" olmak üzere üç meşruiyet türü bulunmaktadır. Faydacı meşruiyet, örgütünü herhangi bir uygulamanın olumlu değişimler sağladığına inandıkları için değil, örgüte çıkar sağladığı için benimsenmesidir. Ahlaki meşruiyet, belirli bir faaliyetin fayda sağlayıp sağlamadığına ilişkin yargılardan ziyade faaliyetin "yapılacak doğru şey" olup olmadığı hakkındaki yargılara dayanır. Bilişsel meşruiyet ise alternatifler düşünülemez veya tartışılmaz hale geldiğinde ortaya çıkan meşruiyet türüdür. Her üç meşruiyet tipi de örgütsel faaliyetlerin arzu edilir, uygun veya sosyal olarak inşa edilmiş bazı normlar, değerler, inançlar ve tanımlar sistemi içinde uygun olduğuna dair genelleştirilmiş bir algı veya varsayım içerir. Bununla birlikte, her bir meşruiyet türü farklı bir davranış dinamiğine dayanmaktadır (Suchman, 1995: 578-583).

Yeni kurumsal kuramda örgütlerin kurumsal baskılara ve beklentilere verdikleri yanıtların her zaman pasif olduğu ve örgütlerin genellikle kurumsal baskılara uyum sağlamaya çabalayarak meşruiyet kazanmaya çalıştığı varsayımına karşı olarak Oliver (1991) örgütlerin söz konusu baskılara aktif örgütsel davranış da gösterebileceğini ileri sürmüştür. Oliver (1991) araştırmasında kurumsal baskıların doğasına ve içeriğine bağlı olarak örgütlerin pasif uygunluktan aktif dirence kadar değişen "uyma, uzlaşma, kaçınma, karşı koyma, manipüle etme" olmak üzere beş temel stratejiyi uyguladıklarını göstermiştir. Bu strateji ve taktikler kurumsal baskılara ve beklentilere yanıt olarak örgütlerin sergileyebileceği davranış repertuarları olarak kabul edilmektedir (Oliver, 1991: 159). Bu stratejiler Tablo 13'te açıklanmıştır.

Kurumsal kurallara ve beklentilere uymanın veya direnmenin altında yatan teorik mantık, örgütlerin kurumsal çevreye uyum sağlama konusundaki hem istekliliğine hem de yeteneğine bağlıdır. Bununla birlikte uyum sağlamaya yönelik kurumsal baskılara verilen örgütsel tepkiler, bu baskıların neden uygulandığına, bunları kimin uyguladığına, bu baskıların ne olduğuna, nasıl veya hangi araçlarla uygulandığına ve nerede meydana geldiklerine bağlı olarak değişmektedir. Uygunluk gereksinimlerini karşılamak için örgütsel kaynakların yetersiz olması, kurumsal beklentilerin farkında olunmaması, örgütlerin kurumsal gereksinimlere uyma yeteneğini sınırlandırmaktadır. Örgütlerin hem

kendine özgü sınırlılıkları hem de bulunduğu kurumsal alana bağımlılık derecesi kurumsal baskı karşısında kullandıkları stratejilerin farklılaşmasına neden olmaktadır (Oliver, 1992: 159).

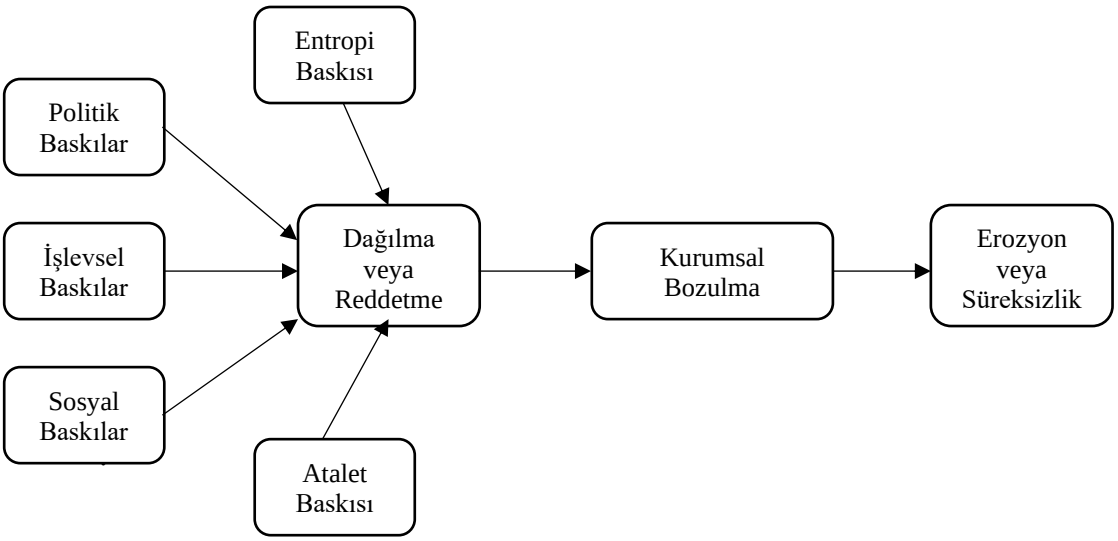
Tablo 13. Kurumsal Süreçlere Yönelik Stratejik Yanıtlar

Stratejiler	Taktikler	Açıklama
Kabullenmek (Acquiesce)	Alışkanlık	Olduğu gibi kabul edilen kurallara veya değerlere bilinçsiz veya körü körüne bağlılık anlamına gelir.
	Taklit etmek	Kurumsal modellerin bilinçli veya bilinçsiz olarak taklit edilmesini ifade eder.
	Uymak	Değerlere, normlara veya kurumsal gereksinimlere bilinçli itaat veya bunların benimsenmesi olarak tanımlanmaktadır.
Uzlaşmak (Compromise)	Denge kurmak	Dengeleme taktikleri, kurumsal baskılara ve beklentilere yanıt olarak birden fazla talebin uyumlaştırılmasını ifade eder.
	Pasifleştirme	Pasifleştirme taktikleri bir veya daha fazla kurumsal baskılara ve beklentilere karşı uygulamalarında kısmi düzenlemeler yapmasıdır.
	Pazarlık etmek	Pazarlık taktikleri, örgütün talep ve beklentileri konusunda dış bir unsurdan bazı tavizler koparma çabasını içerir.
Kaçınmak (Avoid)	Gizlemek	Örgütlerin kurumsal baskılardan kaçınmak için uygunsuzlukların gizlenmesidir. Örneğin bir örgüt, kurumsal talepleri uygulama niyetinde olmadığı gerçeğini gizlemek amacıyla kurumsal gereksinimlere yanıt olarak ayrıntılı rasyonel planlar ve prosedürler oluşturabilir. Kağıt üzerinde benimsiyor gibi gösterebilir.
	Tampon	Bir örgütün teknik faaliyetlerini dış temastan kısmen ayırarak dışarıdan denetlenme, incelenme veya değerlendirilme kapsamını azaltma girişimini ifade eder. Dış müdahaleyi en aza indirip verimliliği en üst düzeye çıkarmak amaçlanır.
	Kaçış	Örgütün uyum sağlamaya yönelik kurumsal baskılara karşı kendi hedeflerini, faaliyetlerini ve alanını önemli ölçüde değiştirmesi veya baskının uygulandığı alandan tamamen çıkmasıdır.
Karşı koymak (Defy)	Önemsememek	Açık norm ve değerleri göz ardı etmek
	Karşı çıkmak	Örgütler rasyonel kanıtlar sunarak kurumsal çevrenin rasyonelleştirilmiş normlarına veya kolektif kurallarına itiraz ederek yeni önerilerde bulunmasıdır.
	Saldırmak	Örgütler, kurumsal değerler ve beklentilerin örgüt için olumsuz sonuçlar doğurduğunda, itibarını zedelediğinde, sahip olduğu haklarını, ayrıcalıklarını ve özerkliğini zedelediğinde kurumsal baskı kaynaklarına saldırma stratejisi kullanması muhtemeldir.
Manipülasyon (Manipulate)	İşbirliği	İşbirliği taktiklerinin amaçlanan etkisi kurumsal muhalefeti etkisiz hale getirmek ve meşruiyeti arttırmaktır. Kurumsal bağlantıların fırsatçı kullanımı aynı zamanda koalisyon oluşturma süreçlerinde ve kurumsal bağların, kaynak ve onay almayı umduğu diğer dış bileşenlere örgütün değerliliğini ve kabul edilebilirliğini göstermek için stratejik kullanımında da ortaya çıkar.
	Etkilemek	Etkileme taktikleri genel olarak kurumsallaşmış değerlerin, inançların, kabul edilebilir uygulamaların veya performans kriterlerinin değişiklik yapılmasına yönelik lobi yapma çabalarını ifade etmektedir.
	Kontrol	Kontrol taktikleri, kuruluş üzerinde baskı uygulayan dış unsurlar üzerinde güç ve hakimiyet kurmaya yönelik özel çabalardır. Kontrol taktiklerini uygulayan örgütün amacı, kurumsal kaynakları veya süreçleri etkilemek, şekillendirmek veya etkisiz hale getirmekten ziyade hakimiyet kurmaktır. Kurumsal beklentilerin başlangıç aşamasında olduğu, yerelleştiği veya zayıf bir şekilde teşvik edildiği durumlarda kuruluşların kontrol taktiklerini kullanma olasılığı daha yüksektir.

Kaynak: Oliver, 1991: 152-159.

Kurumsallaşmış örgütsel davranışlar, "eldeki görevin teknik gerekliliklerinin ötesinde değerle aşılanmış" istikrarlı, tekrarlayan ve kalıcı faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (Selznick, 1957: 17). Yeni kurumsal kuram örgütlerin kurumsal çevrenin normlarına ve beklentilerine uyum sağlayarak sosyal kabul ve onay elde ettiği ve meşruiyet kazandığını vurgulamaktadır (Meyer ve Rowan, 1977). Yeni kurumsal kuramda kurumsallaşma süreci Tolbert ve Zucker (1996) tarafından açıklanmış olmakla birlikte yerleşik veya kurumsallaşmış bir örgütsel uygulamanın meşruiyetinin aşındığı veya sona erdiği süreç göz ardı edilmiştir. Oliver (1992) kurumsal teoride kurumsallaşmış örgütsel davranışların kültürel sürekliliği ve kalıcılığı üzerine yapılan vurgunun aksine, çeşitli koşullar altında bu davranışların dağılmaya, reddedilmeye veya değiştirilmeye oldukça duyarlı olacağını öne sürmektedir. Bu durumu ifade etmek için kurumsal bozulma (Deinstitutionalization) kavramını kullanmıştır. Kurumsal bozulma, yerleşik veya kurumsallaşmış bir örgütsel uygulamanın meşruiyetinin aşındığı veya sona erdiği süreç olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişler kurumsal bozulma, örgütsel zorluklar veya örgütlerin daha önce meşrulaştırılmış veya kabul görmüş örgütsel eylemleri yeniden üretmedeki başarısızlığının bir sonucu olarak yerleşik bir örgütsel uygulamanın veya prosedürün meşruiyetini kaybetmesini ifade etmektedir. (Oliver, 1992: 563-564).

Şekil 10. Kurumsal Bozulmaya Yönelik Baskılar



Kaynak: Oliver, 1992: 567.

Oliver (1992) makalesinde, kurumsallaşmış örgütsel uygulamaların gözden düşmesine veya kullanılmamasına neden olduğu varsayılan örgüt içi (entropi ve atalet baskıları) ve örgüt dışındaki (politik, işlevsel ve sosyal baskılar) kurumsallaşmanın belirleyicileri olarak öne sürmektedir. Bu beş baskı birlikte kurumsallaşmış bir örgütsel

uygulamanın dağılma veya reddedilme olasılığını belirlemektedir. Dağılma, belirli bir kurumsallaşmış uygulamanın kabulünde ve kullanımında kademeli bir bozulmayı ifade etmektedir. Reddetme ise uzun süredir devam eden bir geleneğin veya yerleşik bir faaliyetin geçerliliğine yönelik daha doğrudan bir saldırıdır. Dağılma ve reddetme ile birlikte kurumsal bozulma meydana gelmektedir. Kurumsal bozulmanın ampirik göstergeleri ise yerleşik bir örgütsel faaliyetin yaygınlığının önemli bir şekilde azalması veya kullanımının süreksiz hale gelmesidir.

Kurumsallaşmış örgütsel davranışlar, verimlilik veya teknik fayda dışındaki nedenlerle varlığını sürdüren davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar kurumsal davranışların sürekliliğine vurgu yapılsa da sosyal meşruiyetlerinin veya gerçeğe benzer statülerinin hem örgüt içi hem de örgüt dışı teknik veya verimlilikle ilgili baskılar nedeniyle dağılma veya reddetme ortaya çıkabilmektedir. Bu durum kurumsal bozulmaya neden olabilmektedir. Sonuç olarak kurumsal bozulma sürecinde kurumsallaşmış örgütsel davranışlarda erozyon veya süreksizlik ortaya çıkmaktadır (Oliver, 1992:585).

Yeni kurumsal kuram çalışmalarında kurumsal değişimi açıklamak için daha sonraki süreçte kurumsal mantık kavramı (Friedland ve Alford 1991; Thornton ve Ocasio 1999) kurumsal teorinin merkezi haline gelmiştir (Goodrick ve Reay, 2011: 373). Kurumsal teorinin kurumsal mantıklarla ilgili temel varsayımı, bir profesyonel veya örgütsel gruba bağlı aktörlerin o grubun birincil mantığına sıkı sıkıya bağlı kalacağıdır (McPherson ve Sauder, 2013: 181). Kurumsal mantık kavramı, sosyal bağlamın önemini vurgulama girişimlerinin bir parçası olarak Friedland ve Alford (1991) tarafından kurumsal teoriye dahil edilmiştir. Friedland ve Alford (1991) sosyal aktörlerin davranışsal repertuarını "bir dizi maddi pratik ve sembolik yapı" ile ilişkili merkezi bir mantıkla karakterize edildiğini ileri sürmüşlerdir. Araştırmanın temel konusu olan kurumsal mantıklar sonraki bölümde daha detaylı olarak açıklanmaya çalışılmıştır.

2. KURUMSAL MANTIKLAR

Kurumsal mantıklar, bireysel tercihleri ve örgütsel çıkarları biçimlendiren ve bu kurumları benimseyen bireyler için davranış repertuarları oluşturan sembolik sistemler ve faaliyet kalıplarıdır (Friedland ve Alford, 1991: 232). Kurumsal mantık, karar vericilere örgütün görevlerini yerine getirme ve bu süreçte sosyal statü, güven ve ödül sağlama konusunda yol gösteren ve kısıtlayan eylem, etkileşim ve yorumlamanın resmi ve gayri resmi ilkeleridir. Kurumsal mantık hem maddi hem de simgeseldir. Kurumsal mantıklar hem bir eylem mantığı sağlar hem de çeşitli örgütsel durumlarda ortaya çıkan karışık

koordinasyon, pazarlık ve uyuşmazlıkların nedenlerini yapılandırıp düzenleyen bir dizi kültürel ve maddi değerleri içermektedir (Ocasio, 1997: 196). Kurumsal mantıklar hem bireyleri, örgütleri ve toplumu oluşturmakta hem de bireysel davranışın araçlarını ve amaçlarını sınırlamaktadır. Ancak, kurumlar eylemleri kısıtlarken, aynı zamanda dönüşüm ve değişim kaynakları da sağlamaktadır. Farklılaşmış kurumsal mantık setinin doğasında bulunan çelişkiler bireylere, gruplara ve örgütlere bireysel kimlikleri, örgütleri ve toplumu dönüştürmek için kültürel kaynaklar sağlamaktadır (Thornton ve Ocasio, 2008: 101).

Kurumsal mantık perspektifi, sosyal sistemlerdeki kurumlar, bireyler ve örgütler arasındaki ilişkileri analiz etmek için üst kuramsal bir çerçevedir. Kurumsal mantıklar, aktörlerin anlamlandırmalarını, eylemlerini motive etmek için kullandıkları kelimeleri, benlik ve kimlik duygularını koşullandıran referans çerçevelerini temsil etmektedir. Kurumsal mantıklar bireysel ve örgütsel aktörlerin kurumlar arası bir sistemdeki çoklu sosyal konumlardaki durumlarından (aile, din, devlet, piyasa, meslek ve şirket) nasıl etkilendiklerini araştırmaya yardımcı olmaktadır. (Thornton, Ocasio ve Lounsbury, 2012: 2). Diğer bir deyişle, kurumsal mantıklar, sosyal dünyayı anlamak, yorumlamak ve böylece kendi içinde güvenli bir şekilde hareket etmek için bir araç sunmaktadır (Greenwood, Raynard, Kodeh, Micelotta ve Lounsbury, 2011: 318). Ayrıca kurumsal mantıklar, kültürün bireysel ve örgütsel aktörlerin biliş ve davranışları üzerindeki etkilerini anlamak için bir analiz yöntemi olarak kullanılmaktadır (DiMaggio, 1997: 277). Sonuç olarak kurumsal mantık yaklaşımı, kurumların bireysel ve örgütsel davranışlar üzerindeki etkisini teorileştirmenin ve ölçmenin sistematik bir aracı olarak kullanılmaktadır (Thornton ve Ocasio, 2008: 121-122).

2.1. AİLE KURUMSAL MANTIĞI

Aile çeşitli şekillerde kavramsallaştırılabilir. Aile bir hane halkı oluşturan, birlikte yaşayan bireylerden oluşan bir topluluk olarak tanımlanabilir. Akrabalık temeline göre aile; ortak ataları paylaşan, ebeveynlerden ve onların çocuklarından oluşan toplumun temel bir sosyal birimidir (Lerner, Lerner ve Lerner, 2006: 3). Aile, "evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birimdir" (Türk Dil Kurumu, 2020). Çekirdek aile en temel aile biçimidir ve evli bir çift ile biyolojik veya evlat edinilmiş çocuklarından oluşmaktadır. Çekirdek aile tüm toplumlarda bulunur ve bu formdan diğer tüm (bileşik) aile formları türetilmektedir (Tischler, 2007: 305).

Aile hakkında yapılmış her tanım onu sosyal bir grup, sosyal bir birlik, sosyal bir örgüt, sosyal bir topluluk, sosyal bir yapı ve sosyal bir kurum gibi değişik kategoriler içine yerleştirdiği görülmektedir. Ekonomik ve toplumsal bir birlik olan aile; sosyal hayatın ana şekillerinden biri olması bakımından topluluk ve örgüt birliğinin yürütülmesinde başvurulan sistemleştirilmiş kurallar yönünden bir kurum olarak kabul edilmektedir (Gökçe, 1976: 47-48). Bir kurum olarak aile, bireylerin eylemlerini etkilemektedir. Thornton vd. (2005: 168-170) aile kurumsal mantığına ilişkin özellikleri; finansmanın aile sermayesinden karşılanması, aile itibarının odak noktada olması, aile şerefinin, gücünün, güvenliğinin ve dayanışmasının artırılması amacı, ataerkil hakimiyetin ve koşulsuz bağlılığın bulunması, eylemlerin ailenin amacına ve değerlerine uygun olması olarak tespit etmişlerdir.

Tablo 14. Aile Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler

Finansman	Aile sermayesi
Odak Nokta	Aile itibarı
Amaç	Aile şerefinin, gücünün, güvenliğinin ve dayanışmasının artırılması
Kontrol	Ataerkil hakimiyetin ve koşulsuz bağlılığın bulunması
Karar	Eylemlerin ailenin amacına, değerlerine ve kurallarına uygun olması
Yatırım	Aile amaçlarının gerçekleştirilmesine yönelik yatırımların yapılması

Kaynak: Thornton, Jones & Kury, 2005: 168-170.

2.2. DİN KURUMSAL MANTIĞI

Din, "kutsalla, yani diğerlerinden ayrılmış ve yasaklanmış şeyle ilgili inançlar ve amellerden oluşan tutarlı bir sistemdir". Bu inançlar ve ameller, kendilerine inanan bütün insanları tek manevi bir toplum halinde bir araya getirmektedir (Durkheim, 2005: 67). Din en iyi şekilde toplumsal hareketlerin belirli bir alt kümesi olarak görülür ve bireysel katılımın gönüllü niteliği ile tanımlanmaktadır. Dini inançlar ve kaynaklar diğer toplumsal hareketleri de etkilemektedir (Sherkat, 2000: 3). Din, günlük sosyal, ekonomik ve politik faaliyetlere anlam vermektedir. Dinin gücü, anlamlı biçimde birbiriyle bağlantılı bireysel ve toplumsal yaşamların oluşturulması ve şekillendirilmesine yönelik sağladığı kaynaklarda yatmaktadır (Dillon, 2003: 5).

Din ve etkileri, çeşitli mekanizmalar aracılığıyla sosyal dünyamızda somutlaşmış haldedir. Tarih boyunca, kutsallık atfedilen yerler, zamanlar ve kişiler açık bir şekilde görünmektedir (Beyer, 2003: 53). Hepsinin olmasa da birçok dinin, kutsal metinleri, kuralları, kutsal kişileri, binaları, özel günleri, kıyafetleri, ritüelleri ve müzikleri bulunmaktadır (Beckford ve Richardson, 2007: 398). Dine özgü bu unsurlar, insanların

yaşamı boyunca çeşitli sosyalleşme araçlarıyla etkileşime girerler ve bireylerin, grupların ve örgütlerin inanç ve anlayışlarını yönlendirirler (Sherkat, 2003: 151).

Din, bir grup insan tarafından paylaşılan bir inançlar, uygulamalar ve felsefi değerler sistemidir. Din; kutsal olanı tanımlar ve hayatı açıklamaya yardımcı olur. Din toplumun önemli kurumlarından biri olarak kabul edilmektedir (Tischler, 2007: 337). Bir kurum olarak din, birey ve toplumun duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını etkilemektedir. Thornton vd. (2005: 168-170) din kurumsal mantığına ilişkin özellikleri; Tanrı ve ahiret inancı ile kurtuluşa ulaşmanın odak noktada olması, imanın kuvvetlendirilmesi amacı, bireylerin eylem ve yaşamlarına dini kural ve kaidelerin etkisinin olması, vaaz ve dualarda anlatılan kıssa ve kıyaslarla öğrenmenin gerçekleşmesi, değişimin Tanrı'nın bir lütfu olarak kabul edilmesi, dini liderlerin kişisel karizmatik özelliklerinin etkisinin önemli olması ve kontrolün ibadete çağrı ve tabu normlarıyla sağlanması olarak tespit etmişlerdir.

Tablo 15. Din Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler

Finansman	Dini içerikli bağış ve yardımlar
Odak Nokta	Tanrı ve ahiret inancı ile kurtuluşa ulaşma
Amaç	İmanın kuvvetlendirilmesi
Kontrol	İbadete çağrı ve tabu normlarıyla sağlanması
Karar	Bireylerin eylem ve yaşamlarının dini kural ve kaidelere uygun olması
Yatırım	Dinin yaygınlaştırılması

Kaynak: Thornton, Jones & Kury, 2005: 168-170.

2.3. DEVLET KURUMSAL MANTIĞI

Devlet, belirli bir toplum üzerinde egemen olan bir kurumdur (Hoffman, 2007: 174). Devlet, bölgesel sınırlar içinde iktidar sahibi olmanın ve örgütlemenin kurumsallaşmış yoludur. Hiçbir modern sanayi toplumu, devletin gerçekleştirdiği yasalar ve normlar oluşturmak, sosyal kontrol sağlamak, ekonomik istikrar sağlamak, hedefler koymak ve dış tehditlere karşı korunmak gibi işlevler olmadan gelişemez (Tischler, 2007: 395-396). Devlet, bir ulusun veya topluluğun ortak çıkarına olan mal ve hizmetleri sunmaktadır. Sosyal amaçlar için mal ve hizmetlerin sunulması, kapsayıcı ve zorunlu vergi uygulamalarıyla finanse edilmektedir. Bu nedenle her kamu hizmetinin sunumu yasal çerçeveye sahiptir (Lane, 2009: 2-3).

Devletin temel görevi kamu hizmeti sunarak toplumun genel refahını artırmaktır (Linna, Pekkola, Ukko ve Melkas, 2010: 480). Kamu temel görevlerini yerine getirirken eşitlik, sosyal adalet, ayrımcılık yapmama ve karşılık beklememe gibi ilkelere bağlıdır (Dwivedi ve Gow, 1999: 26). Kamu kurumları, özel firmalar gibi verimliliği sağlamak

için bir tür rekabet veya hissedar baskısı ile karşılaşmamaktadır. Kamu kurumları engellilerin istihdamı, vatandaşlarına eşit fırsatların sunulması ve ayrımcılığın önlenmesi gibi yükümlülükleri bulunmaktadır. Her bir kamu organının faaliyet gösterdiği çerçeve yasalarla belirlenmiştir. Her kamu kurumu faaliyetlerinde şeffaflık ilkesi gereği raporlarını kamuoyuna açıklamak zorundadır. Vatandaştan toplanan vergilerle oluşturulan bütçe ile kamu kaynaklarını elde ettikleri ve kullandıkları için, kamu kurumlarının halka karşı hesap verme sorumluluğu bulunmaktadır (Harrison, 1984: 31).

Toplumsal alanda ve ekonomide devletin etkin rolü bulunmaktadır. Devlet kurumsal mantığı, kamu hizmetlerinin her vatandaşa parasız ve eşit bir şekilde sunulmasını savunmaktadır (Çakar ve Danışman, 2017: 75). Thornton vd. (2005: 168-170) devlet kurumsal mantığına ilişkin özellikleri; finansmanın bütçeden karşılanması, vatandaş çıkarının odak noktada olması, halkın refahının artırılması amacı, yasal bürokrasi ve politik gücün önemli olması, faaliyetlerin mevzuatlara uygun olması, kamu politikalarına bağlı olarak yatırımların yapılması olarak tespit etmişlerdir.

Tablo 16. Devlet Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler

Finansman	Bütçe
Odak Nokta	Vatandaş çıkarı
Amaç	Halkın refahının artırılması amacı,
Kontrol	Yasal bürokrasi ve politik güç
Karar	Faaliyetlerin mevzuatlara uygun olması
Yatırım	Kamu politikaları bağlı olarak yatırımların yapılması

Kaynak: Thornton, Jones & Kury, 2005: 168-170.

2.4. PİYASA KURUMSAL MANTIĞI

1980'li yıllardan sonra birçok ülke, politikalarında neoliberalizm diğer adıyla serbest piyasa modelini benimsemiştir. Serbest piyasa ekonomisi "özel mülkiyet, tercih ve girişim özgürlüğü, rekabet, sınırlı devlet ve serbest ticaret" ilkelerini savunmaktadır. Özel mülkiyet kavramı ile kişilerin mülk sahibi olabilme ve mülkü ile ilgili tasarrufta bulunabilme özgürlüğü ifade edilmektedir. Kişilerin kaynaklarını istediği mal ve hizmeti edinmekte kullanabilmesi tercih özgürlüğü, istediği mal ve hizmeti üretmek üzere girişimde bulunabilmesi ise girişim özgürlüğü olarak kavramsallaştırılmıştır. Rekabet piyasadaki işletmelerin üretmiş oldukları mal ve hizmette fiyat ve kalite açısından birbirleriyle yarışmasıdır. Son olarak serbest piyasa ekonomisi, devletin mümkün olduğunca piyasaya müdahale etmediği, piyasaya giriş çıkışların serbest olduğu bir ekonomik modeldir (Acar, 2010: 22, Haydaroğlu ve Tatlısu, 2016: 32).

Piyasalar, sadece ekonomik büyüme ve verimliliği değil, aynı zamanda siyasi özgürlük ve sosyal adaleti elde etmek için baskın bir mekanizma haline gelmiştir. Liberal bir piyasa ekonomisinin temel amacı olan kâr arayışı, onu ister istemez, bir toplumsal ilerleme motoruna dönüştürmektedir. Dolayısıyla piyasalar, bireysel olarak finansal kazanç elde etme arayışında olan alıcı ve satıcıların kümeleri olarak görülmektedir (Rankin, 2004: 1). Bir pazar, sadece tahsis edici bir mekanizma değil, aynı zamanda değer üretmek ve ölçmek için kurumsal olarak spesifik bir kültürel sistemdir (Friedland ve Alford, 1991: 234). Piyasa kurumsal mantığı, serbest teşebbüs, mal ve hizmet mübadelesi, sermaye birikimi ve liberal düşünce gibi özelliklerden oluşmaktadır (Çakar ve Danışman, 2017: 275). Thornton vd. (2005: 168-170) piyasa kurumsal mantığına ilişkin özellikleri; finansmanın yatırımcılardan karşılanması, yatırımcıların kişisel çıkarlarının odak noktada olması, verimliliğin artırılması amacı, hissedarların sahip olduğu hisse değerinin ve işletmenin piyasadaki konumunun önemli olması, faaliyetlerin işletme amaçlarına ve belirlenen kurallara uygun olması, işletmenin amacına ve rekabet stratejisine bağlı olarak yatırımların yapılması olarak tespit etmişlerdir.

Tablo 17. Piyasa Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler

Finansman	Yatırımcılar
Odak Nokta	Yatırımcıların kişisel çıkarları
Amaç	Verimliliğin ve karlılığın artırılması
Kontrol	Hisse değeri ve işletmenin piyasadaki konumu
Karar	Faaliyetlerin işletme amaçlarına ve belirlenen kurallara uygun olması
Yatırım	İşletmenin amacına ve rekabet stratejisine bağlı olarak yatırımların yapılması

Kaynak: Thornton, Jones & Kury, 2005: 168-170.

2.5. ŞİRKET KURUMSAL MANTIĞI

Şirket, yapay bir insana benzetilerek "tek beden olarak hareket eden bir grup" olarak tanımlanmaktadır. Şirketler, ortak bir amaça yönelik birçok kişinin tasarrufunu bir araya getirerek hiçbirinin bireysel olarak karşılayamayacağı ölçekte girişimlerin yapılabilmesi için kurulmaktadır. Bir şirketin tüm hissedarlarının her ticari karar için görüşlerinin alınması mümkün olmadığı için hissedarlar tarafından yönetim kurulları seçilmektedir. Şirketlerin yönetimi hissedarların çoğunluğu tarafından seçilen yönetim kurulları aracılığıyla gerçekleşmektedir. Şirketlerin bir diğer özelliği ise hissedarların yatırımlarını, işi tasfiye etmek yerine hisselerini başka yatırımcılara satmasına olanak sağlaması, şirketlerin uzun ömürlü olmasını sağlamıştır. Şirketlerin üçüncü belirleyici özelliği olan sınırlı sorumluluk, bireylerin tasarruflarını yabancıların işlettiği, riskli girişimler yapan veya uzak yerlerde iş yapan şirketlere yatırım yapmasını sağlamıştır.

Sınırlı sorumluluk davaların hissedarlara değil şirket tüzel kişiliğine açılmasıdır. Bu hissedarlara bireysel koruma sağlamaktadır (Morck, 2008: 267).

Şirketlerin, kurallara dayalı olarak yönetilmesi zorunluluktur. Diğer bir deyişle şirketlerin kurumsal yönetimi benimsemesi gereklidir. Kurumsal yönetim tüm paydaşların haklarını korumayı amaçlamaktadır. Kurumsal yönetim; güç ve yetkinin keyfi kullanımı engelleyerek kurallara bağlaması, yatırımcıların haklarını koruması, hissedarların adil ve eşit haklara sahip olması, şeffaf ve hesap verilebilir bir yapının kurulması, yönetim kurulunun yetki ve sorumluluklarının tanımlanması, vekalet maliyetlerinin azaltılması gibi amaçları bulunmaktadır (Aktan, 2013: 157-161).

Kurumsal şirket yönetimi, şirketlerin belirli kurallar çerçevesinde kaynak sağlayabilmelerini, faaliyetlerini kuruluş amacına uygun olarak etkin bir şekilde gerçekleştirebilmelerini, faaliyetlerini ve sorumluluklarını ortaklarının, paydaşlarının ve toplumun beklentilerini karşılayabilecek şekilde kanunlara ve düzenlemelere uygun olarak yerine getirebilmelerini sağlamak temel işlevidir (Küçüksözen ve Küçükkocaoğlu, 2005: 22). Thornton vd. (2005: 168-170) şirket kurumsal mantığına ilişkin özellikleri; finansmanın ortaklar tarafından yatırılan şirket sermayesinden karşılanması, firmanın büyüklüğünü ve çeşitliliğinin artırmanın odak noktada olması, firmanın endüstrideki konumunun geliştirilmesi amacı, kararların hiyerarşi içerisinde bürokratik rollere uygun olarak alınması, kontrol ve yönetimin yönetim kurulu üyeleri tarafından sağlanması, örgüt formunun M-form olması, kontrolün örgüt kültrü ve kurullar aracılığıyla sağlanması olarak tespit etmişlerdir.

Tablo 18. Şirket Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler

Finansman	Şirket sermayesi
Odak Nokta	Firmanın büyüklüğünü ve çeşitliliğinin artırma
Amaç	Firmanın endüstrideki konumunun geliştirilmesi
Kontrol	Yönetim kurulu üyeleri, kurullar ve örgüt kültürü
Karar	Kararların hiyerarşi içerisinde bürokratik rollere uygun olarak alınması
Yatırım	Şirket stratejisi bağlı olarak yatırımların yapılması

Kaynak: Thornton, Jones & Kury, 2005: 168-170.

2.6. MESLEK KURUMSAL MANTIĞI

Genellikle, "meslek", bireyin yaşamak için yaptığı işi ifade etmek için kullanılmaktadır (Davidson-Shivers ve Barrington, 2004: 250). Literatürde, meslekleri tanımlamak ve açıklamak için tarihsel, özellik, fonksiyonel, ekonomik ve güç yaklaşımları olmak üzere beş ana yaklaşım bulunmaktadır. Bu beş yaklaşıma göre bir işin meslek olarak tanımlanabilmesi için şu yedi temel özelliğe sahip olması gerekir: (1)

sistematik bilgi birikimi ve bu bilgiyi uygulama becerisi; (2) uzmanlaşmış eğitim ve öğretim; (3) bir meslek birliğinin kurulması; (4) özgecil hizmet taahhüdü; (5) içselleştirilmiş profesyonel etik kurallar aracılığıyla faaliyetler üzerindeki kontrol; (6) akran değerlendirmesi ve üyelerin yeterliliğinin test edilmesi ve (7) özerklik (Hollander ve Campbell, 1990: 22). Genel olarak meslek; kamusal tanınma ve güvene dayalı kamuya ve topluma hizmetini sunan uzmanlaşmış, bilgiye dayalı ve yasal olarak kendi kendini düzenleyebilen bir iş olarak tanımlanabilir (Abadi, Ayentimi ve Coetzer, 2020: 8).

Meslekler ideal olarak aşağıdaki birbiriyle ilişkili boyutlar dizisi ile karakterize edilmektedir. Meslekle ilgili yetenekler ve beceriler bilimsel ve sistematiktir. Mesleki bilgi herkes tarafından kolayca ulaşılamaz. Genellikle bu bilgiler üniversiteler, meslek okulları ve profesyoneller ile staj gibi özel kurumlarda edinilir. Bu durum meslek sahibi profesyonel ile müşteriler arasında bilgi asimetrisi yaratır ve dolayısıyla profesyonelin meslekten olmayan kişiler ve müşteriler üzerindeki üstünlüğünün temelini oluşturur. Ayrıca meslekleri, müşteriler ve sosyal çevreleri arasında güveni artıracak şekilde yöneten kurallar ve tutumlar bulunmaktadır. Bunlar resmi prosedürler, ritüeller, başlıklar, profesyonel çalışkanlık, meslektaşlık ve fedakarlık alışkanlığı ve kamu yararına yönelik genel bir yönelimi içermektedir. Dolayısıyla meslekler bireylere özgün yaşam tarzı, prestij ve daha fazla ücret sağlamaktadır (Siegrist, 2015: 95).

Meslek sahibi bireyler, ortak düzenleyici organlar (meslek örgütleri) ve mesleklerinin standartları, değerleri ve hedefleriyle ilgili örtük anlaşmalar nedeniyle benzer çalışma ilkelerine bağlı olma eğilimindedirler (Chreim, Williams ve Hinings, 2007: 1534). Thornton vd. (2005: 168-170) meslek kurumsal mantığına ilişkin özellikleri; kişisel itibar, uzmanlık ve mesleki konumun odak noktada olması, kişisel itibarını ve mesleki kalitesini geliştirme amacı, yetki ve normların temelinin meslek örgütüne üyelikten sağlanması, kontrolün meslek duayenleri ve akran değerlendirilmesi yoluyla sağlanması, ilişkisel ağlarda işbirliğine yatırım yapılmasıyla gelişimin sağlanması olarak tespit etmişlerdir.

Tablo 19. Meslek Kurumsal Mantığına İlişkin Özellikler

Finansman	Eğitim ve kişisel sermaye
Odak Nokta	Kişisel itibar, uzmanlık ve mesleki konum
Amaç	Kişisel itibarını ve mesleki kalitesini geliştirme
Kontrol	Meslek örgütü, meslek duayenleri ve akran değerlendirilmesi
Karar	Mesleki yetki ve normlar
Yatırım	İlişkisel ağlarda işbirliğine yatırım yapılmasıyla gelişimin sağlanması

Kaynak: Thornton, Jones & Kury, 2005: 168-170.

3. KURUMSAL MANTIKLAR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Kurumsal mantıklarla ilgili başlangıç çalışmaları alan düzeyinde gerçekleştirilmiş olup genellikle alandaki hakim kurumsal mantığın yerini zaman içerisinde yeni bir kurumsal mantık alarak değişimin gerçekleştiğini vurgulamaktadır. Daha sonraki süreçte kurumsal mantık araştırmaları alan ve örgüt düzeyinde birden fazla kurumsal mantığın bir arada bulunabileceği sonucuna ulaşmışlardır. Son yıllardaki araştırmalarda ise alan ve örgüt düzeyinde çoklu ve çatışan kurumsal mantıklara aktörlerin verdiği stratejik yanıtlar üzerine odaklanmıştır.

Tablo 20. Hakim Kurumsal Mantık Değişimi ile İlgili Seçilmiş Makaleler

Yazar(lar)/Yıl	Örneklem	Analiz düzeyi	Kurumsal Mantıklar	Araştırma Bulguları
Thornton ve Ocasio (1999)	ABD yüksek öğretim yayıncılığı	Alan	Editoryal ve Piyasa Mantığı	Alan düzeyinde hâkim kurumsal mantıklar zaman içerisinde değişebilir. Süreç içerisinde hâkim mantığın değişmesiyle birlik yöneticilerin kararları, odakları ve öncelikleri değişmektedir.
Thornton (2002)	ABD yüksek öğretim yayıncılığı	Alan	Editoryal ve Piyasa Mantığı	Alan düzeyinde hâkim kurumsal mantık değişiminin örgüt yapısını değiştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.
Lounsbury (2002)	ABD finans sektörü	Alan	Düzenleyici ve Piyasa mantıkları	Düzenleyici mantıktan piyasa mantığına geçiş ile birlikte profesyonel meslek gruplarının statü kazandığı sonucuna ulaşılmıştır.
Rao, Monin ve Durand (2003)	Fransa Gastronomi	Alan	Klasik mutfak ve yeni mutfak mantığı	Kurumsal mantıkların değişimi aktörlerin sosyal kimlik ve rol kimliklerinin de dönüşümüne yol açtığı gösterilmiştir.
Reay ve Hinings (2005)	Kanada sağlık hizmetleri	Alan	Profesyonel (Tıbbi profesyonellik) ve İşletme benzeri mantık	Sağlık alanında profesyonel mantıktan piyasa mantığına geçiş olmasına rağmen doktorlar arasında meslek mantığının devam ettiği gösterilmiştir. Yeni bir mantık hâkim hale gelse de diğer mantıkların varlığının devam edebileceği vurgulanmaktadır.
Glynn ve Lounsbury (2005)	ABD senfoni orkestrası	Alan	Estetik ve Piyasa mantığı	Kurumsal mantıklardaki değişimin, eleştirmenlerin söylemini ve performanslara ilişkin yargılarını şekillendirdiği gösterilmektedir.
Lounsbury (2007)	ABD finans sektörü	Alan	Mütevelli (trustee) ve Performans mantıkları	Yeni bir uygulamanın yayılmasının, örgütsel davranışta ve uygulamanın benimsenmesinde çeşitlilik yaratan rekabet eden kurumsal mantıklar tarafından şekillendirildiği gösterilmiştir.
Özseven, Danışman ve Bingöl, (2014)	Türkiye Kamu Hastaneleri	Alan	Kamu hizmeti mantığı, Piyasa mantığı ve İşletme benzeri kurumsal mantık	Türk sağlık alanı 2003 yılından sonra yapılan reformlarla hakim kamu hizmeti mantığının piyasa mantığından etkilenerek işletme benzeri kurumsal mantığa dönüşmüştür.

Kaynak: Literatürden yararlanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Kurumsal teoride, araştırmaların odak noktası izomorfizm ve istikrardan radikal ve büyük ölçekli değişim süreçlerini anlamaya doğru kaymıştır. Kurumsal değişimin temel itici güçleri olarak alandaki hakim kurumsal mantığın değişmesi olarak kabul edilmektedir. Kurumsal mantığı vurgulayan tüm örgütsel alan değişikliği çalışmaları, alan için baskın veya geçerli bir mantığı zaman içinde gelişen bir süreç olarak sunma eğilimindedirler (Reay ve Hinings, 2005: 351). Kurumsal mantıktaki değişikliklere odaklanan bilim adamları, değişimi, alan düzeyindeki uygulamaları yönlendiren baskın bir mantığın zaman içerisinde terk edildiği ve başka bir baskın mantığın yerini aldığı ikame olarak kavramsallaştırma eğilimindedir (Dunn ve Jones, 2010: 114). Hakim kurumsal mantıklar değişimine yönelik yapılmış araştırmalar ve bulguları Tablo 20'de verilmiştir.

Thornton ve Ocasio (1999) ABD'de yüksek öğretim yayıncılığı sektöründe yaptıkları araştırmada, endüstri düzeyinde hakim kurumsal mantıkların yayıncılık sektöründeki örgütleri etkilediğini ve hakim kurumsal mantığın değişebileceğini ve hakim kurumsal mantığın yerine başka bir kurumsal mantığın almasıyla birlikte örgütün ve yöneticilerinin kararlarının, önceliklerinin ve odaklarının değişeceği sonucuna ulaşmışlardır. Editoryal mantık hakimken yayınevi yöneticileri için prestij ve itibar öncelikli iken, piyasa mantığı hakim hale geldiğinde piyasa rekabeti öncelikli hale gelmiştir.

Thornton (2002), 1958'den 1990'a kadar ABD yüksek öğrenim yayınlarını inceleyerek yaptığı araştırmada, editoryal mantığın yerini zaman içerisinde piyasa kurumsal mantığının almasıyla birlikte, örgüt yapısının değişime uğradığını ve örgüt yapısının belirlenmesinde profesyonel meslek mantığının öneminin azalırken ve piyasa mantığının belirginliğinin arttığını göstermiştir. Editoryal mantığın hâkim olduğu dönemlerde yayın evleri örgüt yapısı olarak merkezileştirilmiş üniter (U- formu) bir yapı benimserken piyasa mantığının hâkim hale gelmesiyle birlikte merkezi olmayan çok bölümlü (M-formu) bir yapı benimsendiği görülmektedir. Bu bağlamda alan düzeyinde hâkim kurumsal mantıkğın örgüt yapısını etkilediği görülmektedir.

Lounsbury (2002), ABD finans alanının tarihsel (1945-1993) bir analizini yaptığı araştırmada finans alanına hakim olan düzenleyici mantığın piyasa mantığına dönüşmesinin finans mesleklerinin profesyonelleşmesini nasıl şekillendirdiğini göstermiştir. Finans alanında kurumsal mantıkta yaşanan bir dönüşümün, finans meslek mensuplarının meslek birliklerinin oluşturulması yoluyla statü iddiasında bulunma

çabalarını kolaylaştırmıştır. Kurumsal mantıktaki dönüşüm koşulları, profesyonelleşme çabaları için fırsatlar yaratmaktadır. Düzenleyici mantık yerini piyasa mantığına bırakırken meslek dernekleri meşruiyet kazanmıştır.

Rao, Monin ve Durand (2003) Fransa'da gastronomi alanında yapmış olduğu araştırmada, klasik mutfak mantığının yerini yeni (nouvelle) mutfak mantığının aldığını ve bu baskın kurumsal mantık değişiminin şeflerin klasik mutfağı terk etmesine neden olduğunu tespit etmiştir. Baskın kurumsal mantıkların değişmesi aktörlerin kaynaklara ve güce erişimlerini değiştirmek için daha iyi bir imaja veya itibara sahip başka bir gruba katılmalarına ve yeni kimlik oluşturmalarına neden olmaktadır. Kurumsal mantıkların değişmesi ile aktörler, sosyal kimliğini ve rollerini yeni baskın mantık ile uyumlu hale getirmişlerdir.

Reay ve Hinings (2005), Kanada'da yaptığı araştırmada Alberta sağlık hizmetleri alanının, hükümetin yeniden yapılanma uygulamaları kapsamında hâkim olan tıbbi profesyonellik kurumsal mantığından işletme benzeri sağlık hizmeti kurumsal mantığına geçiş yaptığını tespit etmiştir. Ayrıca araştırmada sağlık alanı için baskın mantık değişse de tıbbi profesyonellik mantığı, alanın önemli bir aktörü olan doktorlar için güçlü bir şekilde yerleşik olmaya devam ettiğini öne sürülmektedir. Söz konusu araştırmada aktörlerin bazılarının yeni hükümet mantığıyla uyumlu hale gelirken bazı aktörlerin özellikle doktorların hükümetin mantığını ısrarla kendilerininkiyle tutarsız ve bir bütün olarak sisteme zararlı olarak gördükleri belirlenmiştir.

Glynn ve Lounsbury (2005) tarafından Atlanta Senfoni Orkestrası performanslarına ilişkin eleştirmenlerin incelemelerinin analiz edildiği araştırmada, geleneksel estetik mantığının, azalan orkestra kaynakları karşısında ticari odaklı bir piyasa mantığına dönüştüğü vurgulanmaktadır. 1996 yılında müzisyenlerin yaptığı grevin ardından eleştirmenlerin söylemleri, senfoninin estetik yönlerinden daha fazla piyasa koşullarına uyum sağlamaya yönelik değişmiştir. Araştırmada kurumsal mantıklardaki değişimin, eleştirmenlerin söylemini ve performanslara ilişkin yargılarını şekillendirdiği gösterilmektedir.

Lounsbury (2007), ABD finans sektöründe yeni bir uygulamanın yayılmasının, rekabet eden mütevelli ve performans mantıkları tarafından nasıl şekillendirildiğini incelemiştir. Araştırmada rekabet eden kurumsal mantıkların kurumsal yayılmayı etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye'de ise kurumsal mantıklarla ilgili öncü çalışma Özseven, Danışman ve Bingöl (2014) tarafından Türk sağlık alanı üzerine yapılmıştır. Söz konusu araştırmada Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan itibaren sağlık alanında hakim kurumsal mantığın kamu hizmeti mantığı olduğu, ancak 2003 yılından sonra yapılan sağlıkta dönüşüm reformlarıyla birlikte hakim kamu hizmeti mantığının piyasa mantığından etkilenerek işletme benzeri kurumsal mantığa doğru dönüşümün gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 21. Çoklu Kurumsal Mantıklar Üzerine Seçilmiş Makaleler

Yazar(lar)/Yıl	Örneklem	Analiz düzeyi	Kurumsal Mantıklar	Araştırma Bulguları
Reay ve Hinings (2009)	Kanada sağlık hizmetleri	Alan	Profesyonel ve işletme benzeri mantık	Rakip kurumsal mantıkların bir arada bulunabileceği ve mantıklar arasındaki rekabetin işbirlikçi ilişkilerin geliştirilmesi yoluyla yönetilebileceğini göstermişlerdir.
Purdy ve Gray (2009)	ABD alternatif anlaşmazlık çözümü	Alan	Bürokratik ve demokratik mantık	Bazı bağlamlarda, birden fazla mantığın bir alanda varlığını sürdürebildiği sonucuna ulaşılmıştır.
Dunn ve Jones (2010)	ABD tıp eğitimi	Alan	Bilim ve bakım mantığı	Kurumsal alanda faaliyet gösteren mesleklerin çoğu zaman çoğul mantığı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Van Den Broek, Boselie ve Paauwe, 2014	Hollanda Hastanede yeniliğin benimsenmesi	Örgüt	Profesyonel ve işletme benzeri mantık	Araştırma sonuçları, örgütlerde çoklu mantık içeren melezleştirilmiş bir uygulama olabileceğini de göstermektedir.
Pahnke, Katila ve Eisenhardt, 2015	ABD Tıbbi Cihaz Sektörü	Örgüt	Profesyonel, Şirket ve Devlet Mantığı	Yeni girişimlere finans desteği sağlayan üç farklı yatırım kuruluşunun farklı kurumsal mantıklarının, girişimlerin inovasyonunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Kroezen ve Heugens, 2019	Hollanda Bira Üretim sektörü	Alan	Zanaatkar ve Modern mantık	Zaman içerisinde alan düzeyinde bir hâkim kurumsal mantıktan diğer hâkim bir kurumsal mantığa geçildiğinde ilk baştaki hâkim mantığın yok olmadığını ve zamanla tekrar hâkim mantık haline gelebileceği sonucuna ulaşılmıştır.
Yan, Ferraro ve Almandoz, 2019	19 Ülke Sosyal Sorumlu Yatırımlar	Alan	Finansal ve Sosyal Mantık	Sosyal sorumlu yatırımlarda sosyal mantığa tamamlayıcı olarak finansal mantık destekleyici bir rol üstlenmektedir. Ancak finansal mantık ile sosyal mantığı arasındaki ilişkinin, finansal mantık toplumda daha yaygın hale geldikçe ve kâr maksimize edici amacı kesinleştikçe tamamlayıcıdan rekabete doğru kaydığı görülmektedir.
Ten Dam ve Waardenburg (2020)	Hollanda Hastane	Örgüt	Profesyonel, Yönetimsel, Ticari, İstişare ve Hasta Merkezlilik Mantıkları	Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin 5 farklı kurumsal mantığı günlük uygulamalarına yansıttıkları, baskın bir mantığa bağlı olmadıkları, mantıklar arasında çatışmadan ziyade farklı mantık araçlarını işlerinde kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.
Yan, Almandoz ve Ferraro, 2021	20 ülke 3.706 firma Yeşil Yatırım	Alan	Çevresel, finansal ve devlet mantıkları	Farklı kurumsal mantıkların bulunduğu ortamlarda bir kurumsal mantığın amacına hizmet etmek için diğer mantıkların farklı amaçları bulunsa da araçsal olarak kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Kaynak: Literatürden yararlanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Çoğu araştırmada, kurumsal değişimin bir baskın mantığın bir diğeriyle yer değiştirmesi olarak vurgulanmasına ve mesleklerin tek bir mantık tarafından yönlendirildiğini varsaymasına rağmen, birden çok kurumsal alanda faaliyet gösteren

mesleklerin çoğu zaman çoğul mantığı vardır (Dunn ve Jones, 2010: 114). Özellikle 2009'lu yıllardan itibaren kurumsal alanlarda ve örgütlerde birden fazla kurumsal mantığın bir arada bulunduğuna yönelik araştırmalar bulunmaktadır. Çoklu kurumsal mantıklara yönelik yapılmış araştırmalar ve bulguları Tablo 21'de verilmiştir.

Reay ve Hinings (2009) tarafından Kanada sağlık hizmetleri üzerinde yapılan araştırmada, rakip kurumsal mantıkların bir arada var olabileceği ve mantıklar arasındaki rekabetin işbirlikçi ilişkilerin geliştirilmesi yoluyla yönetilebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Önceki literatür, kurumsal değişimin göstergesi olarak bir baskın mantığın diğeriyle değiştirilmesine odaklanmış olsa da araştırma sonuçları rekabet eden mantıkların bir arada var olmasını destekleyen işbirliği mekanizmaları geliştirdiğinde kurumsal değişimin gerçekleşebileceği göstermektedir.

Purdy ve Gray (2009) tarafından uyuşmazlık çözümü alanında yapılan araştırma sonucunda birbiriyle çelişen alternatif mantıkların (bürokratik ve demokratik) bulunduğu alanlarda zamanla yaygınlaşan tek bir hâkim mantık olacağına yönelik araştırmaların aksine farklı mantıkların bir arada olabileceği gösterilmektedir. Bazı bağlamlarda, birden fazla mantığın bir alanda varlığını sürdürebildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç tek bir baskın mantığın eninde sonunda hüküm sürmesi gerektiği varsayımına meydan okumaktadır.

Dunn ve Jones (2010) tarafından ABD tıp eğitimi üzerine yapılan araştırmada, kurumsal alanda faaliyet gösteren mesleklerin çoğu zaman çoğul mantığa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık hizmetleri, hasta ve hekim arasındaki sosyal ve ekonomik ilişkinin yanı sıra bilim ve klinik uygulamanın bir bağlantı noktasında bulunmaktadır. Araştırma sonuçları, ABD tıp eğitimi ile ilgili 1910'dan 2005'e kadar olan arşiv kaynaklarını kullanarak, zaman içinde varlığını sürdüren mesleğin merkezinde "bakım" ve "bilim" mantığının yer aldığını ve bu iki mantığın tıp eğitiminde farklı gruplar ve ilgi alanları tarafından desteklendiğini, zaman içinde dalgalandığını ve geleceğin profesyonellerinin nasıl eğitileceği konusunda dinamik gerilimler yarattığını ortaya koymaktadır. Tıp fakültelerindeki doktorlar arasındaki çekişme, yönetilen bakımın yükselişi ve tıp fakültelerine giren kadın sayısının artması bakım mantığına yönelik ilgiyi artırdığı tespit edilmiştir. Tıp fakültelerinin misyonlarındaki farklılaşma, bilim mantığına olan ilginin azalmasıyla ilişkilidir. Mevcut literatürde mesleklerin tek bir mantık tarafından yönlendirildiği varsayılmasına rağmen, araştırmada kurumsal alanda faaliyet gösteren mesleklerin çoğu zaman çoğul mantığa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Van Den Broek, Boselie ve Paauwe (2014) tarafından yapılan araştırmada Hollanda'da hemşirelere yönelik bir kalite iyileştirme programının benimsenme sürecinin hemşirelerin profesyonel mantığı ile yöneticilerin işletme benzeri mantıklarından etkilendiğini ve kurumsal mantığın yeniliği benimseme ve uygulama sürecini karmaşıklaştırdığını göstermektedir. Çoklu kurumsal mantığın varlığı, örgütte yeni bir uygulamanın ne ölçüde uygulanacağını belirlemede önemli bir rol oynayabilir. Yeni bir uygulama sadece yüzeysel olarak uygulanabilir veya diğer yandan örgütsel aktörler tarafından fiilen içselleştirilebilir. Ayrıca araştırma sonuçları, örgütlerde çoklu mantık içeren melezleştirilmiş bir uygulama olabileceğini göstermektedir.

Pahnke, Katila ve Eisenhardt (2015) tarafından yapılan araştırmada ABD tıbbi cihaz sektöründe yeni girişimlerin finansman desteği aldığı üç farklı yatırım kuruluşunun farklı kurumsal mantıklarından etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Yeni girişimlere yatırım yapan farklı ortaklık türleri, genç firmalarla etkileşimlerinde farklı kurumsal mantıklar getirebilir ve bu da genç firmaların tepki olarak eylemlerinde farklılıklara yol açabilir. Farklı kurumsal mantıkların bir arada bulunduğu durumlarda farklı performans sonuçlarına ulaşıldığı görülmüştür. Profesyonel mantık ile şirket mantığının uygun kontroller ve dengeler ile birbirini tamamladığı alanlarda kurumsal mantığın melezleştiği ve ticari yeniliği artırdığı, buna karşılık, profesyonel ve devlet kurumsal mantığının bir arada bulunduğu durumda, inovasyonu azaltan çok fazla çelişkili talep yarattığı tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmada yeni girişimlerin fon sağlamak için ortaklık yaptığı farklı kurumların farklı kurumsal mantıklarından etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kroezen ve Heugens (2019) tarafından Hollanda bira üretim sektöründe yapılan araştırmada, zaman içerisinde bir hâkim kurumsal mantıktan diğer hakim bir kurumsal mantığa geçildiğinde ilk baştaki hakim mantığın yok olmadığını ve zamanla tekrar hakim mantık haline gelebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Mantığın yeniden ortaya çıkışının; yeniden keşfedilmesi, yenilenmesi ve etkinleştirilmesi olmak üzere üç aşamada gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Yan, Ferraro ve Almandoz (2019) tarafından 19 ülkedeki sosyal sorumluluk yatırımlarının incelendiği araştırmada, sosyal sorumlu yatırımlarda sosyal mantığa tamamlayıcı olarak finansal mantığın destekleyici bir rol üstlendiği sonucuna ulaşılmıştır. Finansal mantığın tamamlayıcı olup olmadığı veya diğer sosyal hedeflerle rekabet edip etmediği, finansal mantığın toplumdaki genel yaygınlığına bağlıdır. Araştırmada finansal mantık ile sosyal mantık arasındaki ilişkinin, finansal mantık toplumda daha yaygın hale

geldikçe ve kâr maksimize edici amacı kesinleştikçe tamamlayıcıdan rekabete doğru kaydığı görülmektedir. Finansal mantığın uyumlu bir araç olarak mı yoksa rakip bir amaç olarak mı davrandığı, toplumdaki genel yaygınlığına veya egemenliğine bağlı olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bir alanda bulunan kurumsal mantıkların tamamlayıcı veya rekabet ettiği koşullar ile birinden diğerine geçebildiği koşullar hakkında bilgi sunmaktadır. Kurumsal değişim, hâkim mantığın meşru kurumsal amaçlarının kapsamını genişlettiğinde veya alternatif amaçlar sağlayan diğer kurumsal mantıklarla birleştiğinde gerçekleşmektedir.

Ten Dam ve Waardenburg (2020) hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin beş farklı kurumsal mantığı (profesyonellik, yönetim, ticari, istişare ve hasta merkezlilik) günlük uygulamalarına yansıttıklarını belirlemişlerdir. Sağlık çalışanları bu beş kurumsal mantığı günlük faaliyetlerine yansıttıkları, mantıklar arasındaki çatışmaları çözmeye çalışmadıkları veya tek bir baskın mantığa bağlı kalmadıkları tespit edilmiştir. Bu sonuç, ön saflardaki sağlık profesyonellerinin günlük faaliyetlerinde kurumsal mantıkları nasıl kullandıklarının daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır. Kurumsal çoğulculuk bağlamında mikro süreçlere daha güçlü bir odaklanan araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Yan, Almandoz ve Ferraro (2021) tarafından 20 ülkede, 3.706 firmada yapılan araştırmada, yeşil yatırımlarda çevresel, finansal ve devlet kurumsal mantıkların bulunduğunu ve yeşil yatırımlarda, finansal ve devlet mantıklarının yeşil yatırımın nihai hedefi olan çevreyi korumak ve toplumda çevresel bir etkiyi iletmek için bir araç olarak hizmet ettiklerini göstermişlerdir. Araştırmada, kurumsal mantıkların yeni bir hibrit uygulamanın araçlarıyla uyumluluğunun, amacına uygunluktan daha önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kurumsal mantıklar üzerine yapılan son araştırmalar, çoklu kurumsal mantıkların bulunduğu ortamlardaki mikro süreçlere odaklanmaktadır. Diğer bir deyişle çoklu kurumsal mantıklardan etkilenen aktörlerin farklı kurumsal mantıkların taleplerine nasıl stratejik yanıtlar verdiği ve günlük uygulamalarına nasıl yansıttıklarına ilişkin araştırma çağrıları artmaktadır. Ten Dam ve Waardenburg (2020) aktörlerin günlük faaliyetlerinde farklı kurumsal mantıkları nasıl kullandıklarının daha iyi anlaşılması ve kurumsal çoğulculuk bağlamında mikro süreçlere daha güçlü odaklanan araştırmalar yapılması gerektiğini belirtmektedir. Çoklu kurumsal mantıklara yönelik mikro süreçlere ve aktör davranışlarına odaklanan araştırmalara Tablo 22'de yer verilmiştir.

Tablo 22. Çoklu Kurumsal Mantıkların Mikro Süreçlere ve Aktör Davranışlarına Odaklanan Makaleler

Yazar(lar)/Yıl	Örneklem	Analiz düzeyi	Kurumsal Mantıklar	Araştırma Bulguları
Pache ve Santos (2010)	Sivil Toplum Kuruluşları	Örgüt	Sosyal refah ve piyasa mantığı	Örgütlerin, farklı kurumsal mantıkların bazı uygulamalarını benimseyerek bir kombinasyon oluşturduğu ve rekabet eden mantıklara "uzlaşma, kaçınma, meydan okuma veya manipülasyon" ile yanıt verdiği gösterilmiştir.
Tracey, Phillips ve Jarvis (2011)	İngiltere sosyal girişim	Örgüt	Sosyal destek ve ticari mantık	Kurumsal girişimciler mevcut kurumsal mantıkları birleştirerek yeni organizasyon biçimleri yaratırken birbiriyle çelişen iki mantık arasında köprü kurmaya çalışmışlardır.
Battilana ve Dorado (2011)	Bolivya mikro finans sektörü	Örgüt	Bankacılık ve Kalkınma mantığı	Araştırmada farklı ve birbiriyle çelişen kurumsal mantıkları başarılı bir şekilde entegre edebilen örgütler hibrit örgüt olarak tanımlanmıştır. Yeni hibrit örgütlerin sürdürülebilir olabilmesi için birbiriyle çelişkili mantıkların birleştirilerek mantıklar arasında denge sağlayacak ortak bir kurumsal kimlik oluşturulması gerektiğini gösteriyor. Araştırmada örgüt üyeleri arasında böyle bir kurumsal kimlik geliştirmek için işe alma ve sosyalleştirme politikalarının en önemli erken oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
Saz-Carranza ve Longo, 2012	İspanya Kamu-özel ortaklığı ile kurulan ekonomik kalkınma şirketi	Örgüt	Piyasa, şirket ve devlet mantığı	Kamu-özel ortak girişim yöneticileri, farklı kurumsal mantıkların bir arada bulunması nedeniyle ortak işbirliği konusunda zorluklarla karşı karşıyadır. Yöneticiler farklı kurumsal mantıkları yönetebilmek için dış paydaşlarla iletişim kurarak meşruiyeti harekete geçirme ve ortak öğrenme alanları sağlayarak ortak etkileşimini kolaylaştırma mekanizmalarını teşvik ederek bu zorlukların üstesinden gelirler.
Bishop ve Waring (2016)	İngiltere Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği	Örgüt	Profesyonel-Bürokratik Mantık ile Piyasa-Yönetim Mantığı	İngiltere'de sağlık sektöründe uygulanan kamu-özel işbirliği ile kurulan Independent Sector Treatment Centre (ISTC)'de profesyonel-bürokratik mantık ile piyasa-yönetim mantıklarının gerilimler yarattığı ve bu gerilimlerin müzakere yapılarak çözülmeye çalışıldığı belirlenmiştir. "
Golann ve Jones, 2021	Eğitim Alanında Disiplinin Sağlanması	Örgüt	Kontrol ve Özen mantıkları	İki farklı kurumsal mantığın (kontrol ve özen) bulunduğu durumda aktörlerin her iki mantığın araçlarını ve uygulamalarını harmanlayarak kullanmaya çalıştıklarını böylece farklı kurumsal mantıklar arasında denge sağlanabileceği gösterilmiştir. Ayrıca aktörlerin uygulama ve politikalar geliştirmede rakip kurumsal mantıklara verdikleri tepkiler incelenmiştir.
Ahmadsimab ve Chowdhury (2021)	Fransa Carrefour–FIDH ve P&G–UNICEF ortaklıkları	Örgüt	Ticari Mantık ve Kamu Yararı Mantığı	Kar amaçlı firmalar ile kar amacı olmayan örgütler arasındaki ortaklıklarda piyasa ve sosyal mantığın etkileşimini nasıl yönettikleri incelenmiştir. Araştırmada farklı mantıklardan kaynaklanan gerilimleri yönetmek için üç farklı mekanizma benimsendiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu mekanizmalar: faaliyet kapsamını müzakere etme, izleme ve öğrenme ve örgütsel uygulamaları değiştirme.
Vähä-Savo, Luomanen, ve Alasuutari, 2022	İngiltere ve Finlandiya bilim ve teknoloji parkları	Örgüt	Araçsal rasyonalizm ve romantizm mantığı	Bilim ve teknoloji parklarında aktörlerin metaforlar aracılığıyla çatışan kurumsal mantıkları yönetmede bir hakimiyet savaşına ihtiyaç duymadan çatışan mantıklar arasında köprü kurar ve birlikte yaşamalarını kolaylaştırırlar. Araştırmada metaforların çatışan kurumsal mantıkları yönetmek için göstergebilimsel bir kaynak olarak nasıl hareket ettiği incelenmiştir.

Kaynak: Literatürden yararlanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Pache ve Santos (2010) sivil toplum kuruluşlarının medya tarafından duyurulan insani krizlere odaklanmayı talep eden bireysel bağışçılardan ve daha uzun vadeli krizlere odaklanmaları için baskı yapan kurumsal fon sağlayıcılardan (Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası, vb.) rekabet eden baskılara maruz kaldığını ve bu baskılara karşı farklı kurumsal mantıkların bazı uygulamalarını benimseyerek bir kombinasyon oluşturduğunu ve rekabet eden mantıklara "uzlaşma, kaçınma, meydan okuma ve manipülasyon" ile yanıt verdiğini ileri sürmektedir.

Tracey, Phillips ve Jarvis (2011) İngiltere'de evsizlikle mücadelede eden bir sosyal girişimi incelediği araştırmasının sonucunda yeni örgütsel biçimlerin ortaya çıkmasını bir kurumsal girişimci aracılığıyla yerleşik farklı kurumsal mantıkların belirli yönlerinin birleştirilmesi ile olduğunu savunmaktadır. Kurumsal girişimciler mevcut kurumsal mantıkları birleştirerek yeni organizasyon biçimleri yaratırken birbiriyle çelişen iki mantık arasında köprü kurmaya çalışmışlardır. Kâr amacı güden ve kâr amacı gütmeyen kurumsal mantığın özelliklerini birleştiren kurumsal girişimciler yeni örgüt biçimine sahip bir sosyal girişim oluşturmuşlardır. Bu sonuçlar kurumsal mantıklar ile örgütsel biçimler arasındaki ilişkiye ışık tutmaktadır. Ayrıca kurumsal teoride makro ve mikro perspektifler arasındaki etkileşime katkı sağlamaktadır.

Battilana ve Dorado (2010) tarafından Bolivya mikro finans sektöründe faaliyet gösteren iki örgüt üzerinde yapılan araştırmada, bankacılık mantığı (finansal hizmetler sağlama, kira veya kar elde etmek) ve kalkınma mantığı (yoksullara hizmet sağlama ve yoksulluğun azaltılması) arasındaki gerilimlerin yönetilmesi ve iki kurumsal mantığın birleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan hibrit örgütlerin sürdürülebilir olabilmesi için kurumsal mantıklar arasında denge sağlayan ortak bir kurumsal kimlik oluşturulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca araştırma bulguları hibrit örgütlerde ortak bir kurumsal kimlik oluşturulabilmesi için en önemli unsurların; kimlerin örgüt üyesi olabileceğini tanımlayan işe alım politikaları ve işe alınanlarda istenen davranış ve değerleri öğreten ve güçlendiren sosyalleşme politikaları olduğunu göstermektedir.

Saz-Carranza ve Longo (2012) sektörler arası ittifaklarda rekabet eden toplumsal kurumsal mantıkların var olduğu ve bu rekabet eden mantıkların yönetiminin ittifak başarısı için merkezi olduğu gerçeğine işaret etmektedir. KÖİ yöneticileri, farklı kurumsal mantıkların bir arada bulunması nedeniyle ortak işbirliği konusunda zorluklarla karşı karşıyadır. Bu durumda her şeyden önce, yöneticiler sektörler arası işbirliği yaparken sektör farklılıklarını, özellikle farklı kurumsal mantıkları kabul etmelidir.

Yöneticiler farklı kurumsal mantıkları yönetebilmek için dış paydaşlarla iletişim kurarak, meşruiyeti harekete geçirme ve ortak öğrenme alanları sağlayarak, ortak etkileşimini kolaylaştırma mekanizmalarını kullanarak, bu zorlukların üstesinden gelirler. Bu araştırmanın sonuçları KÖİ'lerdeki rekabet eden kurumsal mantıkların yönetimini derinlemesine ele alan öncü araştırma olması nedeniyle önemlidir.

Bishop ve Waring, (2016) İngiltere'de sağlık sektöründe uygulanan KÖİ ile kurulan Independent Sector Treatment Centre (ISTC)'de yapılan araştırmada, profesyonel-bürokratik mantık ile piyasa-yönetim mantığının çatışması "örgütsel hedefler ve değerler, iş faaliyetleri, hiyerarşiler, malzeme ve teknoloji" alanlarında gerilimlere neden olduğu ve bu gerilimlerin müzakereler yoluyla geçici olarak çözülmeye çalışıldığı tespit edilmiştir. KÖİ'lerde uzun süreli sözleşme, karşılıklı ve hiyerarşik zorunluluklar kamu ve özel aktörler arasındaki ilişkileri mikro düzeyde de etkilemektedir. Zaman geçtikçe, ilişkiler geliştikçe ve her iki taraf birbiriyle yakınlaştıkça ortak örgüt kültürü oluşmaya başlamaktadır. Ayrıca araştırmada sağlık personelinin klinik faaliyetlere odaklandığı, özel sektör yöneticilerinin daha çok mali ve idari konulara odaklandığı tespit edilmiştir. Bu durum farklı kurumsal mantıklar arasında izole bir alan oluşturulduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Golann ve Jones (2021) tarafından yapılan araştırmada, okul müdürlerinin disiplini sağlamaya yönelik kararlarında kontrol ve özen mantıklarının varsayımlarını ve tutarsız taleplerini nasıl dengeleyip harmanladıkları araştırılmıştır. Ayrıca aktörlerin uygulama ve politikalar geliştirmede rakip kurumsal mantıklara verdikleri tepkiler incelenmiştir. Araştırma sonucunda, iki farklı kurumsal mantığın (kontrol ve özen) bulunduğu durumda aktörlerin her iki mantığın araçlarını ve uygulamalarını harmanlayarak kullanmaya çalıştıklarını, böylece farklı kurumsal mantıklar arasında denge sağlanabileceği gösterilmiştir.

Ahmadsimab ve Chowdhury (2021) tarafından yapılan araştırmada, kâr amaçlı işletmeler ile kâr amacı olmayan örgütler arasında yapılan ortaklıklarda örgütsel değerler arasındaki gerilimlerin öncelikle ilk işbirliği aşamasında ortaya çıktığını, bu değerlerle bağlantılı örgütsel uygulamalara ilişkin gerilimlerin ise resmi ortaklık aşamasında ortaya çıkma eğiliminde olduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte, resmi ortaklık aşamasının başlangıcında, gerilimlerin kaynağı, firma ve kâr amacı olmayan örgüt ortaklarının farklı değerlerine dayanmak yerine, operasyonel düzeydeki farklılıklara ve günlük faaliyetlere kaymış görünmektedir. Ortaklar, ortaya çıkan gerilimleri yönetmek için faaliyet

kapsamını müzakere etme, izleme ve öğrenme, örgütsel uygulamaları değiştirme olmak üzere üç farklı mekanizma benimseyerek sürdürülebilirliği sağlamaya çalışmışlardır. Söz konusu araştırma, sektörler arası ortaklıklarda farklı kurumsal mantıklarla ilişkili gerilimleri azaltma ve başarılı ortaklıkları sürdürme yöntemlerini vurgulayarak sektörler arası ortaklık ve kurumsal karmaşıklık konusundaki literatüre katkıda bulunmaktadır.

Vähä-Savo, Luomanen ve Alasuutari (2022) tarafından bilim ve teknoloji parkları üzerinde yapılan araştırmada, aktörlerin çatışan kurumsal mantık talepleri arasında metaforlar aracılığıyla köprü kurmaya çalıştığı gösterilmiştir. Araştırma sonucunda, çatışan iki rakip kurumsal mantığı (romantizmin ve araçsal rasyonalizmin) ve bunların gerektirdiği farklı kimlikleri ve değer sistemlerini bilim ve teknoloji parklarında yer alan aktörler tarafından parkları tanımlamak ve onlara anlam vermek için kullanılan altı anahtar metafor (bahçe, kuluçka makinesi, hızlandırıcı, kanal, köy ve ev sahibi) aracılığıyla birleştirmeyi başardığı görülmektedir. Diğer bir deyişle araştırma sonuçları metaforların, çatışan mantıkların uzun süreler boyunca bir arada var olduğu, örgütsel alanlarda çatışan kurumsal mantıkları uzlaştırmada çok önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİ VE KURUMSAL MANTIKLAR

Hastaneler; hekimler, fizyoterapistler, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler gibi bir çok farklı mesleklerin birlikte sağlık hizmeti ürettiği örgütlerdir. Hastanelerde farklı kurumsal mantıklardan etkilenmesi muhtemel birçok farklı meslek bulunmakta ve hastanelerin meşru olarak algılanabilmesi için mesleki ve ticari hedefleri dengeleyebilmesi gerekmektedir (Thornton, Ocasio ve Lounsbury, 2012: 355). Ayrıca sağlık kurumları ve hastaneler, sağlık sektöründeki gelişmelerin bir sonucu olarak rekabet eden değerlerle ve farklı taleplerle karşı karşıya kalmaktadır. Birçok ülkedeki hastaneler, aynı anda kaliteyi artırma ve bakım maliyetlerini düşürme zorluğuyla karşı karşıyadır (Van Den Broek, Boselie ve Paauwe, 2014: 2).

Tüm hastaneler, çeşitli dış normatif kaynaklardan meşruiyet arama fırsatına sahiptir. Bunlardan bazıları daha net bir şekilde yönetim prosedürlerine, bazıları teknik prosedürlere ve bazıları da her ikisine de odaklanmıştır. Yönetsel meşruiyet tipik olarak teknik meşruiyetten (hasta bakımının kalitesi ve sağlık kuruluşları arasında uzmanlık eğitimi) farklı toplumsal değerler (verimlilik ve maliyet kısıtlaması) tarafından yönetilmektedir (Ruef ve Scott, 1998: 883). Bu bağlamda hastanelerde hekim ve hemşirelerin bakımın kalitesini vurgulayan profesyonel bir mantıkla hareket ederken,

yönetici ve yöneticilerin daha çok verimlilikle meşgul olan işletme mantığına göre hareket etmesi beklenmektedir (Van Den Broek, Boselie ve Paauwe, 2014: 2).

Scott, Ruef, Mendel ve Caronna (2000) tarafından yapılan araştırmada sağlık hizmetlerinde profesyonel bir mantığın egemenliğinden, piyasa mekanizmaları yoluyla bir yönetim mantığının egemenliğine doğru bir kayma olduğunu tespit etmişlerdir. Scott ve arkadaşları (2000), sağlık sektöründeki gelişmeleri hakim kurumsal mantıklardaki değişimlere bağlamışlardır. Sağlık sektöründeki hakim profesyonel mantıktan devlet mantığına ve son olarak da piyasa mekanizmaları yoluyla piyasa mantığının egemenliğine doğru bir kaymanın olduğunu tespit etmişlerdir. Özseven ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada Türk sağlık alanında hakim kamu hizmeti mantığının sağlıkta dönüşüm reformlarıyla birlikte piyasa mantığından etkilenerek işletme benzeri kurumsal mantığına doğru dönüşüm gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak, Reay ve Hinings (2005) sağlık alanında profesyonel mantıktan piyasa mantığına geçiş olmasına rağmen doktorlar arasında meslek mantığının devam ettiği gösterilmiştir. Sağlık hizmetlerinin birden fazla kurumsal mantığın bulunduğu, kurumsal olarak karmaşık bir örgütsel alan olduğunu öne sürmektedir.

Reay ve Hinings (2009) Kanada sağlık sisteminde hem profesyonel hem de ticari mantığın bir arada var olduğunu göstermiştir. Rakip mantıkların bir arada var olabileceğini ve mantıklar arasındaki rekabetin işbirlikçi ilişkilerin geliştirilmesi yoluyla yönetilebileceğini göstermişlerdir. Sağlık sektörü, profesyonel mantık ve işletme benzeri mantığın bir arada bulunduğu çoklu kurumsal mantık alanlarından biridir (Van Den Broek vd, 2014: 17).

Bishop ve Waring, (2016) İngiltere'de sağlık sektöründe uygulanan KÖİ ile kurulan bir hastanede profesyonel-bürokratik mantık ile piyasa-yönetim mantığının "örgütsel hedefler ve değerler, iş faaliyetleri, hiyerarşiler, malzeme ve teknoloji" alanlarında çatışmalara ve gerilimlere neden olduğunu ve bu gerilimlerin müzakereler yoluyla geçici olarak çözülmeye çalışıldığı tespit edilmiştir.

Ten Dam ve Waardenburg (2020) hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin beş farklı kurumsal mantığı günlük uygulamalarına yansıttıklarını belirlemişlerdir. Birincisi, meşruiyetini uzmanlığından aldığı, tıp eğitimi, akran değerlendirmesi ve klinik kılavuzlar gibi araçlardan yararlandığı, bireysel hastaları hakkında doğru kararlar vermekten sorumlu olduğu, uzmanlığa, tıbbi konulara, eğitime ve bireysel hastalara odaklanıldığı

profesyonel-uzmanlık mantığıdır. İkincisi, performans, iyileştirme, sağlık hizmetleri kalitesine odaklanması ve kalite iyileştirmeye odaklanan yönetim mantığıdır. Üçüncüsü, müşteri memnuniyetini ve rekabeti vurgulayan ticari mantıktır. Dördüncüsü, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hasta organizasyonları, sigortacılar, STK'lar ve devlet gibi çeşitli ortaklarla istişarelerin önemini vurgulayan istişare mantığıdır. Beşincisi ise organizasyonel süreçlerin ve profesyonel rutinlerin özü olarak hastalarla işbirliğini önemseyen hasta merkezliliği mantığıdır.

Sağlık alanı, kurumsal mantıkları incelemek için elverişli bir ortam sağlamaktadır. Sağlık alanında kurumsal mantıklar ile ilgili yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerinin farklı kurumsal mantıklardan etkilendiğini ortaya koymaktadır. Ancak son yıllarda bir çok ülke tarafından sağlık hizmetlerinin KÖİ'ler aracılığıyla sunulduğu görülmektedir. Kurumsal mantık araştırmalarının sağlık alanındaki KÖİ'lerde yapılması, kurumsal mantık literatürüne önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE KÖİ MODELİ İLE KURULAN ŞEHİR HASTANELERİNDEKİ KURUMSAL MANTIKLAR ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Araştırmanın üçüncü bölümünde Türkiye'de SDP kapsamında uygulamaya konulan ve KÖİ ile kurulan şehir hastanelerindeki kurumsal mantıklara yönelik yapılan nitel araştırmaya yer verilmiştir. Bu bölüm araştırmanın amacı, soruları, önemi, yöntemi, deseni, evren ve örneklemi, katılımcıları, veri kaynakları ve veri toplama yöntemleri, veri analiz yöntemi, geçerlik ve güvenirliği ile bulgular ve tartışma kısımlarından oluşmaktadır.

1. ARAŞTIRMANIN AMACI, SORULARI VE ÖNEMİ

KÖİ, enerji ve ulaşım başta olmak üzere bir çok sektörde ve bir çok gelişmiş veya gelişmekte olan ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. 1990'lı yıllardan itibaren ise neoliberal politikalar ve buna bağlı olarak gelişen yeni kamu yönetimi yaklaşımları ile birlikte sağlık sektöründe de kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık sektöründe KÖİ, bazı ülkeler tarafından benimsenmezken, İngiltere başta olmak üzere Türkiye, İspanya, İtalya ve Fransa gibi bir çok ülkede kullanılmaktadır. EPEC (2023) verilerine göre 1990-2021 yılları arasında yapılan KÖİ projeleri açısından İngiltere sağlık sektöründe hem proje sayısı (297) hem de projenin parasal tutarı (30.391 Milyar Euro) açısından lider durumdadır. Son yıllarda Türkiye'de sağlık sektöründe KÖİ projeleri başlatılmış olup bu kapsamda entegre sağlık kampüsleri kurulmaktadır. Türkiye'de KÖİ kapsamında 2017-2023 yılları arasında 17 ilde toplam 28.063 yataklı 18 şehir hastanesi faaliyete alınmıştır (Tablo 11). Türkiye sağlık sektöründe yapmış olduğu KÖİ projeleri ile İngiltere'nin arkasından ikinci sıradadır (EPEC 2023).

Türkiye 2017 yılından itibaren sağlık sektöründe KÖİ projeleri için önemli bir pazar haline gelmiştir. KÖİ literatürü incelendiğinde KÖİ projelerine yönelik makro düzeyde ülkeler açısından ekonomik, hukuki ve politik değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu değerlendirmeler KÖİ projelerinin avantaj, dezavantaj, riskler, eleştiriler ve kritik başarı faktörlerini kapsamaktadır. Bu araştırmaların sağlık sektöründeki KÖİ projelerinden ziyade daha çok enerji, ulaşım ve altyapı projelerine odaklanıldığı görülmektedir. Bu araştırmada sağlık sektöründeki KÖİ projelerine odaklanılmıştır. Sağlık sektöründeki KÖİ projelerinde hem kamu hem de özel ortağın çalışanları bir arada sağlık hizmetinin sunumunda farklı görev ve sorumlulukları yerine getirmektedir. Kamu

ve özel sektörün farklı beklentilerinin olduğu, çalışanlar açısından ikili bir ayrımın söz konusu olduğu şehir hastanelerine yönelik çalışanların algılarının tespit edilmesi KÖİ literatürüne katkı sunması açısından önemlidir.

Bir diğer konu ise Türkiye'de sağlık sektöründeki KÖİ projelerine yönelik sınırlı sayıda yapılan araştırmalarda (Top ve Sungur, 2019; Gökkaya, 2020) katılımcıların farklı paydaşlardan oluştuğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği, çok farklı profesyonellerin bir arada çalıştığı organizasyonlar olmasıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde rekabet eden mantıklar üzerine yapılan araştırmalar hem farklı profesyoneller arasındaki etkileşimi hem de yöneticiler ve profesyoneller arasındaki etkileşimi analiz etmelidir (Arman, Liff ve Wikström, 2014: 283). Ayrıca çalışanlar dışındaki paydaşların neredeyse tamamının KÖİ ile ilgili görüşlerini ifade edebileceği mecralar bulunmaktadır. Örneğin siyasetçiler veya siyasi partiler Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM), gazeteciler yazılı ve basılı yayın organlarında, akademisyenler bilimsel platformlarda, STK'lar hazırladıkları raporlarda görüşlerini ifade edebilme şansına sahiptirler. Ancak KÖİ projelerinde aktif olarak görev yapan çalışanların görüşlerini aktarabileceği bir mecra bulunmamaktadır. Bu nedenle KÖİ projelerine yönelik çalışanların görüşleri genellikle gizli kalmaktatır. Bir çok projede ise çalışanların görüşlerine başvurulmamış durumdadır. Bu nedenlerle araştırmanın katılımcıları şehir hastanesinde en az bir yıl süreyle görev yapmış olan kamu yöneticisi, özel sektör yöneticisi ve sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Dolayısıyla araştırmada çalışanların sağlık alanındaki KÖİ projelerine yönelik algıların değerlendirilmesine odaklanılmıştır. Bu bağlamda araştırmanın birinci amacı; kamu-özel işbirliği ile kurulmuş olan şehir hastanelerinde çalışanların gözüyle şehir hastanelerine yönelik algıların değerlendirilmesidir. Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda geliştirilen araştırma sorusu:

1. Şehir hastanelerine yönelik çalışanların algıları nelerdir?

Sağlık sektörü hem yeni ve çeşitli örgütsel aktörleri bünyesine katarak hem de farklı kural ve mantıklara yanıt vererek, son yıllarda kurumsal yapısında muazzam değişiklikler yaşamaktadır. Bu değişiklikler sağlık hizmeti sunumundaki araçlar, amaçlar ve tıbbi faaliyetlerin düzenlenmesi konusunda süregelen çatışmaların artmasına neden olmaktadır (Galvin, 2002: 674). Sağlık sektöründeki reformlar hem ülkeler, hükümetler, politika geliştiriciler ve uygulayıcılar hem de akademisyenler arasında yaygın bir ilgi alanı haline gelmiştir. Scott ve arkadaşları (2000), sağlık sektöründeki gelişmeleri hakim

kurumsal mantıklardaki değişimlerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti kuruluşlarının bağlamı, rakip kurumsal mantıkların varlığını incelemek için ideal bir ortam sunmaktadır (Gibeau vd., 2020: 466).

Sağlık hizmetleri sunumunda kamu sektörü ahlakının, profesyonelliğin ve öz düzenlemenin erdemlerini benimseyen geçmiş mantıklar, performansı ve verimliliği artırmak için hükümet politikası ve düzenlemeleri tarafından onaylanan özel sektör ahlakıyla çatışmaya devam etmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda hemen hemen her dönem çok farklı kurumsal mantıkların etkisi bulunmaktadır. Bu farklı kurumsal mantıklar, politikacılar, sağlık bakanlığı yöneticileri, sağlık kuruluşları, sağlık profesyonelleri, hastalar ve son zamanlarda hizmeti 'modernleştirmeye' yardımcı olmak için ticari sözleşmeler kazanmaya hevesli özel sektör firmalarından kaynaklanmaktadır. Artan piyasalaştırma, özelleştirme ve ticarileştirme çağında sağlık hizmetlerinin karşı karşıya olduğu önemli zorluklardan biri, zaman içinde giderek daha fazla parçalanmış hale gelen bir örgütsel alanda ortaya çıkan rakip kurumsal mantıkları uzlaştırmaktır (Currie ve Guah, 2007: 244). Bu bağlamda sağlık sektöründeki KÖİ projeleri, kurumsal mantıklar açısından incelenebilecek önemli bir araştırma alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kurumsal mantıklar, bir alandaki değerleri yansıtır ve alan içinde uygun davranış ve başarının belirlenmesinde esastır. Kurumsal mantık, resmi ve gayri resmi davranış ve etkileşim kurallarını belirlenmesinde ve karar vericilere organizasyonun görevlerini yerine getirmede rehberlik eden ve sınırlayan bir açıklama sunmaktadır. Birlikte, hangi seçeneklerin ve çözümlerin mümkün ve uygun olduğunu belirlerler. Genellikle örtülü olan bu kurallar, örgütsel gerçeklik, uygun davranış ve başarı hakkında bir dizi değer ve varsayımı temsil etmektedir. Kurumsal mantıklar, farklı konularda karar almayı kolaylaştıran çerçevelerin oluşturulmasına yardımcı olur. (Skirstad ve Chelladurai, 2011: 341). Kurumsal mantıklar hem bilişsel unsurlar (varsayımlar, değerler ve inançlar) hem de onları destekleyen uygulamalar tarafından oluşturulmaktadır (Gibeau vd., 2020: 465). Dolayısıyla kurumsal mantıklar, çalışanların davranışlarını şekillendiren düzenleyici ilkeler olarak kabul edilmektedir (Reay ve Hinings, 2009: 631).

Kurumsal mantık yaklaşımı, normların ve kavramların çoklu, belirsiz veya değişken olduğu bağlamları incelemek ve anlamak için güçlü bir mercektir. Toplumsal düzeydeki mantıklar iyi hazırlanmış ve çoğunlukla geniş çapta anlaşılmış ve kabul edilmiş olsa da alan düzeyinde ve mikro düzeyde mantıklar o kadar da net değildir.

Kurumsal mantıklar, alan veya toplumsal düzeylerde var olurken bireysel düzeyde deneyimlenmektedir. Diğer bir deyişle, kurumsal mantıklar toplumdan alana ve bireye doğru akmaktadır (Mountford ve Cai, 2022: 363-365). Son yıllarda, makro ve mikro fenomenler arasındaki bağlantılara örgütsel bilim adamları arasında ve özellikle kurumsalcılar arasında artan bir ilgi var. Bununla birlikte, kurumsal mantık literatürü, yakın zamana kadar, "sosyal aktörlerin günlük örgütsel faaliyetlerde bulunurken mantığı nasıl eyleme dönüştürdüğünü veya bu mikro düzey faaliyetlerin örgütsel yapıları yeniden üretmeye veya dönüştürmeye nasıl yardımcı olduğunu" görmezden gelme eğilimindedir. Dolayısıyla mevcut literatür, sosyal aktörlerin günlük örgütsel faaliyetlerde bulunurken mantığı nasıl eyleme dönüştürdüğüne veya bu mikro düzeydeki faaliyetlerin örgütsel yapıları yeniden üretmeye veya dönüştürmeye nasıl yardımcı olduğuna dair net, ampirik temelli bir anlayıştan yoksundur. Ayrıca, farklı beklentilere sahip olan çoklu kurumsal alanların kesiştiği noktada, aktörlerin örgütsel bir ortamı nasıl yönettiklerine dair çalışmalar özellikle eksiktir (McPherson ve Sauder, 2013: 166). İnsanların ve uygulamaların birbirine bağlı olduğu sağlık hizmetlerinde kurumsal karmaşıklık kalıcıdır ve sürekli olarak yönetilmelidir (Currie ve Spyridonidis, 2016: 78).

McPherson ve Sauder (2013: 167) kurumsal mantığın, çatışmalı ve karmaşık bir ortamda aktörler tarafından kararları etkilemek, faaliyetleri haklı çıkarmak veya değişimi savunmak için kullanılabilecek araçlar olarak hizmet ettiğini önermektedir. Dolayısıyla, kurumsal değişimi veya sürekliliği tam olarak anlamak için, kurumların bireyler tarafından nasıl yorumlandığının, müzakere edildiğinin ve uygulamalara nasıl yansıdığının incelenmesi gerekmektedir.

Kurumsal mantık yaklaşımı, yüksek öğretim yayıncılığı (Thornton ve Ocasio, 1999; Thornton, 2002) finans sektörü (Lounsbury, 2002; Lounsbury, 2007; Battilana ve Dorado, 2011), gastronomi (Rao vd., 2003), senfoni orkestrası (Glynn ve Lounsbury, 2005), sağlık (Reay ve Hinings, 2005; Reay ve Hinings, 2009; Özseven vd., 2014; Ten Dam ve Waardenburg, 2020), tıp eğitimi (Dunn ve Jones, 2010), tıbbi cihaz sektörü (Pahnke vd., 2015), bira üretimi (Kroezen ve Heugens, 2019), sosyal girişimler (Tracey vd., 2011; Yan vd., 2019; Yan vd., 2021), sivil toplum kuruluşları (Pache ve Santos, 2010), kamu-özel işbirliği (Saz-Carranza ve Longo, 2012; Bishop ve Waring, 2016), bilim ve teknoloji parkları (Vähä-Savo, vd., 2022) ve eğitim (Golann ve Jones, 2021) olmak üzere çok farklı alan ve örgüt düzeyinde kurumsal karmaşıklığı ortaya çıkarmak ve açıklamak için kullanılmıştır. Son yıllarda gelişen bu araştırma alanı çoklu kurumsal

mantık ortamında bireysel ve örgütsel tepkilerin keşfedilmesine ve mantıklar arasındaki süregelen rekabete aktörlerin nasıl yanıt verdiğine odaklanmaktadır (Arman, Liff ve Wikström, 2014: 283). Bu araştırmada, KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde çalışan görevliler üzerindeki kurumsal etkileri derinlemesine incelemek için kurumsal mantık yaklaşımı kullanılmıştır.

Kurumsal mantık araştırmalarında, kurumsal değişimin bir baskın mantığın diğeriyle değiştirilmesi ile gerçekleştiği ve mesleklere tek bir mantığın rehberlik ettiği varsayılmaktadır. Ancak birden çok kurumsal alanda faaliyet gösteren mesleklerin genellikle çoğul mantığa sahip olduğu göz ardı edilmiştir (Dunn & Jones, 2010, s. 114). Özellikle, sağlık kuruluşlarındaki kurumsal mantıklar üzerine yapılan çağdaş araştırmalar, aktörlerin tek bir kurumsal mantık tarafından yönlendirildiği fikrinin ötesinde, sosyal aktörler tarafından istenen sonuçlara ulaşmak için birden fazla mantığın kullanılabileceği fikrine doğru yeterince ilerlememiştir. Kurumsal mantık bakış açısının "örgütlerin içine bakma" potansiyeline rağmen, kurumsal mantığın mikro düzeyde nasıl işlediğine odaklanan ve dolayısıyla günlük uygulamalar üzerindeki etkilerinin anlaşılmasını sağlayan çalışmalar eksiktir. Ayrıca, çoklu kurumsal mantığın mikro düzeyde uygulamayı etkileyebileceğine yönelik araştırmalar henüz yapılmamıştır (Gadolin, 2018: 127).

Kurumsal mantıkların nasıl tanımlanacağı, hatta mantığın yeri ve kapsamı hakkında örgütsel akademisyenler arasında bir fikir birliği olmamasına rağmen, bunlar genellikle örgütsel alanlarda bilişleri şekillendiren ve karar verme süreçlerini etkileyen makro düzeydeki inanç sistemleri olarak anlaşılır. Bu soyut mantıkların nasıl somut nitelikler kazandığını ve somut uygulamaları nasıl etkilediğini göstermek, kurumsal mantık perspektifinde uzun süredir devam eden bir endişedir. Çünkü kurumsal mantıklar mikro düzeyde aktörlerin örgütsel uygulamalarında eyleme dönüştürülmektedir (McPherson ve Sauder, 2013: 166-167). Çoklu kurumsal mantıklardan etkilenen aktörlerin farklı kurumsal mantıkların taleplerine nasıl stratejik yanıtlar verdiği ve günlük uygulamalarına nasıl yansıttıklarına ilişkin araştırma çağrıları artmaktadır. Ten Dam ve Waardenburg (2020) aktörlerin günlük faaliyetlerinde farklı kurumsal mantıkları nasıl kullandıklarının daha iyi anlaşılması ve kurumsal çoğulculuk bağlamında mikro süreçlere daha güçlü odaklanan araştırmalar yapılması gerektiğini belirtmektedir.

Kurumsal mantık literatüründe kurumsal mantıkların mikro süreçlere nasıl yansıdığı ve farklı kurumsal mantıklara aktörlerin hangi davranışlarla yanıt verdiğine

yönelik araştırma çağrıları bağlamında araştırmanın ikinci amacı geliştirilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın ikinci amacı; Türk sağlık sisteminde ilk kez KÖİ ile uygulamaya alınan şehir hastanelerinde bulunan çoklu kurumsal mantıklar, şehir hastanelerindeki çoklu kurumsal mantıkların çatışma nedenleri ve çoklu kurumsal mantıkların çatıştığı durumlarda aktörlerin geliştirdiği davranışların belirlenmesidir. Araştırma sonucunda şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların mikro süreçlere yansımaları, birbiriyle etkileşimi, çatışma nedenleri ve aktörler tarafından geliştirilen davranışlar ortaya konarak kurumsal mantık literatüründe gelişen mikro süreçlere yönelik araştırma akışına katkı sunulması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın ikinci amacı doğrultusunda geliştirilen araştırma soruları:

2. Şehir hastanelerinde hangi kurumsal mantıklar bulunmaktadır? Bu kurumsal mantıkların uygulamalara yansımaları nelerdir?

3. Şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların çatışma nedenleri nelerdir?

4. Şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantık çatışmalarına yönelik aktörler hangi davranışları sergilemektedir?

Öncelikle araştırmada şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkları ve bileşenleri belirlenmeye çalışılmıştır. Şehir hastanelerinde çalışanlar üzerindeki çoklu kurumsal mantıklardan kaynaklanan çelişkili kurumsal talepler incelenmiştir. Ek olarak araştırmada, KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların mikro temellerini derinlemesine incelemek ve kurumsal mantıkların günlük örgütsel faaliyetlerde nasıl etkileşime girdiği, uygulamalara nasıl yansıdığı, hangi konularda çatışmaların ortaya çıktığı ve aktörlerin hangi davranışlarla mantık çatışmalarına cevap verdiği açıklanmaya çalışılmıştır. Şehir hastanelerindeki çoklu kurumsal mantık ortamında çatışan örgütsel talepler ve kurumsal mantık karmaşıklıkların aktörlerin günlük uygulamalarına nasıl yansıttıklarının anlaşılması, KÖİ projelerinin amacına ulaşması için değerli katkılar sağlayabilir. Araştırma sonuçları, rekabet halindeki kurumsal mantıklara ve bunların itici güçlerine verilen bireysel yanıtlara ilişkin literatürü ilerletme potansiyeline sahiptir. Ayrıca kurumsal karmaşıklık ortamında farklı aktörlerin yaşanan gerilimleri aşmanın yollarını nasıl bulduklarını inceleyerek kurumsal olarak hibrit örgütler konusundaki araştırmalara önemli bir katkı sunması beklenmektedir.

2. ARAŞTIRMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI

Bu araştırma KÖİ ile kurulan ve işletilen 18 şehir hastanesini kapsamaktadır. Araştırma verileri tek bir şehir hastanesinden değil tüm şehir hastanelerinden toplanmaya çalışılmıştır. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca 2019 yılında yapmış olduğu açıklama ile yapılması planlanan 17 yeni şehir hastanesinin elde edilen tecrübeler doğrultusunda genel bütçe kapsamında yapılacağını duyurmuştur. Genel bütçe kapsamında yapılan (6) ve faaliyete geçecek olan (11) şehir hastanesi araştırma kapsamına girmemektedir. Dolayısıyla araştırma KÖİ ile kurulan şehir hastaneleri ile sınırlandırılmıştır.

Araştırmada amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örnekleme ve kar topu örnekleme yöntemi birlikte kullanılmıştır. Katılımcıların KÖİ ile kurulan şehir hastanesinde en az bir yıl süreyle çalışmış olması, şehir hastanesi tecrübesinin öncesinde veya sonrasında kamu veya özel hastanelerde çalışmış olma kriterleri ölçüt olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla şehir hastanesi dışında tecrübesi olmayan ve şehir hastanesinde en az bir yıl çalışmamış olan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada durum çalışması deseni kullanıldığı için katılımcı çeşitlemesinin kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle araştırma katılımcıları hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, kamu yöneticisi ve özel sektör yöneticilerinden oluşmaktadır. Araştırma katılımcılarına yönelik ilk sınırlandırma kamu ve özel yöneticilerinin daha çok orta ve alt düzey yöneticilerden oluşmasıdır. Özellikle üst düzey özel şirket yöneticileri ile görüşme imkanının bulunamaması araştırmanın önemli bir sınırlığını oluşturmaktadır. İkinci sınırlılık ise araştırma sonuçları araştırmaya katılan 27 katılımcının algı, görüş, düşünce, bilgi, deneyimleri ve aktardıkları bilgilerle sınırlıdır. Bu sınırlılığa yönelik araştırmada gözlem ve doküman incelemesi yapılarak katılımcıların aktardığı bilgiler doğrulanmaya çalışılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması ile ilgili sınırlılık ise, COVİD-19 pandemisi sürecinde gerçekleştirildiği için ilk 14 katılımcı ile yapılan görüşmeler online olarak gerçekleştirilmek zorunda kalınmasıdır. Katılımcıların online görüşmeye alışık olmaması, bazı katılımcıların kayıt alınması nedeniyle kameralarını kapalı tutması, teknik aksaklıklar vb. nedenlerle katılımcıların aktarmış olduğu bilgileri sınırlandırmış olabileceği ihtimalidir. Bu ihtimal doğrultusunda sonraki süreçte tüm görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Ayrıca online görüşme yapılan katılımcıların bir kısmıyla sonraki süreçte araştırmacı tarafından ziyaret edilerek görüşme dökümleri üzerine sohbet gerçekleştirilmiştir. Hem yüz yüze görüşme yapılan görüşmelerde hem de katılımcı

ziyaretlerinde şehir hastaneleri en az bir gün araştırmacı tarafından gözlem yapılmış ve gözlem notları araştırmacı günlüğüne yazılmıştır. Bazı şehir hastanelerinin gözlem çalışmasında katılımcıya sağlık yönetimi alanından bir akademisyen eşlik etmiştir. Son olarak mesafe, zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle Adana, Kayseri, Yozgat, Gaziantep ve Elazığ illerindeki şehir hastanelerinde gözlem yapılamamıştır. Kütahya ve İzmir Bayraklı Şehir Hastaneleri henüz faaliyete geçmediği için araştırmacı iki şehir hastanesinin hizmet sunum sürecini gözlemleme imkanı bulamamıştır. Ancak her iki hastanede en azından hastane binasının fiziki özellikleri açısından incelenmiştir.

Araştırmanın önemli bir sınırlılığı da Türkiye'de uygulamaya konulan şehir hastaneleri projeleri henüz çok yeni olup başlangıç aşamasındadır. İlk şehir hastanesi 2017 yılında açılmış olup henüz hiçbir şehir hastanesinin KÖİ projesi kapanışa ulaşmamıştır. İlk açılan şehir hastanesi henüz beşinci yılındadır. KÖİ sözleşmelerinin işletme süresinin 25 yıl olduğu göz önüne alındığında araştırmada elde edilen bulguların başlangıç dönemine ilişkin olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmanın son sınırlılığı ise KÖİ sözleşmeleri ile ilgilidir. KÖİ sözleşmelerinin "ticari sır" niteliği bulunduğu için gizli tutulmaktadır. Bu nedenle özellikle sözleşmelerde yer alan finansal kısımlar araştırmada yer almamıştır. Dolayısıyla araştırmada KÖİ kapsamında kurulan şehir hastanelerinin oluşturdukları maliyetlere yönelik herhangi bir bulgu yer almamaktadır. Bu durum araştırma için önemli bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada 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 (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 41) nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma saha notları, röportajlar, sohbetler, fotoğraflar, kayıtlar ve kişisel notlar kullanarak, olayları insanların bakış açılarından anlamlandırmaya veya yorumlamaya çalışılmasıdır (Denzin ve Lincoln, 2005: 3). Çünkü nitel araştırmalar sosyal gerçekliğin bireyler tarafından sürekli bir şekilde oluşturulduğunu kabul etmektedir (Bryman, 2012: 380).

Creswell'e (2016: 183) göre bir nitel araştırmanın yöntem kısmı; araştırmanın amacıyla ilgili olarak okuyucuları bilgilendirmeyi, araştırmanın deseni hakkında bilgi vermeyi, araştırmacının araştırmadaki rolünü dikkatli bir şekilde yansıtmayı, veri kaynaklarının çeşitliliğini, verilerin kaydedilmesinde uygulanan protokolleri, toplanan

verileri çoklu analiz yöntemleri ile analiz etmeyi, toplanan verilerin geçerlik ve güvenilirliğini gösteren yaklaşımları yer vermeyi gerektirir.

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Araştırma deseni, araştırma süreci boyunca araştırmacıya rehberlik eden ve geliştirilen bir plandır (Patton, 2014: 372). Diğer bir deyişle araştırmacıyı, araştırma sürecinin ilk aşamasından son aşamasına kadar rehberlik eden bir eylem planıdır. Araştırma deseni araştırma sorularını, verilerini ve sonuçta ulaşılan bulguları birbirine bağlayan mantıksal bir kurgudur (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 292). Her araştırma başlangıçta planlanmış olsun ya da olmasın örtülü veya açık bir araştırma desenine sahiptir (Yin, 2011: 75-76). Bu araştırmanın deseni "durum çalışması" olarak benimsenmiştir.

Durum çalışması, "sınırlı bir sistemin derinlemesine betimlenmesi ve incelenmesidir" (Merriam, 2013: 40-43). Bir araştırma deseni olarak, durum çalışması, birey, grup, örgüt, sosyal ve politik durumlar hakkındaki bilgileri artırmak için birçok durumda kullanılır. Durum çalışması araştırmacıya bir olaya müdahale etmeden bütüncül ve anlamlı özelliklerini ortaya çıkarabilmesi için zengin veri toplama ve derinlemesine inceleme olanağı sunması nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir (Yin, 2009: 4). Durum çalışması, bir kuramın niteliği, bir örgütün işleyişi ya da bir programın uygulanması gibi farklı boyutlarla ilgili derinlemesine bilgi sağlamaktadır (Akar, 2017: 174). Araştırmalarda durum olarak "birey, grup, örgüt, ortam" ele alınabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 73). Bu araştırmada durum olarak "Türk sağlık sisteminde ilk kez uygulanan KÖİ projeleri ile kurulan ve işletilen şehir hastaneleri" ele alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma, KÖİ ile kurulan şehir hastanelerini kapsayan nitel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın katılımcıları belirlenirken amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme yöntemindeki temel anlayış önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 119). Katılımcıların KÖİ ile kurulan şehir hastanesinde en az bir yıl süreyle çalışmış olması, şehir hastanesi tecrübesinin öncesinde veya sonrasında kamu veya özel hastanelerde çalışmış olma kriterleri ölçüt olarak belirlenmiştir. Bu ölçütün belirlenmesinde karmaşık ve entegre yapılar olan şehir hastaneleri hakkında katılımcıların yeterli tecrübeye sahip olmaları (en az bir yıl) ve katılımcıların şehir hastanesi dışında da tecrübelerinin olmasının şehir hastanelerini değerlendirirken daha

geniş perspektiften değerlendirme olanağı sunabileceği beklentisi etkili olmuştur. Ayrıca araştırmada görüşme yapılan katılımcıların tavsiye ettikleri yeni katılımcılarla da görüşme yapılmıştır. Dolayısıyla araştırmada ölçüt örnekleme ile birlikte kar topu örnekleme yöntemi de kullanılmıştır. Bu bağlamda şehir hastanelerinde çalışan kamu ve özel şirket yöneticileri, doktor ve hemşireler başta olmak üzere sağlık personeli araştırmanın katılımcılarını oluşturmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN KATILIMCILARI

Araştırmanın örnekleminde yer alan katılımcılara referanslar aracılığıyla ulaşılmıştır. Ulaşılan her katılımcıdan başka bir katılımcı için referans olunması talep edilmiştir. 11 Ekim 2021 günü katılımcılarla görüşmeye başlanmıştır. Verilerin doygunluğa ulaşması üzerine 20 Ağustos 2022 günü görüşmeler sonlandırılmıştır. Araştırmanın nitel araştırma desenlerinden durum çalışması olması, araştırmada görüşme, gözlem ve doküman olmak üzere çeşitli veri kaynaklarının bir arada kullanılması araştırmacının ikamet ettiği ilde şehir hastanesinin bulunmaması, pandemi koşulları, şehir hastanesinde görev yapan çalışanların görüşmeyi kabul etmemesi ve sağlık sektörünün genel yoğunluğu nedeniyle saha çalışmaları yaklaşık olarak 11 ay sürmüştür.

Araştırmada veri toplamak amacıyla ölçüt örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılarak 27 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıları anonimleştirmek adına müstear isimler kullanılmıştır. Müstear isimlerin belirlenmesinde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan "Nüfus ve Konut Sayımı" sonuçlarında 2021 yılında "cinsiyete göre en çok kullanılan ilk 30 isim"den yararlanılmıştır (TÜİK, 2022). Katılımcıların müstear isim, meslek, tecrübe ve görüşme bilgileri Tablo 23'te verilmiştir.

Katılımcıların 10'u hekim, 2'si şehir hastanesinde yönetici pozisyonunda olan hekim, 4'ü hemşire, 2'si sağlık personeli, 4'ü özel sektör yöneticisi, 5'i kamu yöneticisi olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların 11'inin yöneticilik tecrübesi bulunmaktadır. Katılımcıların şehir hastanelerindeki çalışma süreleri 1 yıl ile 4 yıl arasında değişmektedir. Toplam çalışma süresi ise 3 yıl ile 29 yıl arasında değişmektedir. İlk 14 görüşme pandemi nedeniyle ZOOM Cloud Meetings programı kullanılarak online olarak gerçekleştirilmiştir. Online görüşmelere 2 katılımcı hastaneden 12 katılımcı ise evinden katılmıştır. Sonraki 13 görüşme ise yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze görüşülen katılımcıların 1 tanesi ile kafeteryada 12 tanesi ile hastanede görüşülmüştür.

Tablo 23. Araştırmanın Katılımcıları

SN	Müstear İsim	Mesleği	Şehir Hastanesindeki Çalışma Süresi (Yıl)	Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	Görüşme Şekli	Görüşmenin Yapıldığı Yer	Görüşme Süresi (Dk)
1	Zeynep	Hekim	1	3	Online	Ev	60:13
2	Elif	Hekim	2	3	Online	Ev	38:07
3	Asel	Hemşire	1,5	18	Online	Ev	50:21
4	Yusuf	Hekim	2	7	Online	Ofis	50:26
5	Alparslan	Hekim	2	14	Online	Ofis	31:29
6	Asya	Hemşire	2,5	28	Online	Ev	54:45
7	Defne	Hemşire	2,5	21	Online	Ev	63:07
8	Miraç	Sağlık Personeli	2,5	17	Online	Ev	55:12
9	Nehir	Kamu Yöneticisi	3,5	9	Online	Ev	69:21
10	Azra	Özel Sektör Yöneticisi	4	5	Online	Ev	51:15
11	Ömer Asaf	Hekim / Yönetici	4	8	Online	Ev	56:18
12	Zümra	Özel Sektör Yöneticisi	3	4	Online	Ev	45:34
13	Eylül	Özel Sektör Yöneticisi	1	4	Online	Ev	45:05
14	Ecrin	Sağlık Personeli	3	5	Online	Ev	30:14
15	Eymen	Özel Sektör Yöneticisi	3	4	Yüz yüze	Hastane	57:28
16	Meryem	Hekim	2	11	Yüz yüze	Hastane	30:13
17	Lina	Hekim	1,5	19	Yüz yüze	Hastane	70:55
18	Eslem	Hekim	3,5	17	Yüz yüze	Hastane	73:42
19	Göktuğ	Hekim	2,5	12	Yüz yüze	Hastane	38:15
20	Aras	Hekim	3	8	Yüz yüze	Hastane	117:02
21	Ali	Hekim / Yönetici	3	9	Yüz yüze	Hastane	108:36
22	Kerem	Hekim	2	7	Yüz yüze	Hastane	35:47
23	Masal	Kamu Yöneticisi	3,5	29	Yüz yüze	Hastane	128:11
24	Poyraz	Kamu Yöneticisi	4	27	Yüz yüze	Hastane	67:16
25	Ebrar	Hemşire	1	2	Yüz yüze	Kafeterya	121:17
26	Hamza	Kamu Yöneticisi	3	22	Yüz yüze	Hastane	69:41
27	Çınar	Kamu Yöneticisi	2	8	Yüz yüze	Hastane	33:06

22 katılımcı ile yapılan görüşmeler katılımcıların onamları alınarak kayıt altına alınmıştır. 1 katılımcı başlangıçta kayıt alınmasına izin vermemiş ama görüşmenin 8. dakikasında not aldırmanın çok uzun süreceğini ve verimli olmayacağını belirterek kayıt alınmasına izin vermiştir. 4 katılımcı ise görüşmenin kayıt altına alınmasına izin

vermemiştir. Görüşmenin kayıt altına alınmasına izin vermeyen katılımcılarla yapılan görüşmelerde katılımcılar araştırmacıya not tutturmak suretiyle yöneltilen soruları yanıtlamışlardır. Kayıt yapılmayan ve katılımcının not tutturduğu görüşmeler ortalama olarak 2 saat sürmüştür. Görüşmeler en az 30 dakika 13 saniye en fazla ise 128 dakika 11 saniye sürmüştür. Görüşme kayıtları transkripsiyon yapılmış olup toplamda 276 sayfa 109.011 sözcükten oluşan döküm elde edilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMACININ ROLÜ

Nitel araştırmacılar, insanların deneyimlerini, yaşantılarını ve dünyalarını yorumlama biçimlerini ve nasıl anlam yüklediklerini analiz etmeye çalışırlar. Bu nedenle nitel araştırmalarda veri toplanmasında ve analiz edilmesinde en önemli ve başlıca araç araştırmacının kendisidir (Merriam, 2013: 15). Nitel araştırmalar, araştırmanın gerçek dünya ortamlarında gerçekleştiği ölçüde doğaldır. Bu nedenle araştırmacı doğal olarak ortaya çıkan şeyi etkilemeye, kontrol etmeye veya manipüle etmeye çalışmamalıdır. Gözlemler gerçek dünya ortamlarında gerçekleşir. Mülakatlar, insanların kendileri için rahat ve tanıdık olan yerlerde ve koşullarda açık uçlu sorularla yapılır (Patton, 2014: 99).

Nitel araştırmalar doğası gereği araştırmacının rolü ve katılımcı ile araştırmacı arasındaki ilişkinin etik kurallar doğrultusunda kurulması zorunludur. Nitel araştırmalarda katılımcı bir veri kaynağı olarak kabul edilir ve araştırmacının görüşme ve gözlem yöntemi ile katılımcılardan maksimum veriyi almaya çalışmalıdır. Ancak veri toplama sürecinde katılımcıların gönüllü bir şekilde veri kaynağı olarak hizmet edebilmesi için rızalarının alınması, araştırma hakkında tam bilgilendirme yapılması, katılımcının mahremiyeti ve gizliliğinin sağlanması etik kurallar açısından çok önemlidir (Smythe ve Murray, 2000: 317). Araştırmacı hem veri toplama ve gözlem sürecinde hem de verilerin analiz ve yorumlanma sürecinde etik sorumluluklarını yerine getirmiştir.

Nitel araştırma kişiseldir. Bu nedenle araştırmacının geçmişi, deneyimleri, eğitimi, becerileri, kişiler arası yetkinlikleri ve empati kapasitesi, kültürler arası duyarlılığı, bir kişi olarak saha çalışmasına nasıl katıldığı (araştırmadaki rolü) araştırmanın güvenilirliğini destekleyici unsurlardır (Patton, 2014: 40). Araştırmacı doktora ders döneminde "Araştırma Yöntemleri" ve "Yönetim Araştırmaları" derslerini almıştır. Araştırmacı nitel araştırma konusunda yetkinliğini artırmak için, 11-12 Kasım 2019 tarihleri arasında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından düzenlenen, "Nitel Araştırma Yöntemleri" kursuna katılmıştır. Ayrıca araştırmacı Araştırma Yöntemleri Eğitim ve Uygulama Merkezi tarafından düzenlenen

“Temel Nvivo Kullanımı” ve “İleri Nvivo Kullanımı ve Nitel Veri Analizi” online eğitimlerine katılmıştır.

3.5. VERİ KAYNAKLARI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Durum çalışması, bir durum ile ilgili gözlem, derinlemesine görüşmeler ve dokümanlar ile çeşitli kaynaklardan verilerin toplanmasını ve analiz edilmesini içerir (Glesne, 2014: 30). Durum çalışmasında tek tip veri kaynağının durumunun anlaşılmasında yeterli olması muhtemel değildir. Her birinin güçlü ve zayıf yanları olan birden fazla veri kaynağından yararlanmak gereklidir. Farklı veri kaynaklarından elde edilen verilerle çeşitleme yapılarak sonuca ulaşılması, durum çalışmasının temel ve güçlü özelliğidir (Gillham, 2000: 4). Bu nedenle bu araştırmada doküman incelemesi, gözlem ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılarak farklı veri kaynaklarına başvurulmuştur.

Araştırmada durum çalışması deseni benimsendiği için veri çeşitlemesi yapılmıştır. Bu araştırmada kullanılacak veriler üç gruba ayrılmaktadır. Birinci grupta yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler, ikinci grupta gözlem notları ve üçüncü grupta ise yazılı dokümanlar yer almaktadır. Birinci veri kategorisini, yarı yapılandırılmış görüşmeler oluşturmaktadır. Nitel araştırmalarda görüşme sadece veri toplamak için bir araç değil, aynı zamanda veri üretimi için kullanılan önemli bir araçtır (Elliott, 2005: 17). Derinlemesine görüşme, katılımcıların düşüncelerini, bilgilerini, deneyimlerini, belirli bir olay veya fenomeni nasıl yaşadıklarını en iyi şekilde rapor edilmesine olanak sağlayan veri toplama yöntemidir (Darlington ve Scott, 2002: 48).

Nitel araştırmada veri toplama tipik olarak doygunluk noktasına kadar gerçekleşir. Temel olarak, bu, araştırmacıların katılımcılar tarafından yeni bilginin paylaşılmadığı ve aynı bilgilerin gelmeye başladığı veri toplama süreci sonlandırılır (Firmin, 2008: 868). Bu araştırmada 25. katılımcıda araştırmacı doygunluk noktasına ulaşıldığına kanaat getirilmiştir. Ancak danışman hoca ile yapılan görüşme sonucunda araştırma katılımcılarından kamu yöneticilerinin az olması nedeniyle yeni veri gelebileceğini bu nedenle iki kamu yöneticisi ile daha görüşülmesi kararlaştırılmıştır. İki kamu yöneticisi ile daha görüşme yapıldıktan sonra araştırmacı ve danışman hoca tarafından yeni verilerin gelmediği ve verilerin doygunluk noktasına ulaşıldığına kanaat getirilmiştir. Dolayısıyla araştırmada 27 katılımcı ile en az 30 dakika 13 saniye en fazla ise 128 dakika 11 saniye olmak üzere toplam 27 saat 29 dakika 26 saniye görüşülmüştür.

Araştırmada ilk 14 görüşme Covid-19 pandemisi nedeniyle online olarak yapılmış ve online görüşmelerin araştırmacı tarafından transkripsiyonu yapılmıştır. Online görüşmeden elde edilen veriler analiz edildikten sonra şehir hastanelerinde gözlem yapılmıştır. Dolayısıyla araştırmanın ikinci veri grubunda araştırmacının gözlem notları bulunmaktadır. Araştırmacı tarafından 13 şehir hastanesinde gözlem yapılmıştır. Bazı şehir hastanelerinde araştırmacıya bir gözlemci daha eşlik etmiştir. Araştırma verilerinin üçüncü kaynağı ise şehir hastaneleri ile ilgili Sağlık Bakanlığı Sayıştay Denetim Raporlarından oluşmaktadır. Bu araştırmada dokümanların analizine odaklanılmasının iki temel nedeni bulunmaktadır. Birincisi, şehir hastaneleri ile ilgili zaman içinde çok sayıda Sayıştay Raporu oluşmuştur. İkincisi ise, araştırma kapsamına alınan Sayıştay Raporları uzun, dikkatli bir şekilde hazırlanmış, somut, obbjektif ve çok zengin bir veri kaynağı sağlamasıdır.

3.6. VERİ ANALİZ YÖNTEMİ

Araştırma verileri; yarı yapılandırılmış görüşmeler, gözlem ve dokümanlardan elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde hem tümevarımsal hem de tümdengelimsel yaklaşımla tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Tematik analiz, Boyatzis (1998: 4) tarafından "verilerdeki kalıpları (temaları) minimum düzeyde ayrıntılı bir şekilde tanımlama, analiz etme ve raporlama yöntemi" olarak tanımlamıştır. Araştırmada tematik analiz yapılırken Braun ve Clarke, (2006: 87) tarafından önerilen 6 aşama (verileri tanıma, ilk kodların oluşturulması, temaların aranması, temaların gözden geçirilmesi, temaların adlandırılması ve raporun oluşturulması) dikkate alınmıştır.

Birinci aşamada araştırmacı tarafından yarıyapılandırılmış görüşme verileri tanınmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda öncelikle katılımcılarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler genellikle her görüşmeden sonra analize uygun hale getirilmesi için dikkatli bir şekilde transkripsiyon yapılmıştır. Derinlemesine görüşmelerde yapılan ses kayıtları olduğu gibi yazılı hale getirilmiştir. Transkripsiyon yapılırken katılımcıları anonimleştirmek için TÜİK'in en çok kullanılan isim verileri kullanılarak müstear isimler atanmıştır. Transkripsiyon yapılırken katılımcıların, uzun duraklamalarını, gülme, ağlama veya iç çekme gibi bariz duygusal içeriğin tanımlanması da yapılmıştır. Transkripsiyon yapıldıktan sonra araştırmacı hem metnin doğruluğunu kontrol etmek hem de veriye aşinalığın artırılması amacıyla ses kayıtlarını tekrar tekrar dinlemiştir (Darlington ve Scott, 2002: 143). Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler

transkripsiyon yapıldıktan sonra elde edilen veri seti öncelikle araştırmacı tarafından iki kez notlar alınarak okunmuştur.

Tematik analizin ikinci aşamasında araştırmacı verilere iyice aşina olduktan sonra kodlama sürecine geçilmiştir. Nitel araştırmada kodlama, verilerin elenmesini, anlamlandırılmasını ve çeşitli şekillerde sınıflandırılmasını içeren analitik sürecin ilk adımıdır (Darlington ve Scott, 2002: 144). Kodlama, mülakat transkriptleri, alan notları, arşiv materyalleri, raporlar, gazete makaleleri ve sanat gibi ham verilerden fikir ve kavram üretme sürecidir. Kodlama, bir sürecin potansiyel olarak ilginç olaylarını, özelliklerini, cümlelerini, davranışlarını veya aşamalarını tanımlamak ve bunları etiketlerle ayırmaktan oluşur (Benaquisto, 2008: 85). Kodlama sürecinde ilk 14 katılımcı ile yapılan online görüşmelerden elde edilen veri seti araştırmacı ve danışman hoca ile birlikte kodlanmıştır. Kodlama veri setinin alınan dökümü üzerinde kağıt ortamda manuel olarak yapılmıştır. Her bir kod üzerinde tartışılmış ve üzerinde fikir birliğine varılmış olan kodların Excel kullanılarak listesi oluşturulmuştur. Yüzyüze yapılan görüşme dökümleri araştırmacı tarafından oluşturulan kod listesine bağlı kalarak kodlanmıştır. Bu süreçte ortaya çıkan yeni kodlar araştırmacı ile danışman hoca birlikte değerlendirerek kod listesine eklemeler yapılmıştır. Tüm görüşme verilerinin kodlanma süreci bittiğinde oluşturulan kod listesi kullanılarak araştırmacı tarafından ikinci kodlama Maxqda 2020 programı kullanılarak yapılmıştır.

Tematik analizin üçüncü aşamasında araştırmacılar kodlar arasında bağlantılar arar ve kodlar arasındaki bağlantı örüntülerini fark ettikçe kategoriler (alt temalar) üretir. Kategoriler genellikle önceden kodlanmış veri gruplarını bir araya getirilerek oluşturulur. Kategori süreci, bir araştırma projesinde doygunluğa ulaşana (yeni kategorilerin oluşmadığı noktaya) kadar devam eder. Bu sürecin sonucunda, kategorilerden temalar oluşturulur. Çoğu zaman, verilerden oluşturulan bu temalar çalışmanın sonuçlarıdır (Chenail, 2008: 72). Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen 276 sayfa 109.011 sözcükten oluşan döküm araştırmacı ve danışman hoca ile birlikte iki tur olarak analiz edilmiştir. İlk turda kod listesi oluşturulmuştur. İkinci turda hem kodlar tekrar kontrol edilmiş hem de kodlardan yola çıkarak alt tema ve temalar belirlenmeye çalışılmıştır. Belirlenen kod, alt tema ve temalardan araştırmanın kavram haritası ortaya çıkarılmıştır.

Tematik analizin dördüncü aşaması temaların gözden geçirilmesidir. Bu kapsamda elde edilen kavram haritasının (kod, alt tema ve temalar) değerlendirilmesi için iki ayrı komite oluşturulmuştur. İlk komite, Tez İzleme Komitesi ile yapılmıştır. İkinci

komite ise Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yapan bir Doçent Dr. ve doktora tez sürecinde olan ve yüksek lisans tezini nitel araştırma yöntemiyle yapmış olan üç öğretim görevlisinden oluşan geçerlik ve güvenilirlik komitesi ile yapılmıştır.

Tematik analizin beşinci aşamasında araştırmacı ve danışman hoca tarafından ilk komitenin değerlendirmeleri ve önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Düzeltmeler yapıldıktan sonra ikinci komite yapılmıştır. İkinci komitenin değerlendirme ve önerileri araştırmacı ve danışman hoca ile değerlendirilmiş olup veri analiz süreci tamamlanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme verileri analiz edildikten sonra araştırmacının gözlem notları ve ilgili dokümanlar (Sayıştay raporları, Türkiye Büyük Millet Meclisi tutanakları ve meslek kuruluşlarının hazırlamış olduğu raporlar) analiz edilerek elde araştırmanın bulguları zenginleştirilmiştir. Doküman incelemesi, araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren materyallerin analizini kapsamaktadır. Bu anlamda doküman incelemesi nitel araştırmalarda gözlem ve görüşme gibi diğer veri toplama yöntemleriyle birlikte kullanıldığında "verinin çeşitlendirilmesi" (data triangulation) amacına hizmet edecek ve araştırmanın geçerliliğini önemli ölçüde artıracaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 189).

Tematik analizin altıncı ve son aşaması olan rapor oluşturma aşamasında tematik analiz sonucunda elde edilen kavram haritası zengin alıntılarla, gözlem notları ve dokümanlardan elde edilen bilgi ve açıklamalarla bulgular kısmında geniş bir şekilde yer verilmiştir. Verilerin nihai analiz sürecinde ve bulgular kısmında verilen kavram haritalarının hazırlanmasında Maxqda 2020 programından yararlanılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Bilimsel araştırmaların temel amacı etik ilkeler doğrultusunda geçerliği ve güvenilirliği sağlanmış bilgiler üretmektir. Geçerlik ve güvenilirlik, bilimsel araştırmalarda kavramsal çerçevenin oluşturulması, veri toplama araçlarının belirlenmesi, verilerin toplanma süreci, verilerin analiz edilmesi, bulguların yorumlanması ve elde edilen sonuçların raporlanması aşamalarıyla ilgili etik kaygılardır (Merriam, 2013: 200). Bilimsel araştırmalarda geçerlik, araştırmanın ölçtüğünü iddia ettiği şeyi doğru bir şekilde ölçmesini, güvenilirlik ise araştırmanın sonuçlarının bağımsız olarak kontrol edilebilir olmasını diğer bir ifadeyle araştırmanın tekrarlanması halinde benzer sonuçlara ulaşılabilir olmasını ifade etmektedir (Beuving ve Vries, 2014: 42).

Nitel araştırmanın temel özellikleri esneklik, araştırma alanına olan yakınlık, yüz yüze görüşmeler yoluyla ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplama, elde edilen bilgilerin

teyit edilmesi için alana geri gidebilme ve ek bilgi toplama olanağının olması gibi nitel araştırmada geçerliği oluşturmayı sağlayan önemli özelliklerdir. Ayrıca toplanan verilerin ayrıntılı rapor edilmesi ve araştırmacının sonuçlara nasıl ulaştığını açıklaması nitel bir araştırmada geçerliğin önemli ölçütleri arasında yer almaktadır. Nitel araştırmada güvenilirlik nicel araştırmada olduğu gibi test etme ve saptama amacına yönelik olmayıp daha çok araştırmacının araştırmanın çeşitli aşamalarında kullandığı stratejilerin daha belirgin hale getirilmesi ve bu şekilde diğer araştırmacıların bu stratejileri benzer biçimlerde kullanabilmesine olanak sağlamasına ilişkindir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 272-273). Nitel araştırmaların geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi, nicel araştırmalardan farklı ölçütler kullanılmaktadır. Bu araştırmanın geçerliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Guba (1981) tarafından önerilen ölçütler dikkate alınmıştır.

Tablo 24. Nitel Araştırmalar için Geçerlik ve Güvenilirlik Ölçütleri

Ölçüt	Nicel Araştırma	Nitel Araştırma
Gerçeklik değeri	İç geçerlik	İnandırıcılık
Uygulanabilirlik	Dış geçerlik (Genellenebilirlik)	Aktarılabilirlik
Tutarlılık	İç Güvenilirlik	Tutarlılık
Tarafsızlık	Dış Güvenilirlik (Tekrar edilebilirlik)	Teyit Edilebilirlik

Kaynak: Guba, 1981.

3.7.1. İç Geçerlik (İnandırıcılık)

Nitel araştırma da dahil olmak üzere her türlü araştırma için, muhtemelen anahtar kalite kontrol konusu bir çalışmanın geçerliliği ve bulguları ile ilgilidir. Geçerli bir çalışma, verilerini düzgün bir şekilde toplayan ve yorumlayan bir çalışmadır (Yin, 2011: 78). İç geçerlik, araştırmada elde edilen bulguların dış dünyadaki gerçekliğe ne kadar uygun olduğu ve gerçekten mevcut durumu ifade edip etmediği ile ilgilidir (Merriam, 2013: 203). İnandırıcılık araştırmacının veri toplama, analiz ve yorumlama süreçlerinde tutarlılığı sağlaması ile ilgilidir. Bunun sağlanabilmesi için ise uzun süreli etkileşim, derinlemesine veri toplama, çeşitleme (triangulation), uzman incelemesi ve katılımcı teyidi gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır (Guba, 1981: 83).

Nitel araştırmalarda iç geçerliğin (inandırıcılığın) sağlanabilmesi için en yaygın kullanılan yöntemler ise "çeşitleme yöntemi (triangulation-üçgenleme)" ve "katılımcı teyidi" dir. Katılımcı teyidi, araştırmacının araştırma bulgularını katılımcılara açıkladığı bir süreçtir. Mülakat ve görüşmelerde katılımcıların söyledikleri, araştırmacının gözlemleri ve bulguları ile ilgili katılımcılara geri bildirimde bulunmasıdır. Katılımcı teyidinde amaç, araştırmacının bulgularının ve izlenimlerinin araştırmanın yapıldığı

kişilerin görüşlerine uygun olduğunu doğrulamaktır (Bryman, 2012: 390-392). Araştırmacılar katılımcıların bakış açılarını doğru bir şekilde yakalayabilmek önemlidir. Bu kapsamda araştırmacılar aldıkları notları ve gözlemleri katılımcılara teyit ettirmeleri önerilmektedir (Özden ve Saban, 2017: 6-8).

Nitel araştırma sürecinde farklı çeşitleme yöntemleri kullanılmaktadır. Bunlardan ilki yöntemsel çeşitlemede farklı veri toplama teknikleriyle benzer ya da örtüşük bulguların elde edilmesidir. İkincisi veri kaynağı (katılımcı) çeşitlemesi, farklı katılımcılardan elde edilen verilerin birbiriyle tutarlı olmasıdır. Üçüncüsü, araştırmacı çeşitlemesi, farklı araştırmacılar tarafından hem verilerin toplanması sürecinde hem de verilerin analiz edilmesi esnasında sunulan bulguların ve yapılan analizlerin birbiriyle tutarlı olması ile ilgilidir. Bir başka deyişle, farklı değerlendirme uzmanlarının sürece katılımları ile ilgilidir (Akar, 2017: 160-161).

İnandırıcılığın sağlanabilmesi için kullanılan stratejilerden bir diğeri de araştırmaya "uygun ve yeterli katılımın" sağlanmasıdır. Nitel araştırmalarda araştırmacının veri toplamaya ne kadar devam edeceği araştırmanın özelliğine göre değişmektedir. Ancak temel kural olarak araştırmacının elde ettiği veri ve ulaştığı bulguların doyum noktasına kadar veri toplama sürecinin devam etmesidir. Doygunluk noktası ile ifade edilen ise yeni veri ve bulguların elde edilememesi, tekrar etmeye başlamasıdır (Merriam, 2013: 209). Nitel araştırmalarda inandırıcılığın artırılmasına yönelik uygulanan yöntemlerden sonuncusu ise "uzman incelemesi" ya da "uzman gözden geçirmesi" dir. Bu konuda doktora tezlerinde "tez izleme komitesi ve danışmanın" incelemeleri ve sürece katkıları önemlidir (Merriam, 2013: 210).

3.7.2. Dış Geçerlik (Aktarabilirlik)

Dış geçerlik bir araştırmanın sonuçlarının farklı durumlara ne derece uygulanabileceği ile ilgilidir. Bu, söz konusu araştırmanın sonuçlarının ne kadar "genellenebilir" olduğu anlamına gelir. Nitel araştırmalarda genellenebilirlik okuyucu veya kullanıcı açısından ele alınmaktadır. Okuyucu veya kullanıcı genellenebilirliği, bir araştırmanın bulgularının diğer durumlara hangi derece veya kapsamda uygulanabileceğini, o durumlardaki kişilere bırakmayı içermektedir. Araştırmayı okuyan kişi, ulaşılan bulguların içinde bulunduğu belirli duruma uygulanıp uygulanmayacağına kendisi karar verir. Ancak araştırmacı, sunduğu bulguları kendi özgün durumlarıyla karşılaştırarak uygulanabilir olup olmadıklarına karar vermelerine yardımcı olmak

amacıyla okuyucularına araştırmanın ortam ve şartları hakkında yeterli düzeyde detaylı bir açıklama yapmakla yükümlüdür (Merriam, 2013: 214-218).

Nitel bir çalışmaya ait sonuçların başka bir duruma uyarlanabilmesi olasılığını artırmak için çeşitli stratejiler kullanılabilir. Bunlardan en çok kullanılanı "zengin ve yoğun betimleme"dir. Nakledilebilirliğin sağlanması amacıyla günümüzde yapılan araştırmalarda bir strateji olarak kullanıldığı durumlarda zengin ve yoğun betimleme, ortamın ve katılımcıların tanımlanması kadar katılımcı görüşmelerinden, araştırma notlarından ve dokümanlardan yapılan alıntılar biçiminde sunulan uygun kanıtlarla desteklenen bulguların detaylı tanımlanması anlamına gelir (Merriam, 2013: 218-219). Nitel araştırmaların dış geçerliliğinin (aktarabilirlik) sağlanması için kullanılan stratejilerden bir diğeri de "amaçlı örnekleme" yapılmasıdır. Araştırmacılar, seçtikleri katılımcıların hangi kıstaslara uygun olarak seçildiğini açıkça gösterebilmelidir. Ayrıca araştırmayı etkileyen tüm bağlamsal faktörlerin tam ve ayrıntılı olarak açıklaması sunulmalıdır (Guba, 1981: 86).

3.7.3. İç Güvenilirlik (Tutarlılık)

Araştırma teknikleri tekrarlanabilir bulgularla sonuçlanmalıdır. Yani, farklı noktalarda ve belki de farklı koşullar altında çalışan araştırmacılar, aynı tekniği aynı verilere uygularken aynı sonuçları almalıdır. Tekrarlanabilirlik en önemli güvenilirlik şeklidir (Krippendorff, 2004: 18). Nitel araştırmalarda ise güvenilirlik "ulaşan sonuçların toplanan verilerle ne kadar tutarlı olduğu" ile ilgilidir. Başka araştırmacıların da aynı bulgu ve sonuçlara ulaşması değil, araştırma verilerini inceleyen başka araştırmacıların da aynı sonuca ulaşmasıdır. Dolayısıyla nitel araştırmalarda güvenilirlik, bulgulara tekrar ulaşılıp ulaşılamayacağı değil sonuçların toplanan verilerle tutarlı olup olmadığı değerlendirilmektedir (Merriam, 2013: 211-212).

Araştırma sürecinin tüm aşamalarından eksiksiz kayıtların erişilebilir bir şekilde tutulmasını gerektirir. Uzmanlar daha sonra, muhtemelen araştırma sırasında ve kesinlikle sonunda uygun prosedürlerin ne kadar takip edildiğini belirlemek için denetçi olarak hareket edeceklerdir. Ancak nitel araştırmalarda çok büyük veri setleri oluşturulduğu için denetim, nitel araştırmanın güvenilirliğini artırmak için popüler bir yaklaşım haline gelmemiştir (Bryman, 2012: 392).

3.7.4. Dış Güvenilirlik (Teyit Edilebilirlik)

Teyit edilebilirlik, sosyal araştırmalarda tam nesnelliğin imkansız olduğunu kabul etmekle birlikte, araştırmacının iyi niyetle hareket ettiği göstermektedir. Başka bir

deyişle, kişisel değerlerin veya teorik eğilimlerin, araştırmanın yürütülmesini ve bundan elde edilen bulguları etkilemesine izin vermediği açık olmalıdır (Bryman, 2012: 392). Teyit edilebilirlik için nitel araştırma yapan araştırmacıların yapması gereken ilk şey araştırma verilerini doğru biçimde kayıt altına almalarıdır (Güler, Halıcıoğlu ve Taşğın, 2015: 387).

3.7.5. Araştırmada Kullanılan Geçerlik ve Güvenilirlik Stratejileri

Araştırmada kullanılan inandırıcılık, aktarabilirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirlik stratejileri Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25. Araştırmada Kullanılan Geçerlik ve Güvenilirlik Stratejileri

Ölçütler	Stratejiler	Açıklama
İnandırıcılık	Veri çeşitlemesi (Üçgenleme)	Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme, gözlem ve doküman incelemesi yapılarak veri çeşitlemesi sağlanmıştır.
	Katılımcı çeşitlemesi	Araştırmada şehir hastanelerinde görev yapan kamu, özel ve sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diğer) ile görüşme yapılarak katılımcı çeşitlemesi yapılmıştır.
	Araştırmacı çeşitlemesi	Araştırma verilerin toplanması ve gözlem sürecinde araştırmacıya bir uzman Öğr. Gör. eşlik etmiştir. Ayrıca verilerin analizi araştırmacı ve danışman hoca ile birlikte yapılarak araştırmacı çeşitlemesi stratejisi kullanılmıştır.
	Uzman incelemesi	Araştırmacı verilerinin analiz sonuçları hem Tez İzleme Komitesi hem de ayrı oluşturulan geçerlik ve güvenilirlik komitesi tarafından değerlendirilmiştir.
	Katılımcı teyidi	Yapılan görüşmelerde tekrar görüşmeyi ve görüşme verilerinin analizi üzerine değerlendirme yapmayı gönüllü olarak kabul eden 8 katılımcı ile hem görüşme dökümü hem de analiz sonuçları değerlendirilmiştir.
	Uzun süreli etkileşim	Tüm katılımcılarla referanslar aracılığıyla görüşülmüştür. Referans aracılığıyla görüşme yapıldığında katılımcıların daha rahat ve samimi olarak görüşlerini ifade ettiği görülmüştür. Online görüşme yapılan katılımcılara araştırmacı tarafından veri analizi sürecinde yüz yüze ziyaret gerçekleştirilmiştir.
	Uygun ve yeterli katılım	Verilerin doygunluk noktasına ulaşıncaya kadar veri toplama sürecine devam edilmiştir. Doygunluk noktası ve veri toplama sürecinin sonlandırılması danışman hoca ile araştırmacı birlikte karar vermiştir.
Aktarılabilirlik	Zengin ve yoğun betimleme	Görüşme verileri, gözlem notları ve dokümanlardan doğrudan alıntılarla bulgular detaylı bir şekilde rapor edilmiştir.
	Amaçlı örnekleme	Araştırma katılımcılarının seçilmesinde kullanılan ölçüt açıkça belirtilmiştir. Katılımcıların kamu özel işbirliği ile kurulan şehir hastanesinde en az bir yıl süreyle çalışmış olması, şehir hastanesi tecrübesinin öncesinde veya sonrasında kamu veya özel hastanelerde çalışmış olma kriterleri ölçüt olarak belirlenmiştir.
Tutarlılık	Dış denetimler	Araştırma verilerinin analiz sonuçları hem Tez İzleme Komitesi hem de ayrı oluşturulan geçerlik ve güvenilirlik komitesi tarafından değerlendirilmiştir.
Teyit Edilebilirlik	Eleştirel sorgulama	Araştırmacı, araştırma sürecinde sürekli olarak kendisini eleştirel bir gözle sorgulamaya çalışmış ve her aşamada danışman hoca, komiteler ve uzmanlardan destek almıştır.
	Teyit incelemesi	Araştırma bulguları araştırma sürecinden bağımsız iki uzman tarafından değerlendirilmiştir.
	Veri kayıtları	Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, ses kayıtları, araştırmanın verileri, analizi, kod-kategori-tema süreci ve araştırma ile ilgili diğer materyaller kayıtlı ve saklı tutulmaktadır.

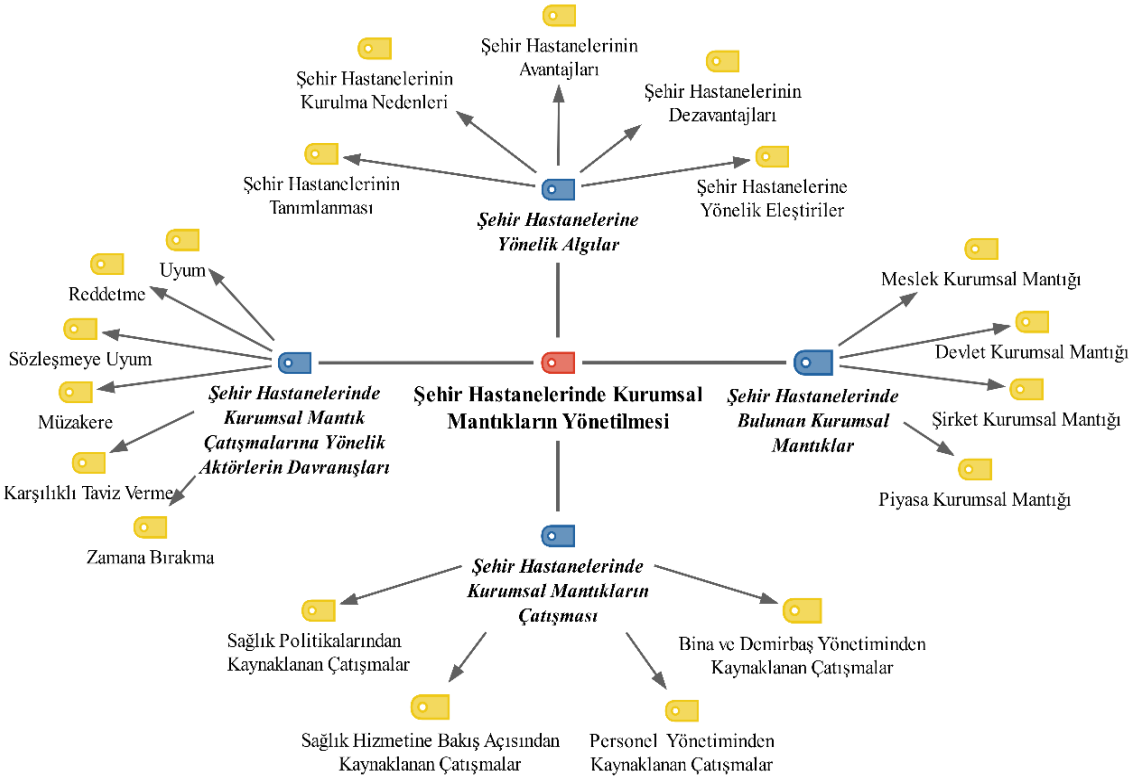
Kaynak: Guba, 1981: 83; Bryman, 2012: 390-392; Merriam, 2013: 209; Yıldırım ve Şimşek, 2016, s.278; Akar, 2017: 160-161; Özden ve Saban, 2017: 6-8.

4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırmanın bulgular bölümünde şehir hastanesinde görev yapan hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanları, kamu yöneticileri ve özel sektör yöneticilerinden oluşan katılımcılardan yedi ana soru çerçevesinde, elde edilen verilerden ulaşılan bulgu ve görüşler yer almaktadır. Katılımcılarla yapılan yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler, doküman analizi ve araştırmacı tarafından yapılan gözlemlerden elde edilen veriler ayrıntılı bir şekilde tematik analiz edilerek kodlanmış olup bu kodlar tümevarım ve tümdengelim yöntemi birlikte kullanılarak belirli temalar oluşturulmuştur.

Araştırmanın birinci amacı doğrultusunda öncelikle Türk sağlık sisteminde ilk kez uygulamaya konulan KÖİ ile kurulan şehir hastanelerine yönelik katılımcıların algıları ortaya konulmuştur. Sağlık alanında çoklu kurumsal mantıkların bir arada ve etkileşim içerisinde olduğu literatürdeki önceki araştırmalarda tespit edilmiştir. Bu araştırmada da KÖİ ile kurulmuş olan şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklar ve bu mantıkların etkileşiminde ortaya çıkan çatışmaların nedenleri ve bu çatışmalara yönelik aktörler tarafından geliştirilen davranışlara yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 11. Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantıkların Yönetilmesine İlişkin Kavram Haritası



Kaynak: Yazar tarafından Maxqda 2020 programı kullanılarak oluşturulmuştur.

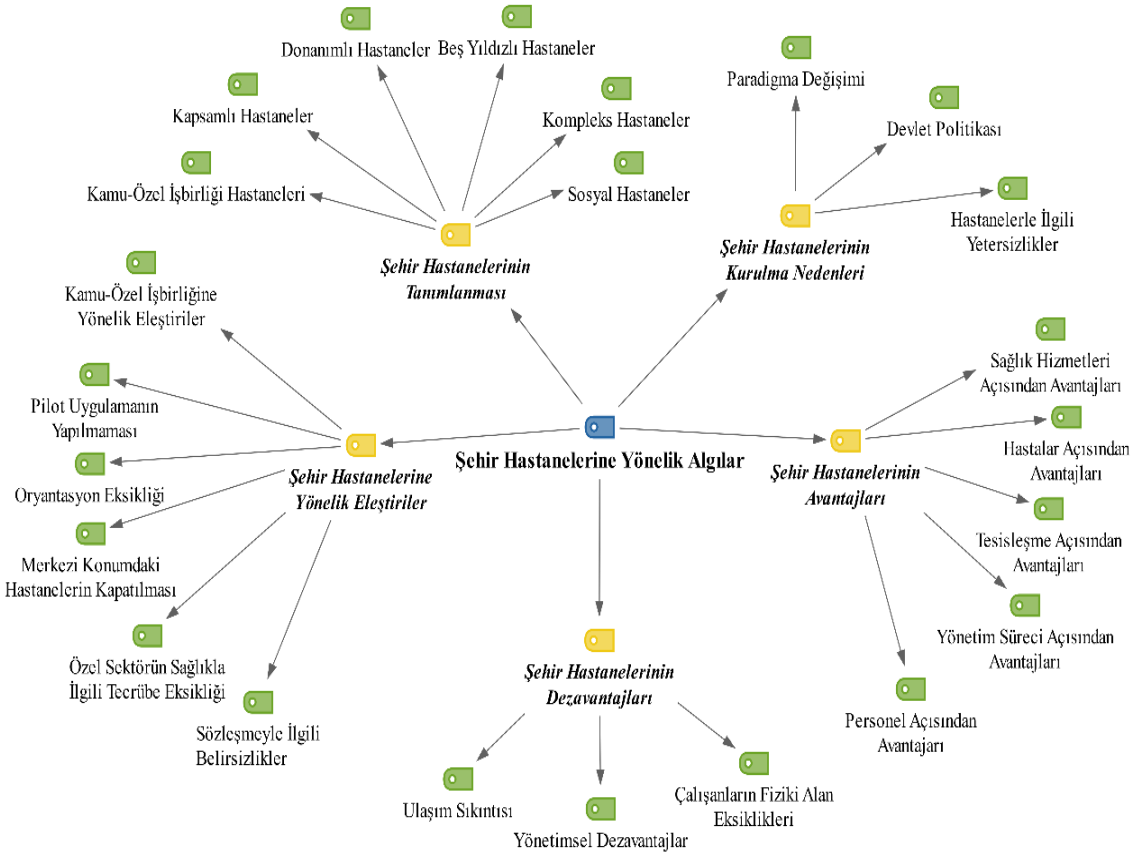
Şekil 11'de KÖİ ile kurulmuş olan şehir hastanelerinde çalışanların gözüyle şehir hastanelerine yönelik algılar, şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklar, bu

mantıkların birbiriyle çatışma nedenleri ve çatışmalara yönelik sergilenen davranışlar ile ilgili kavramsal çerçeve sunulmuştur.

4.1. ŞEHİR HASTANELERİNE YÖNELİK ALGILARA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların şehir hastanelerine yönelik algılarını tespit etmek amacıyla şehir hastanelerinin nasıl tanımlandığı, neden ihtiyaç duyulduğu ve Türk sağlık sistemini nasıl değiştirdiğine yönelik sorular yöneltilmiştir. Katılımcılarla yapılan yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler sonucunda şehir hastanelerine yönelik algılar; şehir hastanelerinin "tanımlanması, kurulma nedenleri, avantajları, dezavantajları ve eleştiriler" olmak üzere beş başlıkta değerlendirilmiştir. Şehir hastaneleri ile ilgili algılara yönelik temalara ait kavram haritası Şekil 12'de gösterilmiştir.

Şekil 12. Şehir Hastanelerine Yönelik Algılara İlişkin Kavram Haritası



Kaynak: Yazar tarafından Maxqda 2020 programı kullanılarak oluşturulmuştur.

4.1.1. Şehir Hastanelerinin Tanımlanması

Katılımcılara "Kamu özel işbirliği ile kurulan şehir hastanelerini nasıl tanımlarsınız?" ve sonda olarak "Şehir hastaneleri sizin için ne ifade etmektedir?" soruları yöneltilerek şehir hastanesindeki kamu ve özel sektör çalışanlarının şehir hastanelerini nasıl tanımladıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan "şehir hastanesi" olgusuna yönelik elde edilen görüşler "Kamu-Özel İşbirliği Hastaneleri", "Kapsamlı Hastaneler",

"Donanımlı Hastaneler", "Beş Yıldızlı Hastaneler", "Kompleks Hastaneler" ve "Sosyal Hastaneler" olmak üzere altı alt temada toplanmıştır. Bu altı alt tema bağlamında şehir hastanelerini; "kamu-özel işbirliği ile kurulan, yönetilen ve işletilen, sağlık hizmetleri açısından kapsamlı, fiziksel ve teknolojik olarak donanımlı, beş yıldızlı otel konforunda hizmet veren, kompleks ve sosyal hastane kampüsleri" olarak tanımlamak mümkündür.

- **Kamu-Özel İşbirliği Hastaneleri**

"Kamu-özel işbirliği hastaneleri" temasında katılımcılar şehir hastanelerinin "kurulması", "yönetilmesi" ve görev yapan "personelin" kamu ve özel sektör ortaklığını vurgulamaktadır. Katılımcılardan Ebrar Hanım (Hemşire) şehir hastanelerini "kamu-özel işbirliği ile kurulan, işletilen ve yönetilen hastaneler" olarak tanımlamaktadır.

- **Kamu-özel işbirliği ile kurulması**

Şehir hastaneleri kamu-özel işbirliği ile kurulmuştur. Şehir hastanelerin kurulması sürecinde kamu tarafı arsa tahsisi yapmaktadır. Özel sektör ise tahsis edilen arsa üzerine hastaneyi inşa etmektedir. Hem kamu hem de özel şirketler yatırım yapmaktadır. Şehir hastanelerin kamu-özel işbirliği ile kurulmasını katılımcılar şu şekilde açıklamaktadır:

> *"Şehir hastaneleri **kamu ve özelin ortaklığı ile kurulmuş** hastanelerdir. İşte devlet hastanenin projesini hazırlamış, ihalesini yapmış, hastanenin arsasını vermiş. Özel taraf ise kamunun isteğine uygun olarak hastane binasını yapmış…" (Asel Hanım, Hemşire)*
>
> *"… Hem **kamunun yatırımı** bulunmakta hem de **özel firmaların yatırımları** bulunmaktadır. **Devlet** ilgili **firmaların** aracılığıyla onların finansal imkanlarından yararlanarak ve inşaat alanındaki tecrübelerinden yararlanarak sağlık tesislerini kurduruyor." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"**Devlet ile özel şirketin birlikte** yatırım yaparak kurulan şehir hastaneleri…" (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Yani **kamu özel ortaklığı**, devlet hastanesi diyemeyiz ama özel hastane de diyemeyiz. **Kamu ile özelin ortaklaşa kurduğu** hastaneler." (Eslem Hanım, Hekim)*
>
> *"Şehir hastanelerini şöyle diyeyim ben size; **kamu ile özel işletmelerin ortaklığı** sonucu kamunun sağlık sunumundaki eksikliklerin hızla giderildiği vatandaşlara daha kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasının amaçlandığı hastanelerdir." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

Bazı katılımcılar kamu-özel işbirliği ile kurulan şehir hastanelerini yap-işlet-devret modeli olarak ifade etmektedirler:

> *"Şehir hastaneleri diğer bir çok devletimizin yapmış olduğu yatırımlarda olduğu gibi, mesela köprüler veya hava alanları gibi veya diğer büyük projelerdeki gibi **yap işlet devret** sistemiyle yapıldığını biliyorum." (Zeynep Hanım, Hekim)*
>
> *"Şehir hastaneleri **yap-işlet-devret** modeliyle kurulmuş ve işletilen hastaneler" (Alparslan Bey, Hekim)*

Şehir hastanelerinde kamu-özel işbirliği sadece hastane inşaatı ile sınırlı olmayıp hastane içerisinde sözleşme ile belirlenmiş tüm demirbaşlar da şirket tarafından temin edilmektedir. Şehir hastanesinde kamu yöneticisi olarak görev yapan Poyraz beyin demirbaşların şirket tarafından temin edilmesine dair ifadesi şu şekildedir:

> *"Şehir hastanelerinde **özel şirketle işbirliği** yani ortaklık yapılmış durumda. Kamunun tahsis ettiği arsa üzerine şirket hastane binasını inşa ediyor ve **tüm gerekli demirbaşları temin ediyor**." (Poyraz Bey, Kamu yöneticisi)*

Şehir hastanelerinde bina inşaatı ve demirbaşların teminin yanı sıra, tesis, makine, cihaz ve demirbaşların bakım onarımı da sözleşmeyle özel şirkete bırakılmış durumdadır.

> *"... Ayrıca gerekli **demirbaşların alımını da firmalar üstlenmiş** durumdadır. **Bakım onarımlar** da firmaya bırakılmış durumda." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

> "*... Hem hastanenin **kira bedeli** hem de hastane içerisindeki her şeyin firmanın sorumluluğunda olması, alınan **teknik aletlerin temini, bakımı, sterilizasyonu**... her türlü alt yapı üst yapı **firmanın denetiminde** alt yüklenici **firmalara yüklenilmiş**..." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Şehir hastanelerinde kamu ile özel sektör işbirliği sözleşme ile belirli bir süreye bağlanmıştır. İşbirliğinin süresi ile ilgili şehir hastanesinde kamu yöneticisi olarak görev yapan Çınar beyin ifadesi şu şekildedir:

> *"Şehir hastaneleri, **Türkiye Cumhuriyeti devleti ile özel firmaların ortak kurduğu**, **ortaklığın 25 yıl gibi** belirli bir süre sözleşmeye bağlı olarak devam edeceği bir sağlık tesisi olarak tanımlayabiliriz... Devlet, bu hastaneleri **25 yıllığına kiralayarak** buralarda sağlık hizmeti sunuyor." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

Sözleşme süresince kamu tarafı şirket tarafından inşa edilen hastaneleri kira karşılığı kullanmaktadır. Özel sektör tarafı, sözleşmede yazılı süre boyunca binanın sahibi olarak tüm bakım onarımını üstlenmekte ve fiziki alanların kontrolüne sahiptir. Süre dolduğunda hastane binası kamuya devredilecektir.

> *"Şirket açısından baktığımızda **25 yıl boyunca** hastane binası şirkete ait ve **devlet kiracı** durumda" (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Şehir hastaneleri **yarı özel yarı devlet yap işlet devret** şeklinde yapıldı. **Sağlık bakanlığı** olarak **kiracı** gibiyiz aslında, **bütün alet edevatlar firmanın** zaten sahibi onlar. Biz burada sadece çalışanlarız. (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"Bina **belirli bir süre sonra** süreyi tam olarak bilmiyorum **devletin olacak**. Ama o süre boyunca bina özelin. Biz **kamu tarafı yani kiracıyız**." (Asel Hanım, Hemşire)*

> *"... Kamu da **belirli süre kira karşılığında** bu hastaneleri kullanıyor. Sözleşme süresi bittiğinde, bu **hastaneler kamuya devrediliyor**." (Poyraz Bey, Kamu yöneticisi)*

Katılımcıların görüşleri doğrultusunda, şehir hastanelerinin sözleşmeye bağlı olarak kamu tarafının tahsis ettiği arazi üzerinde projeye uygun olarak şirket tarafından inşa edildiği, gerekli demirbaşların temin edildiği, sözleşme süresi boyunca bina ve demirbaşın mülkiyeti ve bakım onarımı şirkete ait olduğu ve kamu tarafının kira

karşılığında bina ve demirbaşları kullandığı, sözleşme süresi sonunda bina ve demirbaşların mülkiyetinin kamuya geçeceğini söylemek mümkündür.

- **Kamu-özel işbirliği ile yönetilmesi**

Kamu-özel işbirliği ile kurulan şehir hastanelerinde asıl iş ve yardımcı iş ayrımı bulunmaktadır. Asıl iş olarak sağlık hizmetlerinin sunumu Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak yürütülmektedir. Yardımcı iş ise sağlık hizmeti dışında kalan hastanedeki tüm işler şirkete bırakılmış durumdadır. Diğer bir deyişle, sağlık hizmetinin sunumu için uygun koşul ve ortamın oluşturulmasında sorumluluk ve yetki şirkete bırakılmıştır. Şehir hastanelerinde bulunan asıl iş ve yardımcı iş ayrımına yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastanelerinde iş bölümü ikiye ayrılmış. İki ana başlık yani. **Asıl iş yardımcı iş** diye. **Asıl iş** dediğimiz hastaya **sağlık hizmeti** verilen kısım. **Yardımcı iş ise geriye kalan** kısım." (Eslem Hanım, Hekim)*

> ***"Asıl iş** ve **yardımcı iş ayrımı** yapılmış durumda ve **asıl işi kamu** yapıyor. Yani **sağlık hizmetini kamu** ve kamu personeli veriyor. Geriye kalan **yardımcı işleri, destek işlerini şirket** üstlenmiş durumda." (Poyraz Bey, Kamu yöneticisi)*

> *"**Devlet işiyle, alt işlerin birbirinden ayrılması** olarak tanımlarım herhâlde. Yani **asıl işle yardımcı işlerin birbirinden ayrılması** için kurulmuş bir sistem diyebilirim. **Asıl işimiz** tabiki hastaların muayene ve tedavi süreçlerinden geçiyor. ... **Asıl iş devlette, yardımcı işler** ya da alt işler **özel sektöre** bırakılmış durumda." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

> *"Devlet ile özel şirketin birlikte yatırım yaparak kurulan şehir hastaneleri, devletin sağlık çalışanları ile **asıl işi** yani sağlık hizmetini sunduğu, özel şirketin ise sağlık hizmeti kesinlikle sunmadığı ama sağlık hizmetinin sunulması için **uygun koşulları oluşturmakta**. Yani şirket temizlik, güvenlik, yemek, yönlendirme, sekreterlik, görüntüleme ve laboratuvar gibi **yardımcı hizmetleri** sunuyor." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

Şehir hastanelerinde Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundaki asıl işlerde Bakanlık yönetim yetkisine sahipken, şirketin sorumluluğuna bırakılan yardımcı işlerin yönetim yetkisi şirkettedir. Bu bağlamda katılımcılar şehir hastanelerini kamu ve özel şirketin birlikte yönettiği hastaneler olarak tanımlamaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Kamu ve şirket tarafı** sözleşmeye bağlı olarak üstlendikleri görevleri **yönetme hakkına** da sahip. Yani **sağlık hizmetinin sunumunda yetkili** olan taraf **kamu. Destek işlerinde yetkili** olan taraf **şirket**..." (Poyraz Bey, Kamu yöneticisi)*

> *"... kamu özel işbirliği tam adına uymuş. **Kamu ve özelin birlikte yönettiği,** denetlediği, **karşılıklı yönetimin ve denetlemenin olduğu** büyük bir hastane kampüsü." (Asel Hanım, Hemşire)*

> *"Şehir hastanelerinde **devletle özel sektör bir arada yönetmeye** çalışıyor." (Asya Hanım, Hemşire)*

"Şimdi devlet hastanesi zihniyetinde otoriter bir sistem vardı, tek kalemden yürütülen. İşte başhekimin her yere müdahil olabildiği, devlet olduğu için ataerkil grup olup, işte o ne isterse firmalara rahatlıkla yaptırabildiği bir yapı. Ama şehir hastanesinin yapısı, tamamen bunla zıt karşınızda bir firma var bu firma bir sözleşme dahilinde, belirlenmiş bir çerçeve dahilinde belli bir ücret dahilinde size hizmet veriyor. Bu nedenle ***devlet ile firmanın yönettiği*** *hastaneler haline geldi şehir hastaneleri." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

"Şehir hastanelerinin en büyük farklılığı ve özelliği ***kamu ve özel ortaklığının yönetimde bulunduğu*** *tesisler olmasıdır." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

"Şehir hastanelerinde ***ikili bir yönetim yapısı*** *bulunmakta.* ***Sağlık hizmetinin yönetilmesinde kamu sorumlu*** *iken* ***diğer yardımcı hizmetlerin yönetimi tamamen özel şirkete bırakılmış*** *durumda. Yönetimsel açıdan diğer kamu hastanelerden en temel farklılık budur diyebilirim." (Zeynep Hanım, Hekim)*

"... Bu hizmet alımından daha da farklı bir model. Yine sağlığında bir kısmının olduğu yani radyoloji birimlerinin bir çoğu işte temizlik, yemek hizmetleri gibi diğer hizmetler olarak geçen tüm hizmetler özel. Ama tamamen özel yapılanması yani ***onların ayrı yöneticileri*** *var. Eğitimlerini ayrı planlıyorlar, oryantasyonlarını, işe alımlarını yani tamamen o firmaların isimleri konuşuluyor hani onları araştırdıysanız, zaten haberlerde de çok çıktı.* ***Bizzat o firma o elemanları alıp eğitiyor, çalıştırıyor işte mesaisini planlıyor*** *vs. ama biz burada* ***kamu tarafı onlara denetçiyiz*** *her zaman." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"****Alanların patronu özel sektör*** *işletme bölümü,* ***sağlık hizmetinin sunumunun patronu da devlet.*** *Çünkü sağlık hizmeti üzerinde hiç söz hakkı yok işletmenin." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"****Kamu yöneticileri ile özel şirket yöneticilerinin*** *kendi yetkileri dahilinde* ***yönettiği*** *hastaneler... **İkili bir yönetim** var. Doğrudan **sağlık hizmeti** ile ilgili **tek yetkili kamu tarafı**. Özel şirketin burada söz hakkı yok. **Sağlık hizmeti ile ilgili kararları kamu tarafı alıyor. Özel sektör sunduğu hizmetlerle ilgili kararları alıyor**. İkili bir iş bölümü var yani. Ama iki tarafın **ortaklaşa kararlar** aldığı durumlarda oluyor." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

"... Onlarla da ortak hareket ettiğimiz çok alan var. Çünkü sağlık sektörü dışındaki medikal dışındaki birçok alanı onlar yürütüyor. Dolayısıyla da biz bir çok konuda ortak hareket ediyoruz. ***Sadece kamu ya da sadece özel şirket tek başına karar alıp uygulayamıyor. Kararlar*** *toplantılar aracılığıyla* ***ortaklaşa alınıyor****..." (Asya Hanım, Hemşire)*

"Biliyorsunuz şehir hastanesinde ***ikili bir yönetim yapısı*** *var. Bir tarafta* ***kamu*** *diğer tarafta* ***özel sektör*** *bulunmakta. Tabi önceden böyle bir işleyiş yoktu hastanelerde. Bizlerin de ilk kez karşılaştığı bir durum oldu. Önceden kamu hastanelerinde yönetici başhekim vardı. Ve süreç içerisinde kararlar, başhekimlik tarafından alınıyordu. Kamu özel işbirliği ile kurulan şehir hastanelerinde ise başhekim her konuda karar alamıyor. Çünkü bir ortaklık söz konusu. Bazı kararlarda başhekim yetkili iken bazı kararlarda özel şirket temsilcisi yetkili halde. Bazı kararlarda ise* ***ortaklaşa kararlar alınmak*** *zorunda." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

"Yönetimsel olarak kamu özel işbirliği, idari kısım ayrı özel şirket kısmı ayrı*." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Aynı zamanda ***kamu ile özelin birlikte yönettiği****, işlettiği hastaneler diyebiliriz." (Eslem Hanım, Hekim)*

Katılımcılar şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin asıl iş, diğer hizmetlerin ise yardımcı iş olarak tanımlandığını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda tek yetkili Sağlık Bakanlığı iken, diğer yardımcı hizmetlerin sunumunda yetkili olan taraf

şirkettir. Her ne kadar kamu ve özel tarafın sözleşmeyle çerçevesi çizilmiş yetki ve sorumluluk alanları farklı olsa da dinamik bir sektör olan sağlık hizmetlerinde bazı durumlarda ortaklaşa kararlar alınmaktadır.

- **Kamu ve özel sektör personeli**

Kamu-özel işbirliği ile kurulan şehir hastanelerinde asıl iş olarak tanımlanan sağlık hizmeti sunumu, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu personeli tarafından yapılmaktadır. Doktor, hemşire, diyetisyen, anestezi uzmanı gibi sağlık personelin yanı sıra kamu yöneticileri de Sağlık Bakanlığına bağlı kamu görevlisidir. Sağlık hizmeti sunumu dışında kalan diğer yardımcı işler (temizlik, güvenlik, yemek, çamaşır, sterilizasyon, taşıma, yönlendirme, danışma, hasta kabul, tıbbi sekreterlik, bilgi işlem, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, bahçe düzenlemesi, otopark, bina bakım onarım, demirbaş, cihaz bakım onarım vb.) şirket çalışanları tarafından yerine getirilmektedir. Bu bağlamda katılımcılar şehir hastanelerini kamu ve özel şirket çalışanlarının farklı kanunlara tabi, farklı hiyerarşik yapı içerisinde, farklı statüde ve farklı görevleri birlikte yerine getirdikleri hastaneler olarak tanımlamaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"...İşte içerisinde hem **kamu personeli** hem de **özel sektör çalışanlarının** birlikte hizmet verdiği bir hastane diyebilirim. Yani içerisinde bir de **özel şirket çalışanları** var şehir hastanelerinin içerisinde çalışan. **Devlet Sağlık Bakanlığı'ndan gelen personeller** var işte biz doktorlar hemşireler bir arada bu şekilde çalışıyoruz..." (Zeynep Hanım, Hekim)*
>
> *"İçerisinde hem **kamu personeli** var hem de **özel sektör çalışanı** var." (Alparslan Bey, Hekim)*
>
> *"Hem **kamu** hem **özel şirket çalışanları** var." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Hem **kamu çalışanları** doktor ve hemşireler hem de **özel şirket çalışanları** birlikte hastalara sağlık hizmeti sunmaya çalışıyor. **Kamu çalışanları** hastalara sağlık hizmeti verirken **şirket çalışanları** onlar için uygun ortam ve olanak sağlıyor. Birbirlerini tamamlıyorlar." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Şimdi şehir hastanelerinde kamu **personeli ile özel şirket personeli** birlikte çalışıyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"... şehir hastanesinde hem **kamu çalışanları yani doktor, hemşire** gibi asıl sağlık hizmeti yani teşhis ve tedavi hizmeti veren sağlık çalışanları var. Bir de kamu tarafının idarecileri var. Diğer tarafta **yardımcı hizmetler dediğimiz temizlik, güvenlik, otopark, yemek, otelcilik gibi hizmetleri veren özel sektör çalışanları** ve tabi ki yöneticileri var. İkili bir yapı var diyebilirim." (Asel Hanım, Hemşire)*
>
> *"Şehir hastanelerinin yapılanmasında doktor hemşire haricinde geri kalan tüm personeller aklımıza ne kadar personel geliyorsa röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, patoloji teknisyeni, görüntüleme üniteleri, bunlar tamamı **özel iştirake ait.** Şimdi **güvenlik personelleri, temizlik, yemek bu hizmetlerinde tamamı özel şirkette** elimize kalan iki grup var: doktorlarımız ve hemşirelerimiz..." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"...şehir hastanelerinde daha çok **hekim ve hemşireler** hastaya doğrudan sağlık hizmeti verenler **kamu personeli**, **diğer kalan alanlar özel sektöre** bırakılmış." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"... **kamu çalışanları asıl işi yapıyor asıl iş dışında kalan kısımları ise şirket çalışanları** yapıyor." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"Şehir hastanelerinde hekim ve hekim dışı diğer **sağlık personeli Sağlık Bakanlığı'na** bağlı durumda olup hastane ile ilgili tüm otelcilik hizmetleri sözleşme kapsamında **ilgili firma personeli** tarafından verilmektedir." (Aras Bey, Hekim)*

*"Şehir hastanesine girdiğinizde **kamu ve özel personel ayrımı** hemen göze çarpmaktadır. **Şirket çalışanları** şirkete özgü logoları bulunan üniformalar kullanmakta ve Sağlık Bakanlığı personeli olmadığı belli olmaktadır" (Gözlem Notu)*

Katılımcı görüşlerine bağlı olarak, şehir hastanelerini hem kamu hem de özel sektör çalışanlarının birlikte sağlık hizmeti sundukları hastaneler olarak tanımlamak mümkündür.

- **Kapsamlı Hastaneler**

Katılımcıların ifadelerine göre, şehir hastanelerinde bütüncül ve kapsamlı sağlık hizmeti sunulmaktadır. Katılımcılar, şehir hastanelerinde teşhis için gerekli tetkik, test, görüntüleme ve analizlerin yapılabildiğini, tedavi için gerekli tüm branşların tek merkezde toplandığını ifade etmektedir. Şehir hastanelerini bütüncül sağlık hizmetinin sunulduğu kapsamlı bir hastane olarak tanımlayan katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Burada **her türlü tedavi** uygulanabiliyor. **Gerekli tetkikler** yapılabiliyor. Çoğu yerde yapılamayan **tahliller tedaviler ameliyatlar** hastanemizde yapılabiliyor… Şehir hastaneleri, devlet hastanelerine göre **tüm branşların bulunduğu**, **yeterli uzman hekimin olduğu** daha **kapsamlı hastaneler**." (Alparslan Bey, Hekim)*

*"... içerisinde **tüm branşların** toplandığı **her türlü sağlık hizmetinin** verilebildiği hastane ... Türkiye özelinde verilen **sağlık hizmeti olarak çok kapsamlı hastaneler** olduğunu düşünüyorum." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Şehir hastaneleri **çok kapsamlı** aslında **her istediğini, her şeyi aynı yerde bulabileceğiniz** organizma diyeyim." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"**Kapsamlı hastane** olduğu için çok fazla ve çok farklı vakaları görebildiğimiz, ülkenin her yerinden sıkıntılı hastaların geldiği ve **hepsine çözüm bulunan bir hastane**." (Elif Hanım, Hekim)*

*"Birçok bölüm bir arada planlanmış ve **pek çok hizmeti** aynı anda verebiliyor. Bir hastanın ihtiyaç duyacağı **her türlü sağlık hizmeti** sunulabiliyor." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Şehir hastanelerinde **bütüncül sağlık hizmeti** sunulması bir avantaj. Ne demek bütüncül sağlık hizmeti. Bir hasta şehir hastanesine geldikten sonra ulaşamayacağı sağlık hizmeti, ulaşamayacağı uzman doktor yok. Hastaneye ulaştıktan sonra **ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini** alma imkânı doğdu." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

*"İçerisinde aynı anda **sağlıkla ilgili bütün hizmetlerin** yer aldığı büyük bir kompleks yapı." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

*"Ama işin sadece sağlık boyutuna bakacak olursak gerçekten **yenilikçi ve ihtiyaç duyulan her türlü sağlık hizmetinin bir arada sunulduğu** kompleks hastane olarak tanımlayabiliriz." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Şehir hastaneleri, devlet hastanelerinde eksikliği hissedilen **birim ve branşların bir çatı altında toplanması** aynı zamanda teknolojik eksikliklerin giderildiği hastanelerdir." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

Katılımcılar, hastaların şehir hastanesine geldikten sonra başka bir hastaneye ihtiyaç duymadan tüm sağlık hizmetini aldıklarını ve bu nedenle hastaneler arasındaki sevke gerek kalmadığını ifade etmektedirler. Hastaların başka hastaneye sevk edilmesine gerek kalmadığına yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Ayrıca **bütüncül sağlık hizmeti** sunuluyor. Ne demek istiyorum. Bir hasta bir şekilde şehir hastanesine ulaştıktan sonra dünyanın her yerinde alabileceği hizmeti burada alabilir. **Hasta sevki önlenmiş durumda. Başka hastaneye sevk durmuş durumda**." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"... **hasta buraya girdiği zaman başka hiçbir hastaneye gereksinim duymuyor.** Çünkü **bütün branşlar şehir hastanesinde mevcut**." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Yani şöyle tüm birimler aynı şey altında **ekstra bir hastaneye gitmesine gerek yok**. İşte örnek veriyorum, kalp damardan kadın doğum hastanesine kadar. Normalde hani hastaneler branş branş oluyor biliyorsunuz. Burada **bütün hastaneler tek bir çatı altında toplanmış** durumda. Tedavi hizmeti almak istediğimizde **başka bir yere sevk durumu yok**. Biz şehir hastanesine ulaştığımızda **tüm hizmetleri** alabiliriz." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Daha önceden birçok hastane branş hastanesi olarak görev yapmaktaydı. Mesela göğüs hastalıkları veya kalp damar hastalıkları hastanesi diye farklı farklı hastane branşları vardı. Kişiler bu branşlarla ilgili ihtiyaçlarını bu hastanelerde görürken aynı zamanda farklı bir branşa ihtiyaç duyulduğunda maalesef bu **hastalar farklı kurumlara sevk edilmek zorunda kalıyordu**. Şimdi şehir hastaneleri bütün büyük kompleksleri bir araya toplayarak hem kendi içerisinde birer branş hastanesi hem de **bütün hastaneleri bir arada** ahenkle çalıştırıldığı **bütüncül kompleks bir hastane** olarak hizmet vermekte." (Yusuf Bey, Hekim)*

Katılımcı görüşlerine bağlı olarak şehir hastaneleri tüm branşların bir arada olduğu, her türlü teşhis ve tedavinin yapılabildiği, başka hastaneye sevke gerek kalmadan kapsamlı ve bütüncül sağlık hizmetlerinin sunulabildiği hastaneler olarak tanımlanabilir.

- **Donanımlı Hastaneler**

Katılımcıların ifadelerine göre şehir hastanelerini hem fiziksel hem de teknolojik olarak donanımlı hastaneler olarak tanımlamak mümkündür. Şehir hastaneleri, binaların yeni olması, tüm binaların sismik deprem izolatörleriyle donatılması, açık ve kapalı otopark imkanlarıyla fiziksel olarak donanımlı hastanelerdir. Şehir hastaneleri laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri için kullanılan tıbbi cihazların, teşhis, tetkik ve tedavi için gerekli olan güncel tüm medikal teknolojiye sahip olması nedeniyle teknolojik olarak donanımlı hastanelerdir.

- **Fiziksel olarak donanımlı hastaneler**

Şehir hastaneleri mimari olarak estetik ve gösterişli, sismik izolatörlerle depreme dayanıklı olarak yeni inşa edilmiş, helikopter pisti bulunan, yeterli açık ve kapalı otopark imkanı sunan, fiziksel olarak donanımlı hastanelerdir. Şehir hastanelerini, fiziksel açıdan donanımlı hastane olarak tanımlayan katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Açık ve kapalı otopark** imkânı olan, **deprem izolatörleriyle depreme dayanıklı, güvenli, gösterişli binasıyla** bölgesine hizmet sunan hastanelerdir." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*
>
> *"Binalar **depreme dayanıklı. Sismik izolatörler** var." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"... **çok dayanıklı yapılar**, ciddi anlamda çok kaliteli malzemeler hani devlet eliyle yapılamayacak denilecek olanakta her şey A'dan Z'ye, a plus kalite kullanılmış orta sınıf hiçbir şey yok. Hepsi **deprem sismik izolatörü** içeriyor." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"Otoparka indiniz mi bilmiyorum. **Her kolonda deprem izolatörü** yapmışlar. Şehir hastanelerini her türlü eleştiriyorum ama bu konuda hakkını vereyim. **Depreme dayanıklı güvenli binalar yapılmış**. **Deprem izolatörleri** var. **Hastanenin güvenliği ve depreme dayanıklılığı** açısından çok iyi bir uygulama." (Göktuğ Bey, Hekim)*
>
> *"Şehir hastaneleri bina olarak **güvenli binalar**. Güvenli derken şeyden bahsediyorum. **Depreme dayanıklı** olması için **izolatör** yapılmış. Çok iyi düşünmüşler." (Aras Bey, Hekim)*
>
> *"... binaların **depreme dayanıklı** olarak yapılması. Her binada deprem için sistem kurulması, sistem derken **izolatör** yani." (Asel Hanım, Hemşire)*
>
> *"Fiziki olarak **binanın yeni olması, otopark imkanları, çevre düzenlemeleri, deprem izolatörleri** ile güvenlikli hastaneler haline geldi. Eski hastaneler 50 yıl önce yapıldığı için depreme dayanıklılık konusunda da sıkıntılı durumlar ortaya çıkması muhtemel. Bildiğiniz gibi Türkiye bir deprem ülkesi. Bu nedenle binaların depreme dayanıklı hale getirilmesi elzem bir durum. Bu konuda eski hastanelerin depreme dayanıklı hale getirilmesi ne kadar mümkün emin değilim. Bence bu mümkün değildi. Ama şehir hastanelerinde **deprem izolatörleri** bulunmakta. Bizlere söylenen deprem anında bile hasta bakılabileceği hatta ameliyat yapılabileceği söylendi. Bu güzel bir şey." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Şehir hastanelerinin **binaları yeni** yapılması**, planlı** yapılması, alanın **büyük** olması nedeniyle **bütüncül** yapılması işte **yeterli otoparkın** olması, özellikle büyük şehirlerde önemli." (Asel Hanım, Hemşire)*
>
> *"Fiziki alan açısından avantajlı. **Hasta odaları, yoğun bakımlar ve ameliyathaneler, bekleme alanları sosyal alanları, otopark imkanları** daha geniş." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"**Otopark** konusunda **çok yeterli**, diğer devlet hastanelerinde bu imkânı bulamazsınız. Yani böyle geniş bir otoparkı yok. Önceden özel hastanelerde filan oluyordu. İl dışından hatta ülke dışından acil hastalar ya da sevk edilmesi gerek hastalar için **ambulans helikopter pistleri** var. Bunu devlet hastanelerinin hiçbirinde göremezsiniz." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*
>
> *"Sahip olduğu **helikopter pisti** sayesinde acil durumlarda hava yoluyla hasta nakline imkan tanımakta." (Ali Bey, Hekim/ Yönetici)*
>
> *"**Helikopter pistleri** bazı şehir hastanesinde hastane binasının çatısında bazı şehir hastanelerinde ise bahçesinde yer almaktadır. **Kapalı otoparklar** ise bazı hastanelerin altında bazı hastanelerin ise yanında ayrı katlı otopark olarak yapılmıştır. Gözlem*

*yapılan tüm şehir hastanelerinde **otoparklar ücretsizdir**. Gözlem yapılan bazı şehir hastanelerinde otoparkta bulunan her kolonda **deprem izolatörü** bulunmaktadır. Hatta bir şehir hastanesinde poliklinik girişinde şehir hastanesinin maketi ve kullanılan deprem izolatörü sergilenmektedir. Çoğu şehir hastanesinin **çevre düzenlemeleri** yapılmış olmakla birlikte çevre düzenlemelerinde bazı eksiklikler bulunmaktadır. **Bekleme salonlarının** klimalı olması, bekleme koltuklarının fazla olması ve hasta odalarının tek kişilik veya iki kişilik otel odaları gibi konforlu ve geniş olması göze çarpmaktadır. Her **hasta odasında** tuvalet, banyo, TV, yatak olabilen refakatçi koltuğu ve internet bulunmaktadır." (Gözlem Notu)*

- **Teknolojik olarak donanımlı hastaneler**

Katılımcılar şehir hastanelerini teşhis, tetkik ve tedavi için gerekli olan güncel tüm medikal teknolojiye ve tıbbi cihazlara sahip olması nedeniyle teknolojik olarak donanımlı hastaneler olarak tanımlamaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"**Laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri** açısından son derece **donanımlı, güncel cihazlara** sahip." (Alparslan Bey, Hekim)*

*"... Ayrıca **donanımlı hastaneler**. Gerçekten devlet hastanelerine göre **daha güncel, son sistem ve yeni teknolojinin** bulunduğu, gelişmiş laboratuvarlara sahip hastaneler olarak betimleyebilirim." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Sağlık alanındaki **son tıbbi cihazların ve teknolojiyi** içinde barındıran bir hastanedir." (Ali Bey, Hekim/ Yönetici)*

*"Yani en başta şöyle, **sıfırdan** bir hastane **cihazlar, kullanılan aletler, görüntülemeler** birçok **hastanede olmayan şekilde cihazlar** var." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

*"... elimizdeki **teknoloji ve cihazlar** gerçekten, birçok **yeni özel hastanelerin bile temin edemediği** kalitede. Bunlar bize şu anda **güncel** dünya literatürüyle aynı hızda aynı oranda tanı koyma imkanı sağlıyor. ... ihtiyaç duyulan **her türlü teknolojinin** yer aldığı **yenilikçi sağlık teknolojileriyle donatılmış** hastaneler haline gelmiştir." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Bünyesel olarak içinde **teşhis, tetkik ve tedavi** için gerekli olan gerçekten de **en üst düzeyde medikal teknolojiye** sahip hastaneler. Gerçekten de en üst düzeyde bunu zaten görebiliyoruz." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Şehir hastanelerinin en önemli özelliği bana göre **sağlık teknolojileri** açısından **en son hangi cihaz varsa** bizim hastanemizde var. **Teknolojik donanım olarak her türlü imkan sağlanmış** durumda. Tüm cihazlarda uygulamalarda daha sistematize ve düzenli gitmeye çalışan bir sistemi var." (Asel Hanım, Hemşire)*

Ayrıca katılımcılar şehir hastanelerinin akıllı binalardan oluştuğunu ve tüm hasta kayıtlarının sistem üzerinden takibinin yapılarak kağıtsız hastaneye dönüşme çabasının olduğunu ifade etmektedirler. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Şehir hastanelerinin en büyük özelliği bence **en son güncel medikal teknoloji** ile donatılmış, **akıllı binalardan** oluşmasıdır." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Şehir hastaneleri **sistem olarak** ve teknoloji olarak **son derece güncel**." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Şehir hastanelerinin tamamı **dijital dönüşüm** projesindedir. **Kağıtsız hastane** ortamı sağlansın. O yüzden altyapıları hep **akıllı sistem** mantığıyla yapıldı. Yani **akıllı hastane,** akıllı ev dediğimiz sistem." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Beş Yıldızlı Hastaneler**

Katılımcılar tarafından şehir hastaneleri, modern, lüks, ferah, şık, tasarımı güzel, geniş, nitelikli hasta odalarına sahip, hastalara otel konforunda sağlık hizmetinin sunulduğu hastaneler olarak tanımlanmaktadır. Şehir hastanelerinde, yataklı servislerde verilen otelcilik hizmetlerinin konforlu olmasını vurgulayan ve şehir hastanelerini beş yıldızlı otellere benzeten katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Fiziken çok güzel** bir bina yeni bina içeriği güzel. Böyle içeri girdiğinizde böyle bir özel hastane ya da **özel bir otel izlenimi veren,** tertemiz güzel hosteslerin şöyle size eşlik ettiği her sorunuza cevap verdiği güzel bir ortam var." (Lina Hanım, Hekim)*
>
> *"Görselliğe çok önem vermişler, çoğu **otelden daha şık** bir hastanemiz var." (Elif Hanım, Hekim)*
>
> *"... hastanenin içine girdiğim zaman şey hissediyorum. Böyle **bir AVM'ye gelmişim gibi** veya **bir otele gelmişim gibi** hissediyorum." (Zeynep Hanım, Hekim)*
>
> *"Gelen insanlar **otel gibi** düşünüyor burasını, çünkü **otel konforunda hizmet** veriyor bütün şehir hastaneleri." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Çalışan ve hastalara daha fazla **konfor alanı** sağlayıp hastalara kendilerini daha güvende ve **değerli hissettirdiğini** düşünmekteyim. Tüm bu imkanlar ilk başta **hastaneden ziyade otel gibi** bir izlenim oluşturuyor." (Ebrar Hanım, Hemşire)*
>
> *"... **otelcilik konforunun** üst seviyede tutulduğu kompleks bir yapı. Yani bir noktadan girip her türlü olanakların sonuna kadar kullanılabildiği ve bu sırada da **konforun ön planda** tutulduğu sağlık kompleksi." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"...hastalar açısından baktığımda **otelcilik anlamında** evet çok daha aslında hak ettiğimiz gibi temiz yeni düzenli ..." (Asya Hanım, Hemşire)*
>
> *"... hastaneye gelen kişiler devlet eliyle de bir otelcilik ve orta sınıfın üzerinde **lükse yakın bir otelcilik hizmeti** de aldığı söylenebilir." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"Şehir Hastaneleri **modern ve otel konforunda** fiziki özellikleri ile bölgesindeki vatandaşlara **özel hastane seviyesinde** sağlık hizmeti vermektedir. Geniş, ferah **beş yıldızlı otel konforunda** hizmet verilmekte. Özellikle otelcilik hizmetleri açısından şehir hastaneleri eski hastanelerden açık ara önde. Ayrıca **her hasta odasında** televizyon, duş, tuvalet, buzdolabı ve çalışma masası bulunmakta. Otelcilik hizmetlerinin özel sektör yaklaşımıyla **beş yıldızlı otel konforunda** yürütülmesi gündeme gelmiştir." (Ali Bey, Hekim/ Yönetici)*
>
> *"Gerçekten **beş yıldızlı otel konforundayız**." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*
>
> *"Şehir hastanelerinin poliklinik girişlerinde otel lobisini andıran danışmanın bulunması, hastane binasının iç mimari özellikleri ve kullanılan renkler, yürüyen merdivenlerin olması, hastane içerisinde alışveriş merkezlerinin olması, hasta kabul ve yönlendirme personelinin kıyafetleri, fular takmaları **hastaneden çok otel izlenimi** bırakmaktadır." (Gözlem Notu)*

- **Kompleks Hastaneler**

Katılımcılar şehir hastanelerini büyük, geniş, devasa, karmaşık, kompleks, birçok hastanenin bir arada olduğu sağlık kampüsü veya sağlık külliyesi olarak tanımlanmaktadır. Şehir hastanelerinin tek bir hastane olarak düşünülmemesi

gerekmektedir. Şehir hastaneleri bir çok eski hastanenin taşınarak bir arada hizmet verdiği komplike bir yapı ve bu nedenle hastaneler topluluğu olarak tanımlamak mümkündür. Şehir hastanelerinin fiziki büyüklüğünü vurgulayan katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Çok çok büyükler**, alışılagelmiş devlet hastanelerinin yaklaşık 3-5 katı kadar büyüklüğündeler." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Hani **çok büyük** bir hastane…" (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*
>
> *"**Çok büyük** binalar, çok büyük kompleksler…" (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"… **Büyük, kompleks bir yapı** yani en güzel tanımı bu olur." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"… Şehir Hastanesi için söyleyeyim **kocaman devasa** bir dünya. Bir yerden bir yere gitmek için nerdeyse hastane içerisinde bile toplu taşıma kullanmanızı gerektirecek **büyüklükte**…" (Defne Hanım, Hemşire)*
>
> *"Hastanemiz gerçekten **çok büyük altı blok iki dış hastane** yani toplamda **sekiz blok** artı bide merkez bloktan oluşuyor. Yani aslında **sekiz hastane büyüklüğünde** diyebiliriz buna. Yani böldüğüm zaman ben oradan sekiz tane hastane çıkartabilirim o kadar **büyük** bir hastaneye sahibiz." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

Şehir hastanelerinin fiziki olarak büyüklüğü, bir çok hastanenin bir alanda toplanmasından kaynaklanmaktadır. Aslında şehir hastaneleri tek bir hastane değil, bir çok hastanenin bir araya getirilmesiyle oluşan, büyük, kompleks hastanelerdir. Şehir hastanelerini bir çok hastanenin bir arada hizmet verdiği hastane kampüsü, hastane topluluğu, sağlık külliyesi ve sağlık kompleksi olarak tanımlayan katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastanelerini tek bir hastane olarak düşünmemek gerekir. **Bir çok hastanenin bir araya gelerek** oluşturduğu, bir **hastaneler topluluğu** olarak görmek gerekir. Bu nedenle **çok büyük** açık ve kapalı alana sahip, çok **devasa bir yapı**." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Şehir hastanesi öncelikle **bir çok hastanenin bir araya getirilerek** oluşturulmuş hastanelerdir." (Elif Hanım, Hekim)*
>
> *"Şehir hastanesi mevcut durumuyla **7 hastanenin birleşmesinden oluşan kompleks** bir yapı ve büyük bir **sağlık kampüsüdür**." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"… şehir hastanesi toplam **7 kuleden oluşan** bünyesinde kadın doğum, çocuk, ortopedi, psikiyatri ve fizik tedaviden oluşan **Avrupa'nın da zaten en büyük hastane kampüsü**." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*
>
> *"**7 kuleden oluşan** bir çok hastanenin oluşturduğu **hastaneler kampüsü. Çok komplike** bir yer. **Çok büyük** bir alana sahip bir yer. **Çok büyük ve komplike** bir biriyle iç içe geçmiş bir **hastane kompleksi**." (Asya Hanım, Hemşire)*
>
> *"**Devasa** bir **sağlık kompleksi**." (Kerem Bey, Hekim)*
>
> *"**Çok büyük** bir alan, **üniversite kampüsü gibi** bir çok hastanenin bir alanda toplandığı **hastane kampüsü** diyebiliriz." (Eslem Hanım, Hekim)*
>
> *"**Bir çok hastanenin** bir araya getirilmesiyle oluşan **büyük hatta devasa bir sağlık külliyesidir**. Hemen hemen her branşın olduğu hatta her ana branşa ait hastanenin olduğu **kompleks bir yapıdır.**" (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"Tüm şehir hastaneleri bölgelerinde **bir çok hastaneyi bir arada** toplayan, **çatı kurum** haline gelmiş bulunmaktadır." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"En küçük şehir hastanelerinden olan Isparta, Manisa ve Eskişehir Şehir Hastanelerinde gözlem yaparken hastane binalarının birbiriyle bağımlı olması nedeniyle hastane içerisinde yer bulmakta zorlandık. Katılımcılardan biriyle hastaneyi gezerken gideceğimiz yeri bulamayınca görevlilerden birine sormak durumunda kaldık. Diğer bir katılımcı ise hastalardan birisi yer sorduğunda sorulan yeri tarif edemedi ve güvenliğe yönlendirdi. Gerçekten **şehir hastaneleri büyük, karmaşık ve kompleks yapılar**." (Gözlem Notu)*

- **Sosyal Hastaneler**

Katılımcılar şehir hastanelerinin diğer hastanelerden farklı olarak sosyal donatı alanlarının ön plana çıktığını ifade etmektedir. Şehir hastanelerinde çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak üzere tüm sosyal alanların yer aldığını ve bu nedenle sosyal hastane olarak tanımlamak mümkündür. Şehir hastanelerinin sosyal donatı alanlarını vurgulayarak tanımlayan katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

*"Şehir hastanesi yani şöyle söylemek gerekirse şehir hastanesi **sosyal hastane** benim gözümde. Hem içerisindeki çalışanın **sosyal hayatını idame ettirebileceği imkanları**, hem de hastanın gerçekten aradığı **her şeye ulaşabileceği imkanları** barındıran bir kompleks. ... sağlık çalışanlarının **yaşam alanı olarak sosyalleşmesine,** evet **güzel imkanlar** sağlanmış. Yani içerisinde marketinden tutun da kendi sıhhi ihtiyaçlarını karşılayacağı kuaförüne kadar, kafeteryalarına kadar bir kompleks halinde ya da çalışan sağlık çalışanının sabah götürüp aracını bırakıp **otoparkta aracı yıkanırken** mesai çıkışında alabileceği şekilde ... bir **sosyal kompleks.**" (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Hem çalışanlar hem de hasta ve hasta yakınları olarak her şeye ulaşabiliyorsunuz. Şehir hastanelerinde **geniş sosyal alanlar** var. **Otopark, cafe, restoran, kuaför, oto yıkama, market, banka, alışveriş yapılacak yerler, kıyafet satılan yerler, elektronik eşya** alabileceğiniz yerler. **Her türlü imkân** var." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Hem hastaların kullanabileceği hem de çalışanların kullanabileceği **sosyal alanlar** bulunmakta. Aslında bizim alışık olmadığımız bir şey bu. Ama şimdi sunulan bu **sosyal imkanların** ne kadar da önemli olduğunu görmüş olduk. Hastanın hasta yakının veya çalışanın bu **sosyal ortamlardan** faydalanması psikolojik olarak da rahatlamasına olanak sağlıyor. Klasik hastanelerde kantin dışında bir şey bulunmazken, şehir hastanelerinde **kantinler, kafeler, alışveriş merkezleri, marketler, kahve dükkanları, banka şubeleri kuaförler, kişisel bakım merkezleri, çiçekçiler, kıyafet satan mağazalar, lokantalar, restoranlar** bulunmakta. Aslında şehir hastaneleri sadece sağlık hizmetinin sunulduğu bir yer değil aynı zamanda bir **sosyal alan** halinde hizmet veriyor. ... Hasta ve çalışanlar hastaneden çıkmadan sağlık dışındaki ihtiyaçlarını da burada karşılayabiliyor. **Bir yaşam alanı** inşa edilmiş durumda." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"Çok çeşitli **sosyal yaşam alanlarına** sahip. Mesela bizim hastanede **Carrefour var … Ziraat Bankası var, bir banka şubesi var, bir kuaför** var bildiğim kadarıyla, üniforma satılan dükkanlar var, **kafe çok fazla var**. Birçok hani **hamburgercidir** vs. yani yanılmıyorsam 15-20 civarında vardır toplasanız. Kafeterya tarzı yer…" (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Şehir hastanesinin içerisinde **tüm sosyal alanlar** var nerdeyse. **Cafeler, oturma alanları 7/24 çalışan kafeteryalar** var. Bunlar daha önceki hastanelerimizde yoktu maalesef." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"**Ticari alanlarımız** var mesela herhangi bir ihtiyacınız olduğunda dışarıya ihtiyaç duymadan her şeyi şehir hastanesi içerisinde ulaşabiliyorsunuz. ... işte örnek veriyorum, **kişisel bakım** ya da herhangi bir **market** ihtiyacınız olduğunda bunların hepsi hastane içerisinde mevcut. Hatta **kuaföre** kadar hastane içerisinde mevcut." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Hastaların, refakatçilerin ve çalışanların stresten uzaklaşabilecekleri, dinlenebilecekleri **sosyal alanlar** mevcut. Geniş bahçesi, henüz peyzajı yeni yapıldı, çocuk parkları, bahçede dinlenme alanları var." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

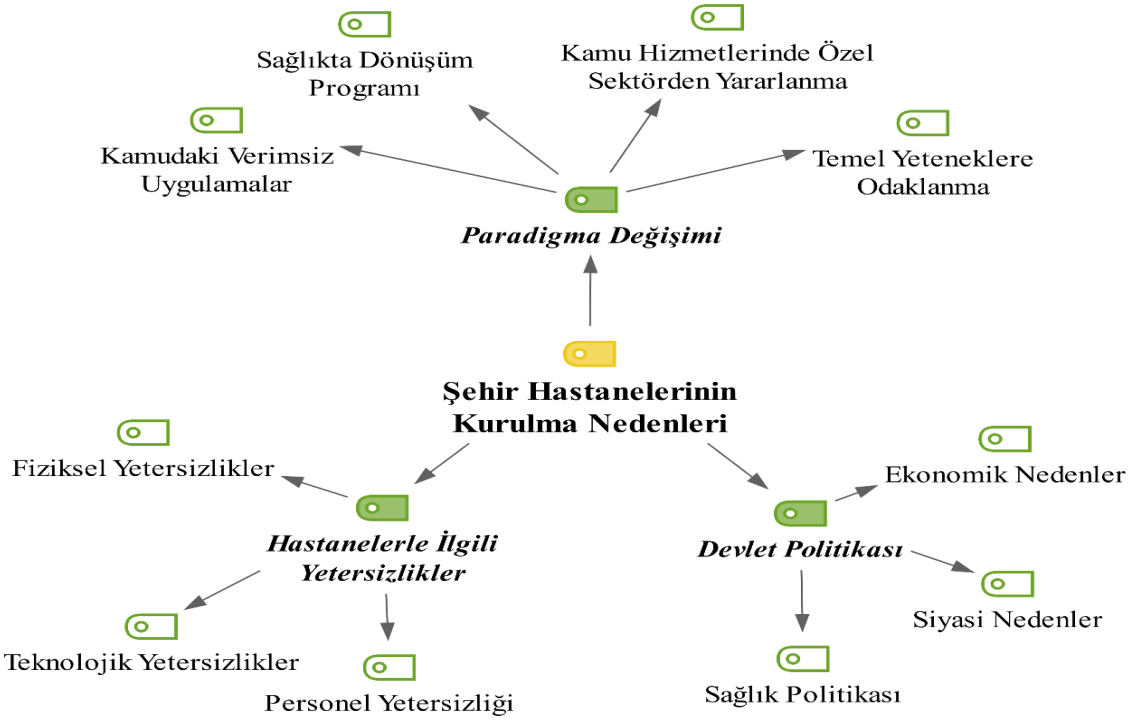
*"Yani **AVM'den tutun oto yıkamaya, teknolojik aletlerden giyime, marketten kafelere** kadar **her türlü sosyal imkân** sunulmuş." (Defne Hanım, Hekim)*

*"Alışkın olduğumuz devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerden farklı olarak şehir hastanelerinde bulunan **sosyal donatı alanları** ön plana çıkmaktadır. Hasta ve çalışanların hemen hemen her türlü ihtiyacına yönelik **ticari alanlar** bulunmaktadır. Bir şehir hastanesinde boş olan iki ticari alanın camını komple kapatan "Bu alanı sizin için ayırdık. Kiralama için: 05.. ... ..." afişi bulunmaktaydı." (Gözlem Notu)*

4.1.2. Şehir Hastanelerinin Kurulma Nedenleri

Katılımcılara "*Türk sağlık sisteminde şehir hastanelerine neden ihtiyaç duyuldu?*" ve sonda olarak "*Size göre Türk sağlık sistemini şehir hastanelerinin kuruluşuna götüren sebepler nelerdir?*" soruları yöneltilerek şehir hastanelerinin kurulma nedenleri belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilere göre, şehir hastanelerinin kurulma nedeni olarak "*Paradigma Değişimi*", "*Devlet Politikası*" ve "*Hastanelerle İlgili Yetersizlikler*" olmak üzere üç temel neden belirlenmiştir. Şehir hastanelerin kurulma nedenlerine yönelik tema ve alt temalara ait kavram haritası Şekil 13'te gösterilmiştir.

Şekil 13. Şehir Hastanelerinin Kurulma Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası



Kaynak: Yazar tarafından Maxqda 2020 programı kullanılarak oluşturulmuştur.

- **Paradigma Değişimi**

Katılımcılara göre şehir hastanelerine ihtiyaç duyulmasının temel nedenlerinden birincisi kamu hizmetlerinin sunumunda gerçekleşen "paradigma değişimi"dir. Paradigma değişimi teması altında "*kamudaki verimsiz uygulamalar*", "*sağlıkta dönüşüm programı*", "*kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörden yararlanma*" ve "*temel yeteneklere odaklanma*" alt temaları belirlenmiştir.

- **Kamudaki verimsiz uygulamalar**

Katılımcılar şehir hastanelerinin kurulma nedenlerinden biri olarak, kamudaki verimsizlik olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle kamu personelinin sahip olduğu garantiler nedeniyle hastalara karşı yeterince ilgili davranmadıklarını, prosedürlerin ve evrak işlerinin yoğun olduğunu ve satın alma ve tedarik süreçlerinin uzun sürdüğünü ve tüm bunların sağlık hizmeti sunumunu aksattığını ifade etmektedirler. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda verimlik, hız, esneklik, kalite, ilgi ve konfor sağlanması adına KÖİ ile şehir hastaneleri kurulmuştur. Kamudaki verimsiz uygulamaların kamu personelin işlerini garanti görmesinden kaynaklı olduğunu ve bu nedenle personelin verimli çalışmadığını, işlerin aksadığını, hastalara yeterince ilgi gösterilmediğini ve hizmet kalitesinin artırılamadığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şimdi düşündüm de belki Sağlık Bakanlığı, **kendi personeli ile verimli olarak yapamadığı** temizlik, güvenlik gibi hizmetleri taşeron eliyle yürütmek istemiş olabilir. Ama taşeron sistemi de başarılı olmadı. Bu yüzden tamamen otelcilik hizmetleri şirkete bırakmak istemiş olabilir. Bu kamu yöneticilerine konfor sağlıyor olabilir. Şirket bu işleri yapıyor, kamu sadece denetliyor. Böyle bir bakış açısı da olabilir." (Kerem Bey, Hekim)*

> *"Devlet hastanelerinde çalışanların kendilerini garantide görmesi yani işten atılma korkusunun olmaması nedeniyle işlerini yaparken rahat davranabiliyorlar. **İşlerin aksadığı** ya da **yeterli kaliteye ulaşılamadığını** hepimiz biliyoruz, yaşıyoruz. İnsanların iş kaygısı olmadığı zaman, yani kaybetme kaygısı olmadığı zaman daha doğrusu o şekilde söyleyeyim. Yani çokta fazla **kendilerini vererek çalıştıklarını görmedim** ben. **İlgi ve alaka özel hastanedeki gibi değil**." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"... Bir insana eğer sabit ve garanti bir ücret veriliyorsa **paramı alayım hiç iş yapmayım moduna geçiyor**. ... Devlette iş ve maaş garanti olunca **verimliliği sağlamak mümkün olmuyordu**. **Verimliliği sağlamak için** şehir hastanesi modeline geçildiğini düşünüyorum." (Alparslan Bey, Hekim)*

> *"Devlet hastanelerinde bir nebze daha personeller işlerini kendi nezdinde kaybetme korkusu olmadığından dolayı bir tık daha rahat çalışma stiline sahipler. Bu da **verimsizliğe** neden olmaktaydı." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"... devlet hastanesinde, **herkes statükocu** olduğu için **bana verilen görev bu, ben bu kadarını yaparım.** Biraz kişiye bağlı mesela temizlik hizmetini istediğiniz kadar standarda bağlayamıyorsunuz." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Yani devlet hastanelerinde de **iyileştirmeler yapılıyor ama yetmiyor** sanki. Yani ben şunu yaşıyordum. Sekretere gidip sorduğum zaman cevap alamıyorum. **Gergin bakıyor, sinirli bakıyor.** Yaşıyorsunuz sizde yaşamışsınızdır. Şimdi bu sistem nasıl düzeltilebilir. Birçok şey yapılmaya çalışıldı. Sıkıntı var o sıkıntı devam ediyor açıkçası devlette." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Kamu hastanelerinin **personel yönetiminde, verimsizlik gözle görünür boyuttaydı**." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Devlet hastanesinde çalışırken devlet memuruydu çalışan personeller. Onlar yani hiç hastayla alakaları yoktu, **hastanın yüzüne bile bakmıyorlardı**." (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"Yani ben toplumda genel olarak, **kamuda çalışanların yüksek verim gösterdiğini düşünmüyorum.** ... Devlet hastanelerine baktığınız zaman **bir çok işin baştan savma yapıldığını** görürsünüz. Mesela temizlik, güvenlik, bakım onarım gibi. Zaten **kamunun verimsizliği** nedeniyle devletteki bir çok iş özele bırakılmak zorunda kalındı. Çünkü **kamuda hızlı aksiyon alamama, yeterli denetimin olmaması, iş garantisinin getirdiği bana bir şey olmaz düşüncesi, çalışanların sorumluluklarını yerine getirmemesi** gibi şeyler **verimsizliği ülke kaynaklarının boşa gitmesine** neden oluyor. ... Bizim toplumumuzda devlet memuru olmanın, **insanları verimlilikte geriye düşürme eğilimi** var. Bunları kabul etmesek de hemen hemen her kamu kurumunda bu tür durumları gözlemleme şansımız var. Bu nedenle özel sektör, kamu hizmetlerinin sunumunda son yıllarda daha çok yer almaya başladı. Şehir hastaneleriyle birlikte kamu özel işbirlikleri kuruldu. Daha verimli ve kaliteli hizmet sunmak amacıyla." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Şöyle bir yapımız var bizim devlet anlayışında. Benim en nefret ettiğim durumdur bu. **Salla başı al maaşı.** Bizim **memur zihniyetimiz konforum bozulmasın, oturduğum yerden iş yapayım, fazla iş yapmayayım anlayışında** maalesef. İşini gerçekten layığı ile yapabilen ya da yapmaya çalışan, işini başından sonuna kadar takip eden insanlar artık kamuda yok maalesef. Böyle olunca güvenlik, temizlik, yemek gibi hizmetler taşerona dönüldü. Daha ekonomik ve daha hizmet verimliliği sağlandığı görüldü. İdari olarak sorumluluğun azaltıldığı görüldü. Dönem dönem bu uygulamalar geliştikçe en son hastanelerde otelcilik hizmetleri komple devredildi. Bu olduğu zaman şunu gördük biz şu an şirketin 4-5 bin çalışanı var. Bunun 1500 temizlik personeli var. Şu an bu **1500 kişiyle yapılan temizliği, biz kamuda 3000 kişiyle ancak yapabiliriz. Özel sektörün işçiyi çalıştırma disiplini kamudan daha üstün.**" (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

Kamuda süreçlerin evrak ve prosedürler nedeniyle yavaş ilerlediğini Eymen Bey şu şekilde ifade etmektedir:

*"Bir cihaz ihtiyaç olduğunda ya da bozulduğunda kamu kurumunda buna neden ihtiyaç oldu, bu neden bozuldu, kim bozdu, bu nerden alınması gerekiyor **gibi işleyiş yavaş.** Kamu kurumu **yavaş ilerliyor.** Kamuda **her şey evrak üzerine ilerliyor.** Silsile yolu takip edildiği için **süreç yavaş ilerliyor**. Ama kamu özel arasında olduğumuz için dediğim gibi özel bazı şeylerde daha hızlı ilerliyor. ... devlette bir cihaz alınacak veya bozuldu, otuz gün **beklemek zorundasın**. Biliyorsun en küçük röntgen cihazının bir parçası olmadığı zaman işlem olmuyordu. Ayrıca **kamunun hantal yapısı** bazı cihazların ya da acil ihtiyaçların karşılanmasını **süre olarak çok uzatıyordu**. Aslında özel sektörün verimlilik ve hızlı aksiyon alma özelliği sağlık alanında da kullanılmak istendi." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

Ayrıca kamunun satın alma süreçlerine vurgu yapan Ömer Asaf Bey de ihale süreçlerin uzun sürdüğünü, ihale ile en düşük teklif veren firmadan satın alma yapıldığını ve bunun hizmet kalitesini düşürdüğüne yönelik görüşleri şu şekildedir:

*"İhaleyle çıktığınız için satın alma **uzun sürüyor.** Kamu, ihale bedeli en düşük fiyatı veren firmayla anlaşıyor. Öyle olduğu zaman ister istemez aldığınız **hizmetin kalitesi de düşüyor.**" (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

- **Sağlıkta dönüşüm programı**

Bazı katılımcılar, şehir hastanelerinin kurulmasını, sağlıkta dönüşüm programının bir aşaması olarak görmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile başlatılan birçok uygulamanın sonucunda, süreç şehir hastanelerinin kurulmasına evrilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin sunulmasında birçok özel sektör uygulamalarının kullanılmaya başlandığını ve son aşama olarak KÖİ ile şehir hastanelerinin kurulduğunu belirten katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Şehir hastanelerini ben **sağlıkta dönüşümün son noktası** olarak tanımlıyorum. **Sağlıkta dönüşüm projesinin son aşaması** gibi tanımlayabilirim. Sağlıkta dönüşüm ile birinci basamağın lağvedilmesi, aile hekimliklerinin kurulması, daha sonra tam gün yasası, muayenehanelerin kapatılması, devlet hastanelerinden iyi hekimlerin kaçması ve sonrasında ise şehir hastaneleri ve kamu özel ortaklıkları. Şehir hastaneleri bu sürecin sadece bir parçası. Eski sağlık sisteminden özelleştirmeye doğru bir gidiş." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"Zaten uzun zamandır devam eden bir özelleştirme uygulamaları mevcut. **Sağlıkta dönüşüm programı** kapsamında, devlet hastanelerinde birçok düzenlemeler yapılmaya çalışılıyor. İşte yöneticiler sözleşmeli atanıyor, performans değerlendiriliyor, kalite çalışmaları yapılıyor, hasta memnuniyeti ön plana çıkıyor. **Sağlıkta dönüşüm sürecinin son aşamasında,** şehir hastaneleriyle birlikte sağlık sektöründe de özel şirketlerin katıldığı bir sistem. Sanırım bir çok ülke bu sistemi uyguluyor." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Ülkemizde sanırım 2003 yılında **sağlıkta dönüşüm programı** başlatıldı. Bu program kapsamında sağlık hizmetinde bir çok yenilikler uygulamaya konuldu. Kamu-özel işbirliği ile hastane kurmak, ortak hastane işletmek, **bu sürecin getirdiği bir aşama** olduğunu düşünüyorum." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"Şehir hastanelerinin kurulması ani gelişen bir durum değil aslında. 2003 yılından itibaren hayata geçirilen, **sağlıkta dönüşüm uygulamalarının sonucunda gelinen bir nokta.** Kamu-özel işbirliği ile şehir hastanelerinin kurulması **bir sağlıkta dönüşüm uygulaması. Sağlıkta dönüşümün gerçekleşmesi için şehir hastaneleri kuruldu.**" (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"Bildiğiniz gibi Türkiye'de **sağlıkta dönüşüm projesi** uygulanıyor uzun süredir. Sağlıkta dönüşüm bir furya gibi. Bir çok ülkede uygulanıyor. Bizim ülkemizde bu furyaya katıldı. Sağlıkta dönüşümle birlikte devlet, sağlık sektöründen çekiliyor yavaş yavaş. Bunun en güzel örneği de şehir hastaneleri. Şehir hastaneleriyle birlikte şirketler sağlık hizmeti verilmesine ortak oldu. Aslında **bu süreç bu dönüşüm projelerinin bir sonucu**." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

- **Kamu hizmetlerinde özel sektörden yararlanma**

Katılımcılar tarafından, kamu hastanelerinin yenilenme ihtiyacının özel sektörün finansal gücü ve inşaat tecrübesini kullanarak gerçekleştirilmesi, şehir hastanelerinin kurulma nedenlerinden biri olarak vurgulanmaktadır. Sağlık alanındaki hem bina hem de altyapı yatırımlarında, özel sektörün finansal gücü, inşaat tecrübesi ve hızından

yararlanılmak istenildiği için KÖİ ile şehir hastanelerinin kurulduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Devletin kıt kaynaklarını kullanırken sağlık sektörüne yönelik **yatırımlarda özel sektörün finansmanı** tercih etmiş olabilir." (Kerem Bey, Hekim)*
>
> *"Teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı hastanelerimizde gerek alt yapı yatırımları gerekse başta görüntülemeler olmak üzere diğer tıbbi cihazların temin edilmesi, **şirket finansmanı** ile **kısa zamanda çözüme kavuşturulması** hedeflenmiştir. Kamu hizmetlerinin sunumunda, **özel sektörün finansman desteğinin sağlanması** hizmet sunumunda ve yönetiminde **özel sektörün tecrübesinden faydalanması** da amaçlanmıştır." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Kamu hizmetinin sunumunda, **özel sektörün sahip olduğu maddi güç** kullanılmak istenmiş. Özellikle **inşaat alanındaki tecrübeden** yararlanılmış." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"**Özel sektörün parasal imkanı, inşaat alanındaki tecrübesi,** hızlı bir şekilde bu hastanelerin yapılmasına olanak tanıdı diye düşünüyorum." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Sağlık sektörünün gelişmesi gerekiyordu. Gelişmesi içinde **maddi imkanlar** gerekli. Sizi maddi olarak da destekleyecek firmalar lazım. Devlet bazı alanları, sağlık alanında **özele bıraktı**, yap işlet devret. Üzerindeki maddi gücü hafifleterek, kendine yük olan şeyleri **yap işlet devret modeli** ile yapmaya çalıştı." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Yap işlet devret yöntemi ile devlet **mali açıdan özel şirketlerden yararlandı**. Bu devasa yatırımlar, çok büyük miktarlarda para gerektiren şehir hastaneleri için **özel sektörden yararlanmak amaçlanmış** gibi görünüyor. Böylece devlet bütçesini kullanmamış oluyor." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*
>
> *"Bir çok hastanenin aynı anda yenilenmesini devlet bütçesinden yapmak zor. Devlet kurumları ve bizi yönetenler hastanelerin yenilenmesi için böyle bir yolu tercih ettiler**. Çok hızlı bir şekilde hastaneler kamu-özel işbirliği ile yenilendi**." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Hükümet **hızlıca hastaneleri yenilemek** için yatırım yapmak isteyen **şirketlerin parasını** da kullanmak istedi ve ortaklık yapıldı. **Hızlı yenileme ve güncelleme** yapabilmek için kamu özel ortaklığına gidildi bence." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

Bazı katılımcılar, sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün finansal gücü ve inşaat alanındaki tecrübesinin yanı sıra hizmet sunumundaki hız, esneklik, disiplin, konfor, kalite ve verimlilik gibi avantajlarından da yararlanma amacı olduğunu ifade etmektedirler. Bir şehir hastanesinde hem hekim hem de yönetici pozisyonunda görev alan Ömer Asaf Bey'in, *"... **devletçilik zihniyetinden biraz daha özel sektörün daha ön planda olduğu, profesyonel ilişkiler** kurulduğu ve yürütüldüğü bir sistemin vatandaşlara hizmet vermesi gerektiği düşünülmüş ki, bu sisteme geçilmiş..."* sözleri bu durumu kanıtlar niteliktedir. Diğer katılımcıların bu konudaki görüşleri ise şu şekildedir.

> *"... özel sektörün **hızlı karar alması**, işte ne bileyim **esnek yapısı**, belki daha h**ızlı organize olması**, işte daha **sıkı denetim** uygulaması, performansı uygun olmayanların işten çıkartılması, ahbap çavuş ilişkisi yerine sistemin oturtulması, sisteme dayalı kültürün oturtulması, kamunun yıllardır yapmaya çalıştığı ama hantal yapısı nedeniyle bir türlü yapamadığı şeyleri özel sektör tarafından sağlandığını düşünüyorum. Bu*

anlamda yönetimsel olarak, kamu özel işbirliği ***verimlilik ve hasta memnuniyetini*** *artırdığını söyleyebilirim." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Ticari kaygılar ve iş garantisinin olmaması ***özel sektörün daha özenli****, ne bileyim* ***konforlu kaliteli hizmet sunmasını*** *sağlıyor. O yüzden bence kamu özel işbirliğine ihtiyaç duyulmuş olabilir. Çünkü bir devlet hastanesinde yapılan bir temizlik ile ya da devlet hastanesinin güvenliği ile şu anki şehir hastanelerinin güvenliği ve temizliği aynı değil. Otelcilik hizmetleri aynı değil. Hastanenin sosyal imkanları aynı değil. Şehir hastaneleri gözle görülür bir şekilde ön plana çıkıyor bu konuda." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"... Hani belki ***peçetenin kalınlığını ölçüsünü*** *konuşuyoruz biz şirketle., yumuşaklığını konuşuyoruz.* ***Tuvalete koyduğu sabunun kokusunu*** *konuşuyoruz.* ***Bu seviyeye geliyoruz****. Bütün hastaneler böyle oldu süreçler. Burada da öyle oldu. Ama kamuda böyle bir mantığımız yoktu. Kamuda neydi. Satın almaya giriyorsunuz. En ucuz neyse alıp geçiyorsunuz. Yani devlet çünkü öyle öngörmüş mevzuat olarak. Belli kriterleri koyamıyorsunuz.* ***Şu an biz kriter koyabiliyoruz****. Yani ben bu ürünü istemiyorum arkadaş diyebiliyorum. Yani bunu isterken de gerçekçi şeylere dayandırıyorum." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Temel yeteneklere odaklanma**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin kurulmasında kamunun sağlık hizmetine odaklanmak istemesinin de etkisinin bulunduğunu belirtmektedirler. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları sağlık hizmetinin sunulmasına, kamu yöneticileri doğrudan sağlık hizmetinin üretim sürecine odaklanırken, sağlık hizmeti dışında kalan tüm işler özel sektöre bırakılmıştır. Şehir hastanelerinde asıl iş, yardımcı iş ayrımı yapılmıştır. Asıl iş sağlık hizmetlerini kapsarken, yardımcı iş sağlık hizmeti dışında kalan ama sağlık hizmetinin etkili ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için gerekli olan tüm hizmetleri kapsamaktadır. Asıl iş-yardımcı iş ayrımıyla birlikte sağlık çalışanları temel yeteneği olan sağlık hizmeti sunumuna odaklanırken, özel sektör ise temel yeteneğine bağlı olarak diğer hizmetlere odaklanmıştır. Temel yeteneklere odaklanma, her bir işletmenin eğitimi, becerisi ve uzmanlığının olduğu alanlara yönelmesiyle birlikte hizmet sunumunda verimlilik, etkililik ve kalitenin artırılmasının amaçlanmasıdır. KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde temel yeteneklere odaklanıldığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

"Kamu özel işbirliği olmasını, sağlık hizmeti dışındaki diğer hizmetlerin özel sektör tarafından karşılanmasını daha doğru buluyorum. Böyle olduğunda ***her iki taraf uzmanı olduğu işe daha iyi odaklanma*** *şansına sahip olacak. Örneğin* ***sağlık çalışanları hastaları iyileştirmeye*** *odaklanırken* ***özel şirket kendi uzmanlık olanı olan otelcilik hizmetlerine*** *odaklanıyor. Böylece hem verimlilik hem de kaliteli hizmet ortaya çıkıyor." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Türkiye'de doktor ve hemşire açığı bulunmakta. Bu meslekleri yapan personelin yetişmesi de uzun zaman gerektiriyor. Ama devlet hastanelerine baktığımızda ***doktor ve hemşirelerin asli işlerinin dışında bir çok işle uğraşmak zorunda*** *kalıyorlardı. Şehir hastanelerinde öyle bir yapı kurulmuş ki* ***doktor ve hemşireler sadece asli işleriyle***

uğraşmaları *istenmekte. Sistem* ***herkes kendi işini yapsın*** *üzerine kurulmuş. Özel sektöre verilmesinin nedeni bence." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Hocam şehir hastaneleri özünde ***her çalışanın kendi işini yapması*** *planlanmış. Yani* ***doktor sadece doktorluğunu*** *yapsın,* ***hemşire hemşireliğini***, ***güvenlik güvenliğini***, ***temizlikçi temizliğini yapsın.*** *Bu noktada kamu hastanelerinde bu görev netliği yok. İşler yürüdüğü sürece kimin ne iş yaptığı çok dikkat edilmiyor. Böyle olunca bir çok kişi aslında yapmaması gereken işleri hastalar mağdur olmasın diye yapmak zorunda kalıyor. Yapılan işler görev bazında birbirine girmiş durumda. İşte güvenliği temizlik yaparken, temizlik personelini hasta taşırken, hemşireyi hasta taşırken görebilirsiniz. Burada böyle bir şey yok.* ***Herkes kendi işini*** *yapıyor. Bu anlamda,* ***herkes kendi işine odaklanabiliyor****." (Meryem Hanım, Hekim)*

"Kamu adına görev yapan yöneticilerin ***tıbbi hizmetlere yönelmesi*** *sağlanmıştır. Diğer işlerin özel sektöre bırakılmasıyla* ***sağlık çalışanlarının sadece sağlık hizmeti sunumuna odaklanması*** *sağlanmıştır." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

"Şehir hastanelerindeki ikili yapı yani kamu özel ortaklığı diğer adıyla işbirliği ile kamu çalışanları ***sağlık hizmeti sunan hekim ve hemşireler sağlık hizmetine odaklanmasına*** *olanak sağladı.* ***Özel şirket ise sağlık hizmeti dışındaki yardımcı hizmetleri yerine getiriyor****." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

"Aslında ***devlet sağlıkta asıl iş olan sağlık hizmeti üretilmesine odaklanırken diğer tüm işleri şirkete bıraktı*** *ama denetleme yetkisi baki tabi. Kamu-özelin ana sözleşmesinde şöyle bir şey var; hiçbir şekilde hastaya temas gerektiren, hastaya müdahale gerektiren durumlarda özel sektör giremez. Her türlü hastaya temas gerektiren, müdahale edilen durumlar kamu tarafının alanıdır. Buradaki temel mantık;* ***doktor işini yapsın*** *arkadaş.* ***Hemşire işini yapsın****. Doktor ve hemşire o kadar yoğunluk arasında bir de temizlikti, güvenlikti, yemekti bunlarla uğraşmasın. Ameliyattan çıkıp ta malzeme alımıyla veya bakım onarımla uğraşmasın.* ***Doktor işine odaklanabilsin, dikkatini, vaktini emeğini başka işlerde harcamasın****. Çünkü doktorun emeği çok kıymetli. Daha az kıymetli işlerde harcamasın. ... Aslında sağlık çalışanları için uygun koşullar oluşturuldu.* ***Sağlık çalışanları sadece işini yapacak.*** *Model bu." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

- **Devlet Politikası**

Katılımcılara göre şehir hastanelerinin kurulma nedenlerinden ikincisi "Devlet Politikası"dır. Devlet asli görevlerinden biri olan sağlık hizmetlerinin sunumunda, özel sektörün finansman, inşaat tecrübesi ve otelcilik hizmetleri başta olmak üzere hız, esneklik ve disiplin gibi avantajlarından yararlanmak için KÖİ ile şehir hastanelerini faaliyete geçirmiştir. Mevcut hükümette KÖİ ile sağlık hizmetinin sunulması yönünde tercihte bulunmuştur. Bu bağlamda katılımcıların görüşlerine bağlı olarak devlet politikası teması altında "ekonomik nedenler", "siyasi nedenler" ve "sağlık politikası" alt temaları belirlenmiştir.

- **Ekonomik nedenler**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin kurulmasında ekonomik nedenlerin etkili olduğunu ifade etmektedirler. Türkiye'de mevcut hastanelerin yapılış tarihlerinin çok eski olması nedeniyle, hastane binalarının yenilenme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Ayrıca gelişen medikal teknoloji yatırımları çok yüksek bütçeler gerektirmektedir. Birçok hastanenin

hızlı bir şekilde yenilenmesi ve medikal teknolojik yatırımlar için ülkenin bütçesinin yetersizliği, sağlık alanında KÖİ'yi gündeme getirmiştir. Şehir hastanelerinin kurulmasında ekonomik nedenlerin etkili olduğunu ifade eden katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

> *"Baktığımız zaman hem eskiyen binaları yenilemek hem de eskiyen teknolojiyi güncellemek, aynı zamanda bunu bir çok ilde yapmak için **ciddi yatırımlar gerekli**. **Bu yatırımlara ayrılacak paranın olmayışı** da kamu özel ortaklığı yapılmasına neden olmuş olabilir." (Asel Hanım, Hemşire)*
>
> *"Tabi burada yaklaşık 20, 30 ilde aynı anda veya birkaç yıl içerisinde hastane yapmak hem bina olarak hem de hastanedeki mobilya ve cihazlar açısından **çok büyük bir yatırım gerekiyor**. Böyle bir yatırımın sadece **devlet bütçesiyle yapılması mümkün olmadı** sanırım". (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*
>
> *"Bu devasa yatırımlar olan, **çok büyük miktarlarda para gerektiren şehir hastaneleri** için özel sektörden yararlanmak amaçlanmış gibi görünüyor. Böylece **devlet bütçesini kullanmamış** oluyor." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*
>
> *"... Yani hem **ekonomik** hem de siyasi olduğunu düşünüyorum. **Ekonomik olarak ihtiyaç duyuldu.** Çünkü **devletin bütçesi** birçok ilde, yakın zamanlarda, yeni hastaneler yapılması için **yetmemiş olabilir.** Bu nedenle özel şirketlerle ortaklık yapılmış olabilir." (Zeynep Hanım, Hekim)*
>
> *"**Maddi kaynaklı** olsa gerek. **Devletin** bu kadar büyük sağlık kampüslerine aynı anda yapmak için **yeterli maddi kaynağı olmayabilir**." (Elif Hanım, Hekim)*
>
> *"... **Devletin kıt kaynaklarını** kullanırken sağlık sektörüne yönelik yatırımlarda **özel sektörün finansmanı** tercih etmiş olabilir. Böylece **diğer alanlara bütçe ayrılmak istenmiş** olabilir. ... **Devlet kendi bütçesinden** yapması durumunda aynı anda bu kadar hastane açılamayabilirdi." (Kerem Bey, Hekim)*
>
> *"Sağlık sektörünün gelişmesi gerekiyordu. Gelişmesi içinde **maddi imkanlar gerekli.** Sizi maddi olarak destekleyecek firmalar lazım. Devlet sağlıktaki bazı alanları özele bıraktı, yap işlet devret ile. **Üzerindeki maddi gücü hafifletmek için** yap işlet devret modelini yapmaya çalıştı." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Siyasi nedenler**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin kurulmasının hükümetin tercihi olduğunu vurgulamaktadır. Katılımcılara göre, sağlık sektörüne yapılan yatırımların görünür, medyatik ve popüler hizmetler olması nedeniyle hükümet, oy kazanmak amacıyla KÖİ ile şehir hastanelerini faaliyete geçirmeyi tercih etmiştir. Şehir hastanelerini hükümetin tercihi, projesi ve oy kazandıran medyatik yüzü olduğunu ifade eden katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

> *"**Siyasi politikalardan** yapıldı. Bizim ülkemizde **sağlık** ve özellikle yol ülkemizde **çok popüler halk arasında.** Bunlar, herkesin kullandığı ve daha çok görülen kısmı olayın. Ufak şeyler belki gözükmüyor ama sağlık ve yol görünen kısımlar. Medyatik yüzler var ya **hükümetin medyatik yüzü** şu anda bunlar. O yüzden daha büyük ve kapsamlı hastaneler yapmaya çalışıyor" (Alparslan Bey, Hekim)*
>
> *"... Tamamen **görsel amaçlı** olduğunu, **oy korkusuyla yapıldığını** düşünüyorum. **Oy için yapıldığını** düşünüyorum. **Hastaneler görünür hizmetler**. Herkes hastaneye gidecek ve*

*ne kadar güzel hastaneler yapıldı algısı oluşturularak **oy kazanma amaçlı** gibi." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"Devlet kendi bütçesinden yapması durumunda aynı anda bu kadar hastane açılamayabilirdi. Zamana yayılabilirdi. **Siyaseten daha hızlı hastane açılmak istenmiş olabilir**. Sonuçta **sağlık sektörüne yapılan yatırımların oya dönüşme potansiyeli yüksek** bu da dikkate alınmış olabilir." (Kerem Bey, Hekim)*

*"**Siyasi** olduğunu düşünüyorum. **Hükümet politikası** bu yönde geliştirilmiş olabilir. Yani **hükümetin bir tercihi** aslında." (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"Yani aslında bu bir bakış açısı, **yani hükümetin bakış açısıyla** birlikte yönelinmiş bir sistem. **Böyle tercih edildi**." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"... **politik etkenler** olduğunu düşünüyorum. **Mevcut hükümetin sağlıkla ilgili yatırım tercihi** kamu özel işbirliği ile şehir hastaneleri oluşturmak olarak kullandığını düşünüyorum." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Türk sağlık sisteminde şehir hastanelerine ihtiyaç duyulmasına gerekçe olarak gözlemlediğimiz kadarıyla şudur denebilecek ortak bir görüş yoktur. Bu gerekçeyi sahada değil de saha üstü kurumlarda aramak daha doğru olur. **Siyasi bir tercih** olduğunu düşünüyorum. **Bizi yönetenler böyle bir tercihte bulunmuşlar**. Bu tercihin nedenini onlara sormak lazım. Çünkü bu tercih edilirken bize sormadılar." (Aras Bey, Hekim)*

*"Şehir hastaneleri tercihi tamamen **hükümet tarafından desteklenen bir proje** olarak karşımız çıktı." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

- **Sağlık Politikası**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin kurulmasını, geliştirilen sağlık politikaları kapsamında olduğunu düşünmektedir. Katılımcılara göre sağlık sistemini geliştirmek, hasta yoğunluğunu azaltmak, sağlık hizmetlerinde kalite ve hızı artırmak, hastaların özel hastane seviyesinde, konforunda ve anlayışında hizmet almasını sağlamak amacıyla şehir hastanelerinin kurulduğuna yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"... iyi niyetli yaklaşırsak **özel hastane seviyesinde** özel hastaneye gidemeyen **vatandaşlarımızın da hizmet almasını sağlamak** amacıyla düşünülmüş, planlanmış bir model gibi geliyor bana. Özel hastaneye gidemeyen bir **vatandaşımızın özel hastane konforunda, özel hastane anlayışında hizmet alsın** diye şehir hastanesi mantalitesi gündeme gelmiş ve kabul edilmiş" (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"**Sağlık hizmetinin sunumunda** bir tık **kalite katmak** amaçlanmış olabilir." (Meryem Hanım, Hekim)*

*"Şehir hastaneleri **hastalar açısından işlerinin çabucak görülmesi** ve evlerine **hızlı bir şekilde** gidebilmesi açısından kurulmuş bir düzendir." (Göktuğ Bey, Hekim)*

*"... Çok hızlı bir artan nüfus oranımız var. Eski sağlık tesisleri yetersiz kaldı. ... **artan nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak** içindir." (Kerem Bey, Hekim)*

*"Küçük şehirlerde tedavisini tamamlayamayan, büyük hastaneye ihtiyaç duyan hastalar dahi buraya gönderiliyor şu anda. Bence bu yöntemle hem **sağlık sistemini geliştirmek** olabilir hem de **yoğunluğu azaltmak** olabilir diye düşünüyorum" (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

Bazı katılımcılar ise şehir hastanelerinin kurulmasında sağlık hizmetlerinin tek bir sağlık kampüsünde sunularak hastaların başka hastanelere sevkinin engellenmesi ve

böylece hastaların hem zaman hem de maliyet olarak yaşamış olduğu mağduriyetlerin giderilmesi amaçlandığını ifade etmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Hastaların tek bir hastaneden, tüm sağlık hizmetini alması** istenmiş olabilir. Bunun belki hastaların her bölüme gitmesi daha kolay olur diye düşünmüş olabilirler." (Elif Hanım, Hekim)*
>
> *"Sağlık sistemi çok karmaşıktı. Çok dağınık bir şekilde hizmet veriyorduk. Şehir hastaneleri **daha toplu hizmet vermek, son teknoloji ile hizmet vermek** ayrıca kamu özel işbirliği olması sebebiyle **hizmetini de daha verimli, etkin sunmak** açısından **sağlık sisteminde yeni bir sayfa** açacağını düşünüyorum." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Her hastanenin odaklandığı tek bir uzmanlığı vardı. Uzman hekimler branşına göre bazı hastanelerde kümelenmiş durumdaydı. Hastaların farklı uzmanlık alanlarına ihtiyaç duyduğunda **başka bir hastaneye sevki** gerekiyordu. Bu hastalar için **hem zaman hem ulaşım hem de maliyet** açısından dezavantaj oluşturuyordu. En azından hasta geldiği zaman **tek bir yerde, hastane dışına çıkmadan** çözümlenebilsin amacı olabilir. Şehir hastaneleri ile birlikte hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini, **tek merkezden, tüm uzman hekimlere ulaşabilmesi** amaçlanmış olabilir." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*
>
> *"... eski sistemde **hastaneler arası hasta … sevkler şehir hastaneleri ile birlikte azaldı** diyebilirim. Çünkü **hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin tamamı** şehir hastanelerinde verilebilmesi amaçlanmış." (Meryem Hanım, Hekim)*
>
> *"Hasta şehir hastanesine ulaştıktan sonra, başka bir hastaneye gitmesine gerek kalmadan, **sevk olmadan, tedavi olma imkanına** erişmiş oldu. Sağlık hizmeti sunumu açısından en büyük avantajı **hastaneler arası sevkler bitti** diyebilirim." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"Şehir hastaneleri, **devlet hastanelerinde eksikliği hissedilen birim ve branşların bir çatı altında toplandığı,** aynı zamanda **teknolojik eksikliklerin giderildiği** hastanelerdir. Sağlık alanındaki son tıbbi cihazların ve teknolojiyi içinde barındıran bir hastanedir. Bu nedenle şehir hastaneleri genel olarak bakıldığında Cumhuriyet tarihinin **en önemli sağlık yatırımlarından** bir tanesidir. … Çünkü bir **hasta şehir hastanesine girdikten sonra gerekli tüm işlemleri, tetkikleri yaptırabiliyor** hale geldi. Bu amaçlanmış olabilir. Özellikle çocuk yoğun bakım ihtiyacını karşılıyor. Bu çok iyi oldu. Önceden çocuk yoğun bakım olmadığı için çocuk hastalarımızı başka illere, **başka hastanelere sevk etmek zorunda** kalıyorduk. Artık **böyle bir duruma gerek kalmadı**." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*
>
> *"Sağlık gibi multidisipliner hizmetin verilmesi gerektiği bir alanda **tüm branşların birlikte hizmet vermesi** ile birlikte teşhis ve tedavi konusunda **yaşanan mağduriyetlerin önüne geçilmiştir**." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Hastanelerle İlgili Yetersizlikler**

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinin kurulma nedenlerinden sonuncusu ise "Hastanelerle İlgili Yetersizlikler"dir. Hastanelerle ilgili yetersizlikler teması altında "fiziksel yetersizlikler", "teknolojik yetersizlikler" ve "personel yetersizliği" alt temaları belirlenmiştir.

- **Fiziki Yetersizlikler**

Katılımcılar, mevcut hastanelerin çok eski olması, sağlık hizmeti sunumu için ihtiyacı karşılamaması, fiziki kapasite yetersizliği, zaman içerisinde mevcut hastane

binalarına bir çok ek alanlar yapılması, bakım onarım maliyetlerinin yükselmesi, depreme veya olası afetlere dayanıksız olması, koğuş tipi hasta odalarının günümüz şartlarına uygun olmaması gibi nedenlerle Türkiye'deki bir çok hastanenin ivedilikle yenilenmesinin gerekli olduğunu ifade etmektedirler. Çok hızlı bir şekilde fiziksel yetersizliklerin giderilmesi ve hastanelerin yenilenmesi amacıyla şehir hastanelerinin kurulduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Kamuya ait yani devlet hastanelerinin mevcut durumu ortada.* ***Eskiler****. Günümüzün koşullarına uyum sağlaması çok zor. Yani bir* ***çok eski hastaneye eklemeler yapılarak*** *çözüm bulunmaya çalışılıyordu. Ancak bu efektif olmuyordu açıkçası.* ***Bakım onarım masrafları çok yüksek*** *oluyordu. Bir de eski hastaneye eski derken* ***çok eski binalardan*** *bahsediyorum. Ne kadar tamir bakım onarım yapsanız da çözüm olmuyordu. Ve bu durum Türkiye genelinde de böyle. Bu nedenle* ***hastanelerin yenilenme ihtiyacı*** *vardı. …* ***Eski hastanelerin fiziki özellikleri de günümüz koşullarına uygun değildi. Koğuş tipi hasta odaları*** *vardı. Yine* ***yoğun bakımlar koğuş tipiydi.*** *Bu hem hasta mahremiyeti hem de hastane enfeksiyon riski nedeniyle uygun değildi. Bu nedenler* ***şehir hastanelerinin ihtiyaç olduğunu göstermektedir****." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

> *"Öncelikle fiziksel olarak* ***hastanelerin yenilenmesi*** *önemli. Çünkü önceki hastanelerimiz* ***50 yıllık, hatta 100 yıllık hastaneler*** *bulunmaktaydı.* ***Ekonomik ömrünü de tamamlamış*** *hastanelerdi. Bu hastanelerin* ***bakım onarım maliyetleri çok yüksekti*** *ve bakım onarıma harcanan paralara yazık oluyordu açıkçası. Günümüzde sağlık hizmeti sunumu için ne kadar eski hastanelere yatırım yapılırsa yapılsın* ***ihtiyacı karşılamıyordu****. Boşa giden paralar oluyordu maalesef. Eski hastane binalarına* ***sürekli eklemeler yapılıyordu*** *ve bu hastanenin bütüncül yapısına zarar veriyordu.* ***Altyapı problemleri*** *oluyordu sürekli. Hastane ve sağlık hizmeti için en önemli husus olan* ***altyapının sürekli arızalanması*** *veya alt yapı nedeniyle* ***ortaya çıkan aksamalar*** *hastalara etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumuna zarar veriyordu. … Eski hastaneler varken bazen teknoloji yetersiz kalıyordu, bazen yeterli uzman doktor olmuyordu, bazen* ***fiziki alan yetersiz kalıyordu*** *ve bu nedenle hastalar başka hastanelere sevk edilmek zorunda kalıyordu. Şehir hastanelerinde bu durum ortadan kalktı." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

> *"…* ***mevcut devlet hastanelerinin 40-50 yıllık olması****. Bir çok ildeki* ***hastaneler çok eskiydi. Hastanelerin yenilenmesi*** *gerekiyordu.* ***Hastanelerin yenilenmesi için*** *şehir hastanelerine dönüş oldu bence." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"****Hastanelerin binaları*** *gerçekten* ***çok eski*** *ve artık şey* ***hastanelerin binaları yenilenmek zorunda*** *olan çatlaklı vs." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"****Eski hastaneler gecekondu gibiydi.*** *Her yerde fareler, böcekler falan uçuşuyordu." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

> *"****Yetersiz*** *yani bir hasta odasında* ***6-8 kişilik odalar*** *vardı. Yani* ***ortak kullanım olan bir tuvalet*** *vardı. Yani* ***eskiydi****." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

> *"Eski hastaneler hastaların taleplerini ve randevularını karşılamaya yetmemesi,* ***fiziki alanların yetersizliği, çok eski binaların günümüze uygun olmaması,*** *daha büyük daha konforlu yapılar olan şehir hastanelerinin geçilmesine neden olmuş olabilir." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

> *"Eski hastanelerde* ***fiziki alan sıkıntımız vardı*** *açıkçası. Eski çalıştığım hastanede mesela daha* ***kalabalık odalar*** *vardı. Daha konforlu olmayan yataklar vardı. Daha insan kendini bir an önce hizmet alayım gideyim kalmayayım burada hissediyordu. …* ***hastanelerimizin fiziki yapıları yetersiz ve eskiydi****. Onların* ***yenilenmesi amaçlanmış*** *olabilir." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Birincisi **fiziki kapasite yetersiz** geldiği durumlar oluyordu. Örneğin ameliyathane dolu olabiliyor, yoğun bakımda veya serviste yatak olmayabiliyor. Bu durumda başka hastaneye sevk etmek zorunda kalınıyordu. ... Geçmiş dönemde yapılan hastane binalarının hem **eskimiş olması**, **50-60 yıllık hastanelerde** sağlık hizmeti veriliyor olunması, Ankara özelinde konuşacaksak 1940-50 yıllarından sonra herhangi bir yeni hastane binası yapılmaması, **yakın zamanda yaşadığımız afetler**, kamu binalarının çok fazla hasar alması daha önceki inşaat sektörü veya bu yapılaşma denetim sektörlerinin zayıflığı. ... Hocam şöyle yapılmasındaki en büyük sebeplerden bir tanesi, bence öncelikle **olayın afet boyutları** da düşünüldü. Mevcut hastanelerin **bakım onarım maliyetlerinin yükselmesi, depreme dayanıklılık problemleri, binaların fiziksel zayıflıkları yeni hastane binalarına ihtiyaç duyulmasına** neden oldu. … Biz gerçekten hem **barınaklı** hem **korunaklı** hem **olanaklı binalara ihtiyaç duyduk** madem biz bunu bir defa yapıyoruz ömürlük olsun." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Eski hastanelerin **en büyük dezavantajı fiziki özellikleriydi**. Hasta kayıt alanları, koridorları, bekleme salonları, hasta odaları **çok küçük ve dardı**. Ayrıca **eski hastanelerde farklı binalar** bulunmaktaydı. **Birbirinden ayrı binalar** vardı. Bazı hizmetler ayrı yerlerde veriliyordu. Bu **dağınık yapı, işletim ve yönetim anlamında zor** oluyordu. **Aksamalar** ortaya çıkıyordu. Şehir hastaneleriyle birlikte bu dağınık yapı ortadan kaldırıldı." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"... eski hastanelerin o **kötü fiziksel yapısı** vardı ya **hastaları rahatsız eden.** Aslında **çalışanları da rahatsız eden.** Onlardan kurtulmak..." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"... **Mevcut hastanelerimiz kaldırmıyordu**. Bizim gelişmelerimize, teknolojik gelişmelere, inşaatla ilgili gelişmelere uygun değildi. Çünkü zamanla insanların ihtiyaçları değişti. İstekleri değişti. Talepleri değişti. Eski hastanelerimizde **6 kişilik odalarımız** vardı bizim. Ameliyat sonrasında bile hastalarımız **6 kişilik odalarda kalıyordu**. ... İl dışından gelen hastalar çok fazlaydı. **Yer sıkıntısı** vardı. Özellikle hastalar doktora hocam ben koridorda da yatarım ne olur beni tedavi edin diyen hastalar vardı. Böyle bir modern hastanelere ihtiyaç vardı. Mevcut hastanelerin kapasitesi belliydi. O dönem yapılma şartları belliydi. Eski hastaneler zaman içerisinde kapasite artırmak için **ek inşaatlar, ek binalar yapılmak zorunda** kalınıyordu. Bu seferde **düzensiz karmaşık hastaneler** haline geliyordu. Yeni tesisat, yeni kablo plansız yapılar ortaya çıkıyordu. **Sürekli bir aksama ortaya** çıkıyordu. **Bina bakım onarım maliyetleri** çok yüksekti. Bunun için harcanan emek zaman çok fazla **gereksiz bir yük** getiriyordu. Üstüne koya koya gidiyorduk. Hep makyajla binalar düzeltilmeye çalışıyordu. Ama belli bir süre sonra **altyapı kaldırmıyordu**. O yüzden bu hastanelere geçiş önemliydi bizim için. En temel sebebi bence mevcut hastanelerin hiçbir şekilde bize artık hizmet verememesiydi. Ki Numune dediğimiz hastane **100 yılını devirmiş hastaneydi.** Neticede biz buraya ek bina yapmışız. Köprüyle birbirine bağlamışız. Koridor oluşturulmuş, yeni odalar açılmış, yeni tesisatlar döşenmiş. Yani mevcut yapıya habire yük bindirilerek yapılmış E belli bir süre sonra bir noktadan sonra patlayacak. Aslında 20 yıldır hastanelerin sağını yaptırarak soluna ekleme yaparak ittire kaktıra bugünlere kadar getirdik ama **daha fazla sürdürülmesi mümkün değildi**. Aslında o süreçte sağlık hizmetinin dışına çıktık. Baktığınız zaman hastane yönetimi, komple inşaatçılık hastanenin bakım onarımına odaklanmak zorunda kalıyordu. Sürekli bir arıza, sürekli bir aksama. Yönetimin tüm vaktini alıyordu. Biz hastanenin içine hastane yapacak kadar para harcamaya başladık. Bir de bunu hastalar hastanenin içindeyken yapmak zorunda kalıyorduk. O yüzden yeni bir yapıya ihtiyaç vardı..." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

*"Araştırmacı tarafından üç ilde şehir hastanelerinin açılması nedeniyle kapatılan hastane binaları gözlemlenmiştir. Gerçekten üç ilde de **kapanan devlet hastanesi binalarının çok eski olduğu**, bazılarının depreme dayanıksız olduğu için yıkıldığı, bazılarının ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı idari birimler haline dönüştürüldüğü görülmüştür." (Gözlem Notu)*

- **Teknolojik Yetersizlikler**

Katılımcılar kamu hastanelerinde güncel, en gelişmiş medikal teknolojilerinin olmaması ya da yeterli düzeyde olmaması nedeniyle hastaların başka hastanelere sevk edildiğini ifade etmişlerdir. Kamu hastanelerinde teknolojik eksikliklerin giderilmesi ve medikal teknolojinin olmaması veya yetersizliği nedeniyle hasta sevkinin engellenmesi amacıyla şehir hastanelerinin kurulduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Hastaneler çok eskiydi* ***teknolojileri entegre edilemiyordu****… Yeni teknolojiler yani insanlar oradan oraya gidiyordu.* ***Bir tahlil için bir yere, EMAR için bir yere****. Bu açıdan hani günümüz şartlarında, günümüz teknolojisiyle, hepsi bir arada bulunan bir yer olarak hem insanlara zaman kazandırması açısından hem de son teknolojiye daha uygun şartlarda ulaşması açısından ihtiyaç duyulmuş olabilir." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> "*Sebebi bana göre* ***git gide eski kalması teknolojinin.*** *İşte* ***robotik cerrahiler*** *vs.ler." (Asel Hanım Hemşire)*
>
> *"… mevcut hastanelerdeki* ***teknolojilerin çağın gerisinde kalmış olması****. Şehir hastaneleriyle birlikte bütün teknolojilerin en son ve güncel olması için bence şehir hastanesini planladılar ve kurdular diye düşünüyorum." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*
>
> *"Devlet hastanelerinde* ***yeterli donanım ve teknolojinin olmaması****, her devlet hastanesinde her bölümün olmayışı, bazı bölümlerde de uzman hekimin olmaması, hastalara fiziki açıdan konfor sağlayamaması gibi sebepler olabilir" (Ebrar Hanım, Hemşire)*
>
> *"Eski hastaneler varken bazen* ***teknoloji yetersiz kalıyordu****, bazen yeterli uzman doktor olmuyordu, bazen fiziki alan yetersiz kalıyordu ve bu nedenle hastalar başka hastanelere sevk edilmek zorunda kalıyordu. Şehir hastanelerinde bu durum ortadan kalktı." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Şehir hastaneleri, devlet hastanelerinde eksikliği hissedilen birim ve branşların bir çatı altında toplanması aynı zamanda* ***teknolojik eksikliklerin*** *giderildiği hastanelerdir… Hastalar önceden yani şehir hastanesinde önce hastane hastane dolaşıyordu. İşte her hastanede her branş olmayabiliyordu. Bazen uzman doktor bulunmuyordu. Veya* ***görüntüleme cihazları ya da başka cihazlar her hastanede olmuyordu****. Bu nedenle gerek uzman hekime ulaşmak gerek* ***MR veya başka tetkik için*** *hastalar bulundukları yerden farklı bir yere gitmek zorunda kalıyordu. Tabi bu hasta için olumsuz durum. Bazılarının imkanı olabilir ama bazılarının da başka bir hastaneye gitmek için parası, zamanı veya arabası olmayabilir. Bu nedenle şehir hastanesine ihtiyaç duyulmuş olabilir." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*
>
> *"… eskiden her hastanede uzman hekim ve* ***modern teknoloji*** *bulunmuyordu. Bu nedenle gerek uzman hekim olmaması gerek* ***teknolojik yetersizlikler*** *nedeniyle hasta sevki çok oluyordu. Hasta sevkini önlemek gerekiyordu. Bu yöntemle yani kamu özel işbirliği ile kurulan entegre şehir hastaneleri hasta sevkini önlemiş durumda. Hasta sevki hem devlet kaynaklarının harcanmasına hem hastanın tedavisinin aksamasına neden oluyordu. Bu anlamda şehir hastaneleri olumlu sonuç verdi diyebilirim." (Masal Hanım, Kamu yöneticisi)*
>
> *"… hastanenin* ***teknolojisi yetersiz kalabiliyordu****. Mesela o hastanede* ***MR cihazı yoksa*** *farklı bir hastaneye veya anlaşmalı bir kuruma hasta sevk ediliyordu. Veya işte bir daha ileri merkezde yapılabilen* ***bir laboratuvar tetkiki veya görüntüleme işlemi*** *veya bir ameliyat varsa bu hastalar sürekli farklı yerlere sevk edilerek işlemler yapılıyordu." (Yusuf Bey, Hekim)*

- **Personel Yetersizliği**

Katılımcılar, kamu hastanelerinin dağınık bir yapıda olması, hastanelerde bütüncül bir yapıda sağlık hizmeti sunulamaması, her hastanede tüm branşların olmaması ve bazı branşlarda yeterli uzman hekimin olmaması gibi nedenlerle hastaların başka hastanelere sevk edildiğini ifade etmektedirler. Hastaların tek bir merkezde, bütüncül bir sağlık hizmeti alması, uzman hekimlerin büyük merkezi hastanelerde toplanarak hekim yetersizliğinin giderilmesi ve uzman hekim yetersizliği nedeniyle hasta sevkinin engellenmesi amacıyla şehir hastanelerinin kurulduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Her hastanede **yeteri kadar uzman hekim olmayabiliyordu**. Biliyorsunuz uzman hekimin yetişmesi uzun süre alıyor. Bu nedenle her hastanede, her uzmanın olması mevcut koşullarda mümkün değil. Bazen **uzman hekim yetersizliği** nedeniyle hastaların sevk edildiği oluyordu." (Yusuf Bey, Hekim)*

> *"Hastaların **farklı uzmanlık alanlarına ihtiyaç duyduğunda** başka bir hastaneye sevki gerekiyordu. Bu hastalar için hem zaman hem ulaşım hem de maliyet açısından dezavantaj oluşturuyordu." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

> *"Hastalar önceden yani şehir hastanesinde önce hastane hastane dolaşıyordu. İşte her hastanede **her branş olmayabiliyordu**. Bazen **uzman doktor bulunmuyordu**. Veya görüntüleme cihazları ya da başka cihazlar her hastanede olmuyordu. Bu nedenle gerek **uzman hekime ulaşmak** gerek MR veya başka tetkik için hastalar bulundukları yerden farklı bir yere gitmek zorunda kalıyordu. Tabi bu hasta için olumsuz durum. Bazılarının imkanı olabilir ama bazılarının da başka bir hastaneye gitmek için parası, zamanı veya arabası olmayabilir. Bu nedenle şehir hastanesine ihtiyaç duyulmuş olabilir." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

> *"Devlet hastanelerinde yeterli donanım ve teknolojinin olmaması, her devlet hastanesinde **her bölümün olmayışı**, bazı bölümlerde de **uzman hekimin olmaması**, hastalara fiziki açıdan konfor sağlayamaması gibi sebepler olabilir" (Ebrar Hanım, Hemşire)*

> *"Bence en önemli sebeplerinden bir tanesi çok dağınık bir hastane yapısına sahip Türkiye. Hastaneler dağınık olunca **bazen uzman hekim bulunamıyordu**. ... Bu nedenle hastalar çoğu kez başka hastanelere sevk edilmek zorunda kalıyordu." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"... eskiden **her hastanede uzman hekim** ve modern teknoloji bulunmuyordu. Bu nedenle gerek **uzman hekim olmaması** gerek teknolojik yetersizlikler nedeniyle hasta sevki çok oluyordu. Hasta sevkini önlemek gerekiyordu. Bu yöntemle yani kamu özel işbirliği ile kurulan entegre şehir hastaneleri hasta sevkini önlemiş durumda." (Masal Hanım, Kamu yöneticisi)*

4.1.3. Şehir Hastanelerinin Avantajları

Katılımcılara "Şehir hastanelerinin kurulmasıyla birlikte Türk Sağlık Sistemi'nde ne tür değişiklikler olmuştur?" ve sonda olarak "Size göre şehir hastanelerinin sağlamış olduğu faydalar ve avantajlar nelerdir?" soruları yöneltilerek şehir hastanelerinin avantajları belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan elde edilen görüşler doğrultusunda

şehir hastanelerinin "Sağlık Hizmetleri", "Hastalar", "Tesisleşme", "Yönetim Süreci" ve "Sağlık Personeli" açısından avantajları olmak üzere beş temada toplanmıştır.

- **Sağlık Hizmetleri Açısından Avantajları**

Katılımcılar, bütün hastanelerin bir kampüs içerisinde toplanmış olması, tüm branşlarda sağlık hizmeti sunabilmesi, hekimler başta olmak üzere bir çok sağlık profesyoneline tek merkezden erişilebiliyor olması, teşhis ve tedavi için gerekli olan güncel tüm cihaz ve medikal teknolojinin olması, tetkik ve analiz için kapsamlı ve gelişmiş laboratuvarların olması gibi bütüncül sağlık hizmeti sunumu açısından şehir hastanelerinin önemli avantajları olduğunu ifade etmektedirler. Şehir hastanelerinin sağlık hizmeti açısından avantajlarına ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"... **bütün hastanelerin bir arada olması.** Ben bugün kardiyolojiye gideceğim aynı zamanda kadın doğuma da gitmem gerekiyor. İşte biri için ihtisasa gidip, biri için kadın doğuma gitmem gerekmiyor. **Aynı alan içerisinde, burada işimi halledebiliyorum.** Hani **bütün bölümlerin bir arada olması** bir avantajda olabilir." (Asya Hanım, Hemşire)*
>
> *"... aynı alanda **birçok daldan sağlık profesyonelini** buluyor olmanız. Bence gerçekten büyük lüks. Bu kolay elde edilebilecek bir şey değil" (Defne Hanım, Hemşire)*
>
> *"... ve şu an hastalar **her türlü hizmeti** çok rahatlıkla alabiliyorlar. **Hekim kadromuzda** çok iyi." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*
>
> *"... **bütün hizmetlerin bir arada olması**, **bir çok hizmeti bir arada verebilmek**, **son teknolojileri** kullanabilmek yine faydalı olacaktır." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Siz hasta olarak şehir hastanesine ulaştığınızda **ihtiyacınız olan tüm sağlık hizmetine ulaşabiliyorsunuz**." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"... **bütüncül sağlık hizmeti** sunuluyor. Ne demek istiyorum. Bir hasta bir şekilde şehir hastanesine ulaştıktan sonra **dünyanın her yerinde alabileceği hizmeti burada** alabilir." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"... şehir hastanelerinde **bütüncül sağlık hizmeti sunulması** bir avantaj ... Bir hasta şehir hastanesine geldikten sonra **ulaşamayacağı sağlık hizmeti**, **ulaşamayacağı uzman doktor yok.** Hastaneye ulaştıktan sonra **ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alma imkânı** doğdu." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Şehir hastanelerinin **her türlü vakanın, her türlü tedavinin yapılabileceği son nokta** olacağını düşünüyorum. **Burada da ameliyat yapılmazsa başka yerde yapılamaz** algısı var açıkçası bende. O açıdan hasta açısından, böyle bir avantajı olabilir." (Elif Hanım, Hekim)*
>
> *"...kalp damar cerrahine gittim. Bana dedi ki göğüse de git. Göğüse gittim. Romatolojiye yolladı mesela. **Bunların hepsi bir hastane bünyesinde bulunduğu için** hastanın tüm tedavi süreci tamamen karşılanabiliyor durumda. **Tüm branşların bir arada** toplanması ameliyatların zamanında güzel bir şekilde gerçekleşmesi avantajlı tarafı bence." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*
>
> *"Normalde hani hastaneler branş branş oluyor biliyorsunuz. Burada **bütün hastaneler tek bir çatı altında toplanmış** durumda." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Sağlık gibi multidisipliner hizmetin verilmesi gerektiği bir alanda **tüm branşların birlikte hizmet vermesi** ile teşhis ve tedavi konusunda yaşanan mağduriyetlerin önüne geçilmiştir." (Poyraz Bey, Kamu yöneticisi)*

*"... **tüm branşları bölümleri tek bir yere topladığımız** için burada **her türlü tedavi** uygulanabiliyor. **Gerekli tetkikler** yapılabiliyor. Çoğu yerde yapılamayan **tahliller, tedaviler, ameliyatlar** hastanemizde yapılabiliyor." (Alparslan Bey, Hekim)*

*"... **son teknoloji** var. **Bütün yan dallar** var. Olabilecek **bütün sağlık hizmeti** var. ... **ekstra ameliyatlar** yapılıyor birçok farklı her yerde olmayan işlemler yapılıyor." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"**Laboratuvar** olarak çok gelişmişler. Başka bir tetkike veya **başka bir yere numuneleri göndermeden** kendi kurumumuz çatısı altında çok hızlı sonuç alabiliyoruz." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"... böyle devasa kampüsler daha verimli olmaya başladı. Bir hizmeti sağladığınız zaman bunu küçük bir yerde 300 kişiye sağlarken büyük bir yerde 500 kişiye sağlıyorsunuz. Şu anda iki hastane, Ankara'nın yüzde yetmişe yakın oranda sağlık hizmetini tek başına karşılayacak hastaneler. Hani bütün Ankara'yı düşünün ciddi bir nüfustan bahsediyorum. Yüzde yetmişini sadece iki hastane karşılıyor. Ve böylece **yeni bir teknolojik gelişme anında bu yüzde yetmiş kişiye ulaşabileceksiniz**. Bu çok büyük bir avantaj." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Hastalar Açısından Avantajları**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde hastaların ihtiyaç duyduğu tüm sağlık hizmetini tek merkezden ulaşabilmesi, teşhis ve tedavi sürecinin hızlı olması, nitelikli hasta odaları, özenli ve konforlu hizmet sunulması gibi hizmet kalitesini artıran imkanların hastalar açısından önemli avantajlar sağladığını ifade etmektedirler.

Şehir hastanelerinde tıbbın tüm branşlarının olması, yeterli uzman hekimin olması, yatak ve poliklinik kapasitesinin yüksek olması, güncel medikal teknoloji ve ileri tetkik imkanları sayesinde bütüncül sağlık hizmeti sunulmakta ve hastaların sağlık ihtiyaçları tek merkezden hızlı bir şekilde sunulması hastalar açısından hem zaman hem de maliyet açısından önemli avantajlar sağlamaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Hastalar açısından şöyle avantajı yani bir hastanın gerçekten ihtiyaç duyduğu **tüm sağlık hizmeti bir merkezden** verilebiliyor. Mesela kulak burun boğaza muayene oluyor. İhtiyacı varsa onkoloji doktoru da orda, kulak burun boğazın, onkolojik cerrahi yapacağı doktorda yan odada. Yani ona ulaşması gerçekten kolay oluyor." (Alparslan Bey, Hekim)*

*"...Hasta açısından baktığımda bugün onkolojide işim var. Yarın işte başka bir bölümde işim var. Hani **bütün bölümlerin bir arada olması** bir avantajda olabilir." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Şehir hastanesine girdikten sonra **ulaşamayacağınız alan, alamayacağınız sağlık hizmeti yok** bir şekilde **tüm hizmete ulaşıp tek bir yerden** çözebilirsiniz. (Defne Hanım, Hemşire)*

*"Burada en büyük avantajı ... hasta buraya girdiği zaman başka hiçbir hastaneye gereksinim duymuyor... Çünkü **bütün branşlar şehir hastanesinde mevcut**." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

“

*“Şehir hastaneleri hastalar için, **hızlı bir aksiyon**, daha **hızlı tedavi alma imkânı** sunuyor. Buradaki hızlıdan kastettiğim **tek bir hastanede tüm hizmetlerin verilebiliyor** olması. Siz hasta olarak şehir hastanesine ulaştığınızda ihtiyacınız olan **tüm sağlık hizmetine ulaşabiliyorsunuz**.” (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*“… hastalar açısından işleri **çabuk** görülüyor… **EMAR randevusu, tomografi randevusu** eskiden çok daha geç gelebiliyordu. Şimdi **daha çabuk gelebiliyor**. İşlemi daha çabuk halledebiliyorlar. Yani hastalar işlerini çabuk gördüğü için mutlu oluyor. O da şehir hastanesinin avantajı. Şehir hastanesinde **işler hızlı yürüyor**.” (Göktuğ Bey, Hekim)*

Şehir hastanelerinde, yatarak tedavi alan hastalara yönelik en önemli avantajlardan biri de içerisinde tuvalet, banyo, televizyon, internet, buzdolabı, refakatçi koltuklarının bulunduğu adeta otel odası gibi, nitelikli tek kişilik veya maksimum iki kişilik hasta odaları, hastaların konforlu, rahat hizmet almalarına ve hasta mahremiyetinin sağlanmasına olanak sağlamaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*“Hasta açısından düşünüldüğünde şehir hastaneleri gerçekten iyi bir alan. Yani odalar çok **ferah, konforlu, temiz, tuvaleti banyosu içerisinde, nitelikli odalar, bekleme alanları çok iyi, geniş, çok müsait.**” (Eslem Hanım, Hekim)*

*“Her hastanın odası **en fazla iki kişilik**. Hiç üç kişilik oda görmedim. Odalar çok **geniş, televizyonları var, temiz, ferah, kocaman camları var** yani fiziksel olarak hastaların odaları çok güzel. Çok çok güzel yani.” (Lina Hanım, Hekim)*

*“Hastanelerin odaları **tek kişilik, iki kişilik.** Maksimum iki kişilik zaten. Yataklar **yeni, odalar temiz düzenli, televizyondan tutun internet erişimine kadar** sunulabilinen bir yataklı sistemi var.” (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*“**Otelcilik hizmetlerimiz de çok iyi. Tek kişilik odada** kalıyor. **İki kişilik odada** kalsa bile tek kişilik oda konforunda. **Tuvaleti banyosu içerde.** Siz olsanız tercih etmez misiniz? Türk Sağlık Sistemi açısından gerçekten halk için ciddi katkıları oldu.” (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*“… **hasta odaları gerçekten mükemmel**. Özel hastanede bile göremezsiniz böyle bir imkanı. Her hastanın **televizyonundan tutun, buzdolabına kadar düşünülmüş** o konularda çok iyi gerçekten.” (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*“Hasta odaları **otel konforunda, tek kişilik ve iki kişilik**. Böylece **hasta mahremiyeti** sağlanmış oldu.” (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

Şehir hastanelerinde sağlık hizmeti dışında kalan tüm hizmetlerin özel sektöre bırakılmış olması, özel sektörün otelcilik anlamındaki tecrübe ve yetkinlikleri, hastaların almış oldukları hizmet sürecinde kalite, ilgi ve konforu artırmıştır. Hastalara sunulan hizmet kalitesi ile ilgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*“Bence hastaların aldığı **hizmet kalitesi** son derece arttı. Hem **kalite** anlamında hem **hizmet** anlamında … **çok ileri seviyede** olduğunu düşünüyorum şehir hastanelerinin …” (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*“Hasta hastaneye girdiği andan itibaren kapıda karşılayan personel var. Hastane çok büyük olduğu için her katta, her koridorda yönlendiren personeller var. Eğer yürüyemiyorsa, destek alması gerekiyorsa, yardımcı olan personeller var. **Hastalara***

***gösterilen ilgi çok güzel**. … Şehir hastanelerinde dediğim gibi hasta karşılamadan işte taşımaya kadar her birimde **hastayı memnun etmeye çalışıyorlar**." (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"**Özenli ve konforlu bir hizmet** sunuluyor şehir hastanelerinde. Hasta, hastaneye girişinden taburcu olasıya kadarki tüm süreçte, **konforlu** ve daha **özenli hizmet** alıyor." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Bizzat kendim de takipli olan bir hasta olarak şu anda hizmet alımından öte, tamamen özel mantığıyla çalışan bir ekip olduğu için **hastalara muazzam ilgi gösteriliyor** ... Özel sektörün verdiği **otelcilik hizmetleri** hastalar açısından **konfor** sağlıyor." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Gelen insanlar otel gibi düşünüyor burasını. Çünkü **otel konforunda hizmet** veriyor bütün şehir hastaneleri." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Tesisleşme Açısından Avantajları**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin tesisleşme açısından avantajları bulunduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların tesisleşme açısından avantajlardan bahsederken, sıklıkla eski görev yaptıkları hastanelerle kıyaslama yaptıkları görülmüştür. Katılımcılar tarafından şehir hastanelerinin yeni, modern, konforlu, ferah, geniş hastane binaları, nitelikli tek kişilik veya en fazla iki kişilik hasta odaları, yoğun bakımları, helikopter pistleri, ücretsiz açık ve kapalı otoparkı, sosyal donatı alanları, her kolona yerleştirilen sismik izolatörler sayesinde depreme dayanıklı, güvenlikli binaları gibi tesisleşme açısından avantajlar sağladığı vurgulanmaktadır.

Şehir hastanelerinin modern, yeni, geniş, ferah binaları ve nitelikli hasta odalarını vurgulayarak fiziki avantajlarından bahseden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Belki şehir hastanelerinin avantajı şey olabilir. Belki **daha modern ve daha yeni binalarda** hizmet sunmuş oluyoruz. **Geniş ve konforlu hasta odaları** var. **Bekleme salonları daha geniş**. Hastalar sıra beklerken ve yataklı tedavi gören **yatan hastalar için konforlu alanlar** mevcut. Avantaj olarak bunları söyleyebilirim." (Aras Bey, Hekim)*

*"Daha önceleri daha dar koridorlarda biz hastaları bekletmek zorunda kalırken şu an **çok çok geniş ferah bekleme salonları** bulunmakta" (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"Eski hastanelerin en büyük dezavantajı fiziki özellikleriydi. Hasta kayıt alanları, koridorları, bekleme salonları, hasta odaları çok küçük ve dardı. Şehir hastaneleri **temiz, yeni, geniş bir binada** daha hijyenik daha konforlu hizmet verilecek." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Tabi daha ferah hasta odaları. Maksimum iki kişilik. Benim önceki çalıştığım hastanelerde üç kişilik odalar vardı. Hatta altı kişilik odalar vardı. 8 kişilik odalar vardı. **Tek kişilik ve iki kişilik odalar** çok güzel hastaların konforu için." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"**Hastanelerin odaları tek kişilik, iki kişilik.** Maksimum iki kişilik zaten. Yataklar yeni, odalar temiz, düzenli, televizyondan tutun yani internet erişimine kadar sunulabilinen bir yataklı sistemi var." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"İşte **tuvalet banyo herkese özel**… bizim şehir hastanemizde **her yoğun bakım tek kişilik** odalardan oluşuyor. Belli bir metrekareye sahip. Gerçekten **fiziksel anlamda** Türk sağlık sistemine bence çok büyük katkısı oldu." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"… eski hastanelerde koğuş tipi 4,6 kişilik odalar vardı. Dediğim gibi tek kişi kalması gerekenler tek kişi kalamıyordu. Hasta yakınları varsa koltuğu yatağı yoktu. Şu anda … **odasında dolabı var. Çekyatı var.** Hastası için sandalyesi var yanında. **Her odada tuvaleti var**. Önceden dediğim gibi bazı kamu hastanelerinin tuvaletleri yoktu oda içinde. Duş alacak kısımları yoktu." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"**Fiziksel olanakları** oldukça iyi, **hasta odaları konforlu, tek kişilik veya iki kişilik nitelikli odalar, tuvaleti banyosu var, bekleme salonları geniş ferah**…" (Kerem Bey, Hekim)*

*"Fiziki alan açısından avantajlı. **Hasta odaları, yoğun bakımlar ve ameliyathaneler, bekleme alanları sosyal alanları, otopark imkanları daha geniş**." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"**Bekleme salonlarının** klimalı olması, bekleme koltuklarının fazla olması ve hasta odalarının tek kişilik veya iki kişilik otel odaları gibi konforlu ve geniş olması göze çarpmaktadır. Her **hasta odasında** tuvalet, banyo, TV, yatak olabilen refakatçi koltuğu ve internet bulunmaktadır." (Gözlem Notu)*

Miraç Bey ve Ali Bey şehir hastanelerinde bulunan helikopter pistlerinin acil durumlarda hasta naklini kolaylaştırması açısından avantaj sağladığını belirtmektedir.

*"Önceden özel hastanelerde filan oluyordu. İl dışından hatta ülke dışından, acil hastalar ya da sevk edilmesi gerek hastalar için **ambulans helikopter pistleri** var. Bunu devlet hastanelerinin hiçbirinde göremezsiniz." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Sahip olduğu **helikopter pisti** sayesinde acil durumlarda hava yoluyla hasta nakline imkan tanımakta." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"**Helikopter pistleri** bazı şehir hastanesinde hastane binasının çatısında bazı şehir hastanelerinde ise bahçesinde yer almaktadır." (Gözlem Notu)*

Bazı katılımcılar, şehir hastanelerinde bulunan ücretsiz açık ve kapalı otopark alanlarının yeterli olduğunu ve otopark imkanının çalışanlar, hasta ve hasta yakınları açısından avantaj sağladığını ifade etmektedir. Şehir hastanelerinde her binanın altında otopark bulunmaktadır. Bu otoparkları hem çalışanlar hem de hasta ve hasta yakınları ücretsiz olarak kullanabilmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"… **tüm binaların altı otopark** …" (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"**Açık ve kapalı otopark imkânı**…" (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Şehir hastanelerinin binaları yeni yapılması, planlı yapılması, alanın büyük olması, işte **yeterli otoparkın olması**, özellikle büyük şehirlerde önemli." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"**Otopark problemi yok."** (Asya Hanım, Hemşire)*

*"**Otopark konusunda çok yeterli**, diğer devlet hastanelerinde bu imkânı bulamazsınız." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"… **ücretsiz otopark imkânı** var. Normalde büyükşehirde bir devlet hastanesine gittiğinizde işte 2-3 arka sokağa filan bırakmak zorunda kalabiliyorsunuz." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"... şehir hastanelerinde **3, 4 katlı otoparklar hem yer üstünde hem de yer altında** kapalı otoparklar bulunmakta." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

***"Kapalı otoparklar** ise bazı hastanelerin altında, bazı hastanelerin ise yanında ayrı katlı otopark olarak yapılmıştır. Gözlem yapılan tüm şehir hastanelerinde **otoparklar ücretsizdir**." (Gözlem Notu)*

Türkiye gibi deprem ülkesinde belki de şehir hastanelerinin tesisleşme adına en önemli avantajı depreme dayanıklı binalar inşa edilmesidir. Şehir hastaneleri inşa edilirken, her kolona sismik izolatörler yerleştirilmiştir. Katılımcıların şehir hastanelerinin sismik izolatörler sayesinde depreme dayanıklı, güvenilir tesisler olduğuna yönelik görüşleri şu şekildedir:

*"Eski hastaneler 50 yıl önce yapıldığı için depreme dayanıklılık konusunda da sıkıntılı durumlar ortaya çıkması muhtemel. Bildiğiniz gibi Türkiye bir deprem ülkesi. Bu nedenle binaların depreme dayanıklı hale getirilmesi elzem bir durum. Bu konuda eski hastanelerin depreme dayanıklı hale getirilmesi ne kadar mümkün emin değilim. Bence bu mümkün değildi. Ama şehir hastanelerinde **deprem izolatörleri** bulunmakta. Bizlere söylenen **deprem anında bile hasta bakılabileceği hatta ameliyat yapılabileceği** söylendi. Bu güzel bir şey." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"... **çok dayanıklı yapılar**, ciddi anlamda çok kaliteli malzemeler hani devlet eliyle yapılamayacak denilecek olanakta. Her şey A'dan Z'ye A plus kalite kullanılmış. Orta sınıf hiçbir şey yok. Hepsi **deprem sismik izolatörü** içeriyor." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"**Deprem izolatörleri** var. Hastanenin **güvenliği ve depreme dayanıklılığı** açısından çok iyi bir uygulama. Otoparka indiniz mi bilmiyorum. **Her kolonda deprem izolatörü** yapmışlar. Şehir hastanelerini her türlü eleştiriyorum ama bu konuda hakkını vereyim. **Depreme dayanıklı güvenli binalar** yapılmış." (Göktuğ Bey, Hekim)*

*"Şehir hastaneleri bina olarak **güvenli binalar. Depreme dayanıklı olması için izolatör yapılmış.** Çok iyi düşünmüşler." (Aras Bey, Hekim)*

*"Binalar **depreme dayanıklı. Sismik izolatörler** var." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"Gözlem yapılan bazı şehir hastanelerinde otoparkta bulunan her kolonda **deprem izolatörü** bulunmaktadır. Hatta bir şehir hastanesinde poliklinik girişinde şehir hastanesinin maketi ve kullanılan deprem izolatörü sergilenmektedir." (Gözlem Notu)*

Şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin yanı sıra hem çalışanların hem de hasta ve hasta yakınlarının tüm ihtiyaçları düşünülerek ticari alanlar oluşturulmuştur. Bu ticari alanlarda kafeteryalar, cafe, restoran, kuaför, oto yıkama, market, banka, teknolojik aletlerden giyime kadar alışveriş yapılacak yerler bulunmaktadır. Şehir hastanelerinin tesisleşme adına sahip olduğu sosyal donatı alanlarının avantaj olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Daha öncesinde küçük, basit kantinler çerçevesinde işletilirken şu anda biz misafirlerimizle beraber ya da diğer arkadaşlarımızla beraber öğle arasında on beş dakikada olsa bir anda o günün ilk periyodunun yoğunluğunu üzerimizden atabileceğimiz **nezih mekanlara sahip**. ... sabahtan öğlene kadar poliklinik hizmetini vermiş bir hekim veya diğer sağlık çalışanları, öğle arasında gittiği zaman **nezih bir kafeterya** veya kendisine daha uygun bir **sosyal imkanları barındıran kompleksler** bunlar." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Şehir hastanelerinde **geniş sosyal alanlar** var. Otopark, cafe, restoran, kuaför, oto yıkama, market, banka, alışveriş yapılacak yerler, kıyafet satılan yerler, elektronik eşya alabileceğiniz yerler." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Çok çeşitli **sosyal yaşam alanlarına** sahip ... bir banka şubesi var, bir kuaför var ... üniforma satılan dükkanlar var, kafe çok fazla var. Birçok hani hamburgercidir vs. yani yanılmıyorsam 15-20 civarında vardır toplasanız. Kafeterya tarzı yer. Carrefour da iki yerde var." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Yani AVM'den tutun oto yıkamaya, teknolojik aletlerden giyime, marketten kafelere kadar **her türlü sosyal imkân** sunulmuş." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"Alışkın olduğumuz devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerden farklı olarak şehir hastanelerinde bulunan **sosyal donatı alanları** ön plana çıkmaktadır. Hasta ve çalışanların hemen hemen her türlü ihtiyacına yönelik **ticari alanlar** bulunmaktadır." (Gözlem Notu)*

Kamu yöneticisi olan Hamza Bey ise şehir hastanelerinin akıllı binalardan oluştuğunu ve arızaların anlık olarak tespit edilebildiğini ve bunun tesis yönetimi açısından önemli olduğunu şu şekilde ifade etmiştir:

*"... hep **akıllı sistem** mantığıyla yapıldı. Yani **akıllı hastane,** akıllı ev dediğimiz sistem. Yani nerde ne sorun olduğunu anlık noktasal olarak tespit edilebiliyor. Teknik birimlerde aynı zamanda sadece elektrik için değil, bir klima sisteminde hata olduğunda, gaz sisteminde, herhangi bir yerinde tıkanıklık olduğunda, hangi bölümde, hangi kulede ve hangi alanda olduğunu gösteren sistemler mevcut. O sistemler şu anda Türkiye'de kullanılan son teknoloji." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Yönetim Süreci Açısından Avantajları**

Şehir hastanelerinde, talep sistemi oluşturulmuştur. Bu sistem, kişiden bağımsız bir şekilde süreçlerin yönetilebilmesi amacıyla kurulmuştur. Şehir hastanelerinde çalışanlar, herhangi bir talebini sistem üzerinden telefon veya mail aracılığıyla iletmektedir. İletilen uygun talepler şirket tarafından sözleşme ve yöntem beyanında belirtilen süre içerisinde karşılanmak zorundadır. Talep karşılandıktan sonra, mail ile bildirim yapılmaktadır. Talepler zamanında karşılanamadığında, cezai müeyyideler uygulanmaktadır. Sözleşmeye ve yöntem beyanına uygun bulunmayan talepler kamu ve özel sektör yöneticileri tarafından yapılan toplantılarda müzakere edilmektedir. Talep oluşturma sisteminin yönetim sürecinin kişiden bağımsız sistem üzerinden yürütülmesini sağlaması nedeniyle avantaj olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"... şehir hastanelerinde uygulanan bir sistem var. Diğer hastanelerde bu yok. **Talep oluşturma sistemi. Bir telefon numarası** var. Genelde **o ilin plakasından oluşan ya da 911** gibi standart bir numara. **Bu telefonla sisteme bağlanıp taleplerinizi oluşturuyorsunuz.** Yani şehir hastanelerinde süreç **kişilere bağlı değil sistem üzerinden ilerliyor**." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Devletteyken daha çok ikili ilişkilerle yani teknik personeli, cep telefonuyla aranıp burada sıkıntı var gibi gidiyordu işler. Burada **kişiyle değil, sistem üzerinden** muhatap oluyorsunuz. Devlet hastanelerinde bu biraz daha ahbap çavuş ilişkisi veya ikili ilişki düzeninde geliyordu." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Sistem üzerinden talebi iletiyorsun ve **talep sözleşmeye uygunsa belirlenmiş süre içerisinde** yerine getiriliyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"... her şeyin zamana, saate uygun bir şekilde çalışması hepimizin işine geliyor. Yani **ben bir çağrı açtığım zaman 10 dk içerisinde oraya personelin geleceğini biliyorum**." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"Size çağrı için bir süre veriliyor. Atıyorum 20 dakikada. Diyorsun ki bu hasta şuraya gidecek. Süresi içerisinde o hasta gitmezse eğer oraya **firmaya cezaya düşüyor**..." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"... Yani cezaya düşersen eğer gerçekten haksızsan yaklaşık **... liradan başlayan bir ceza ödemek durumunda kalıyor şirket**. Bu yüzden taleplerin doğru bir şekilde kapanması ve cezaya düşmemesi bizim için çok önemli. Yani maddi bir karşılığı var." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"**Talep sistemi sayesinde hiç ben personel aramıyorum**. Hani bir personele ihtiyacım var. Personel nerde gibi bir duruma hiç düşmedim. Yani çalıştığım süreç içerisinde. Ayrıca bu talep sistemi eskiden olduğu gibi **bir çok kişiyle muhatap olmak zorunda kalmadan** doğrudan sistemle muhatap olarak işlerimiz çözülüyor." (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"Her biri için birilerinin numarası oluyor sizin elinizde. Ahmet sen şuraya gel. Mehmet sen şunu yap falan gibi. Her biri için farklı farklı birileriyle görüşmeniz gerekiyordu. Şimdi bunu tek elde toplamaları hani benim bu konudaki **yönetici olarak diyeyim elimi kolaylaştırdı.** Cezaya düşme diye bir şey söz konusu olduğu içinde onlar bu konuda çok titizler. Süresi içerisinde onlar bu hizmeti vermek durumundalar ve veriyorlar da genellikle. Bu olumlu tarafı. Ben bunu olumlu görüyorum. Çünkü **gerçekten hızlandırdı bazı işleri**..." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"İlk defa şehir hastanelerinde kullanılan bu uygulama **işlerin daha profesyonel** ve **daha koordineli yürütülmesini** sağlıyor. Genel işleyişte aksaklıkların oluşmasını önleyip **daha hızlı çözüme kavuşmasına** yardımcı oluyor." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"Talep sistemi **hem işleyişi hem de denetimi kolaylaştırmıştır**." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Talep sisteminde personel tarafından talep açıldığında personelin sisteme kayıtlı eposta adresine tahmini **talebin karşılanma süresi** mail olarak gelmektedir. Talep kapatıldığında mail olarak **talebin karşılanma sürecinin her aşaması dakikasına kadar kayıt altına alınmakta** ve mail olarak talep açan personele bildirilmektedir." (Gözlem Notu)*

Sayıştay'ın 2019 ve 2020 yıllarındaki raporlarında, şehir hastanelerinde kullanılan, katılımcıların talep sistemi olarak ifade ettiği ve performans parametrelerinin takibinin yapıldığı, Merkezi Yardım Masasının (MYM) işleyişine yönelik açıklaması şu şekildedir:

"KÖİ modeli kapsamında, şehir hastanesi yapımı ile ürün ve hizmetlerin temin edilmesi işine ait sözleşmelerin, "Hizmet Şartları" başlıklı EK-14'ünde; şirketin, hizmeti gereken standartlarda sunup sunmadığını tespit etmek için "Performans Parametreleri" oluşturulmuştur. Her bir "Performans Parametresi" için, hizmet hatasına ya da hizmet talebine mahallinde inceleme yapmak, arızanın nereden kaynaklandığını değerlendirmek, vs. gibi ilk tespitin yapılması için verilebilecek en yüksek süreyi tanımlayan "Hizmet Yanıt Süresi" ile hizmet hatasını giderebilmek ya da hizmet talebini karşılamak için gerekli düzeltici eylemlerin gerçekleştirileceği "Hizmet Düzeltme Süresi" belirlenmiştir. Süresinde yanıt verilememesi veya düzeltmenin yapıl(a)maması durumunda "Hata Puanı" ve "Kesinti Oranı" hesaplanması söz konusu olmaktadır.

Hata puanları, şirketin ve alt yüklenicilerin performanslarının değerlendirilmesinde, sözleşmenin feshi gibi konularda önem arz etmekte ancak, doğrudan mali yönü bulunmamaktadır. Kesinti Oranları'nın ise mali yönü bulunmakta, şirkete yapılacak ödemelerde bu oranlar üzerinden kesinti uygulanmaktadır. Hizmetlerin performans parametrelerine uygunluğunun takibi ve uyulmadığı takdirde hizmet hata puanının hesaplanması, görevli şirketin yönetim ve kontrolündeki MYM sistemi ile gerçekleşmektedir. MYM, şirket ve/veya idare personel tarafından gelen talepleri kaydetmek ve şirkete iletmek üzere görevli şirket tarafından kurulmuş bir bilgi sistemidir. İdare ve/veya şirket personeli, görevli şirket tarafından sunulan hizmetlere ilişkin bir arıza veya talep olduğunda, MYM'de görevli operatörlere telefon, elektronik posta, yazı ve diğer yasal iletişim kanalları vasıtasıyla arıza ve/veya talebi bildirerek kayıt oluşturulmasını sağlaması gerekmektedir. EK-14'de her bir hizmet için belirtilen hizmet yanıt ve hizmet düzeltme süresi kayıt oluşturulduğu andan itibaren işlemeye başlamaktadır. Hizmet yanıt süresi içinde görevli şirket tarafından ilk tespitlerin yapılmaması ve/veya hizmet düzeltme süresi içinde söz konusu arıza veya talebin giderilememesi durumunda MYM sistemince hizmet hata puanları, oluşturulan kayıtlar üzerinden hesaplanmaktadır. MYM'ce hesaplanan hizmet hata puanı üzerinden ise sözleşmenin ödeme mekanizmasını düzenleyen EK-18'in "Hizmet Hata Kesintileri" başlıklı 4.5'inci maddesinde yer alan formül uygulanarak her bir hizmet için hizmet hata kesintisi hesaplanarak ilgili ayın hak ediş ödemesinden mahsup edilmektedir." *(Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2019: 58; 2020: 84-85)*

- **Sağlık Personeli Açısından Avantajları**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde görev yapan çalışanların kendi işlerine odaklanmasına yönelik bir sistem kurulduğunu düşünmektedirler. Katılımcılara göre, çok büyük sağlık kampüsleri olan şehir hastanelerinde aynı branşta görev yapan bir çok uzman hekimin bulunmasının mesleki gelişim ve dayanışma açısından avantaj sağlamaktadır. Ayrıca bölgelerinde çatı kurum haline gelen şehir hastanelerinde çok fazla vaka çeşitliliği olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının mesleki gelişimi ve deneyimi açısından avantaj sağladığını ifade eden katılımcı görüşleri bulunmaktadır.

Katılımcılara göre şehir hastanelerinde asıl iş ve yardımcı iş ayrımı nedeniyle hem kamu yöneticileri ve sağlık çalışanları hem de özel sektör yöneticileri ve çalışanları sorumlu oldukları işlere daha iyi odaklanmaları sağlanmıştır. Sağlık hizmetleri asıl iş olarak tanımlanırken sağlık hizmet dışında kalan tüm hizmetler yardımcı iş olarak tanımlanmıştır. Asıl işi kamu üstlenirken yardımcı işler özel sektöre bırakılmış durumdadır. Özellikle sağlık personeli, hastalara daha fazla zaman ayırma ve sağlık hizmeti sunumuna odaklanmışlardır. Kamu yöneticileri, sağlık hizmeti sunumuna yönelik faaliyetleri yönetirken sağlık hizmeti dışında kalan tüm hizmetleri denetlemektedirler. Şehir hastanelerinde sağlık personeli başta olmak üzere hem kamu hem de özel sektörün kendi işine daha iyi odaklanmasını avantaj olarak ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"... şehir hastaneleri özünde **her çalışanın kendi işini yapması** planlanmış. Yani doktor sadece doktorluğunu yapsın, hemşire hemşireliğini, güvenlik güvenliğini, temizlikçi temizliğini yapsın. ... Bu anlamda **herkes kendi işine odaklanabiliyor**. Bu anlamda özü itibariyle şehir hastaneleri iyi düşünülmüş." (Meryem Hanım, Hekim)*

*"Aslında devlet sağlıkta **asıl iş olan sağlık hizmeti üretilmesine odaklanırken** diğer tüm işleri şirkete bıraktı. Ama denetleme yetkisi baki tabi. ... Temel mantık; **doktor işini yapsın** arkadaş. **Hemşire işini yapsın**. Doktor ve hemşire o kadar yoğunluk arasında bir de temizlikti, güvenlikti, yemekti bunlarla uğraşmasın. Ameliyattan çıkıp ta malzeme alımıyla veya bakım onarımla uğraşmasın. **Doktor işine odaklanabilsin**, dikkatini, vaktini emeğini başka işlerde harcamasın." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

*"Şehir hastanelerindeki ikili yapı yani kamu özel ortaklığı diğer adıyla işbirliği ile kamu çalışanları sağlık hizmeti sunan **hekim ve hemşireler sağlık hizmetine odaklanmasına** olanak sağladı." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"Önceden kamuda uygulanan taşeron sisteminde, her hizmet için ayrı bir şirketle muhatap olmak zorunda kalınıyordu. Kamu yöneticilerinin büyük bir zaman diliminde, taşeronlardan kaynaklanan sıkıntılarla ilgilenmek zorunda kalıyordu. Şehir hastanelerinde karşınızda tek bir yüklenici şirket var. Siz alt yüklenicilerle ilgilenmiyorsunuz. Böyle olunca **kamu asıl işine odaklanarak** hizmet kalitesini artırmaya çalışıyor." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"Kamu adına görev yapan **yöneticilerin tıbbi hizmetlere yönelmesi** sağlanmıştır. Diğer işlerin özel sektöre bırakılmasıyla sağlık çalışanlarının **sadece sağlık hizmeti sunumuna odaklanması** sağlanmıştır." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

Şehir hastaneleri çok büyük sağlık kampüsleridir. Büyük olmaları nedeniyle birçok hastane bir araya getirilmiş ve aynı branşta bir çok uzman hekim bulunmaktadır. Katılımcılar, şehir hastanelerinde birçok uzman hekim bulunmasının; hekimlerin birbirleriyle dayanışmasına, konsültasyon imkanlarının artmasına, mesleki gelişim açısından deneyim paylaşımı yoluyla hekimlerin birbirlerinden öğrenmelerine ve çok büyük bir ekiple çalışmanın güven duygusu oluşturmasına, olanak sağladığını ifade etmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"... biz şu anda ciddi anlamda büyük bir kurumda **büyük bir ekiple çalışıyoruz. Büyük bir ekiple çalışmanın getirdiği rahatlıklar** var. Rahatlık olarak sonuçta hastalık yoktur, hasta vardır. Her an önümüze her türlü hasta gelebilir. Varyasyonlar, çeşitlilikler o güne kadar hiç karşılaşmadığımız bir hastalık türüyle karşılaşabiliriz. Ve bu durumda **akıl danışabileceğimiz onlarca çalışma arkadaşımız, aynı çatı altında** ve bir telefon kadar yakın. Bu açıdan şehir hastanesi çok büyük bir avantaj. Çünkü büyük kompleks bir hastanede alanında **bir çok uzman hekimle birlikte sağlık hizmeti vermek insana güven veriyor**. ... büyük bir çatı altında çalışmanın ileri teknoloji ve son gelişmiş bir hastanede **büyük bir komplekste çalışmanın da verdiği bir mutluluk** var." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Her branş var. Her branşın uzmanı var. Her branşın hocası var. Asıl o **hocalardan öğrenmemiz adına** benim **özellikle pratik gelişimim adına, çok büyük fayda sağladı**." (Elif Hanım, Hekim)*

*"Yeterli uzman doktorun olması hem nöbet anlamında hem de **birbirimize danışma ve yardımlaşma anlamında** bir avantaj benim açımdan. Yani **ben sıkıştığım zaman, bir sorumun cevapsız kalabileceği bir durum yok** veya **tek başıma yönetmek** zorunda kalıp strese girecek acaba bunu ne yapabilirim kime danışabilirim ulaşabilir miyim diyeceğim bir durum yok. **Onun güveni var** birazcık. Hani o açıdan da memnunum burada olmaktan." (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"**Çok daha bilgili bir kadroyla çalışıyorum**. Ve çok daha üst düzey hizmetler verebiliyorum." (Meryem Hanım, Hekim)*

Katılımcılardan Ecrin Hanım ve Elif Hanım şehir hastanelerinde bütüncül sağlık hizmeti sunulması nedeniyle çok fazla, farklı ve çeşitli hasta ve hastalık gördüklerini ve bu durumun mesleki deneyim ve mesleki gelişim açısından avantaj sağladığını ifade etmektedirler.

*"... birçok alan birleştiği için daha **çeşitli hastalar,** artık hani her doktorun ya da profesörün görebileceği **çeşitlilikteki hastalık grupları** gelmeye başlamış olabilir. **Daha donanımlı bir ekip** oluşmaya başlamış olabilir. Özellikle primer kendimiz nöbet tuttuğumuz için, **çok fazla hastayla baş başa kaldığımız için donanımlı şekilde çıkacağımızı** düşünüyorum." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

*"Gerçekten nöbetlerde **çok fazla vaka geliyor.** Gün içinde **çok fazla vaka geliyor.** O açıdan **her şeyi görüp, her şeyi yapabiliyorsunuz**. **Mesleki gelişimim** açısından memnunum. Çünkü benim burada **görmediğim bir vaka tipi kalmayacak**." (Elif Hanım, Hekim)*

4.1.4. Şehir Hastanelerinin Dezavantajları

Katılımcılara "Şehir hastanelerinin kurulmasıyla birlikte Türk Sağlık Sistemi'nde ne tür değişiklikler olmuştur?" ve sonda olarak "Size göre şehir hastanelerinin dezavantajları nelerdir?" soruları yöneltilerek şehir hastanelerinin dezavantajları belirlenmeye çalışılmıştır. Şehir hastanelerinin dezavantajları teması altında "Ulaşım Sıkıntısı", "Yönetimsel Dezavantajlar" ve "Çalışanların Fiziki Alan Eksiklikleri" alt temaları belirlenmiştir.

- **Ulaşım Sıkıntısı**

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinin dezavantajlarından biri ulaşım sıkıntısıdır. Katılımcılar hem şehir hastanesine ulaşım hem de hastane içi ulaşım sıkıntıları yaşandığını ifade etmektedirler. Ulaşım sıkıntısı teması altında "hastaneye ulaşım sıkıntısı" ve "hastane içi ulaşım sıkıntısı" alt temaları belirlenmiştir.

- **Hastaneye ulaşım sıkıntısı**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin çok büyük sağlık kampüsleri olması nedeniyle şehirden uzak yerlere yapıldığını, henüz yeterli ulaşım ağının kurulamadığını ve bu nedenle hem hastaların hem de çalışanların hastaneye ulaşımda sıkıntı yaşadıklarını ifade etmektedir. Ayrıca katılımcılar, şehir hastanelerinde çalışan sayısının ve hasta sayısının çok fazla olması nedeniyle trafik yoğunluğu oluştuğunu ve bu durumun ulaşımda geçirilen sürenin artmasına, ulaşım maliyetlerinin yükselmesine, hastaların randevularına geç kalmasına neden olduğunu belirtmektedir. Katılımcılara göre, çalışanların işine hastaların ise randevuya geç kalmamak için evlerinden çok daha erken çıkmak

durumunda kalmaktadır. Şehir hastanelerin şehrin dışına yapılması nedeniyle hastaneye ulaşım sıkıntısı yaşandığına dair katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastanesinin kurulmasıyla birlikte daha merkezi olan hastanelerin kapatılması ve şehir hastanesine taşınması yararlarının yanı sıra bazı problemlerini de ortaya çıkarmıştır. Önceden hastaneler daha merkezi konumdaydı ve hastaların ulaşımı zaman ve maliyet açısından daha kolaydı. Şimdi şehir hastaneleri büyük kampüs halinde olması nedeniyle şehrin dışına yapılmak zorunda kalındı. Bu hem hastaların hem de binlerce çalışanın **hastaneye ulaşım problemi** yaşamasına neden oldu." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

> *"… bu kadar büyük bir alanın bir yerde toplanması **şehir dışında** bir yer gerektirdiği için bir uzaklık mesafe söz konusudur. O yüzden **ulaşım problemleri** yaşanıyor." (Meryem Hanım, Hekim)*

> *"Hastane **şehrin dışında olduğu** için **hastaneye ulaşmak zor**. **Trafik de gerçekten sıkıntılı. Yoğunluk nedeniyle** bazen bir km'yi 10 dakikada falan gelebiliyorsunuz. Hele de kaza olursa çok daha zor." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"Bütün sağlık kurumları bir araya toplanıyor. Bu da özellikle büyük şehirlerde problem. Yani biz bütün şehri bir yere kanalize etmeye çalışıyoruz. Bu sefer burada bir **trafik yoğunluğu** oluşturuyoruz. Burada bir insan yoğunluğu oluşturuyoruz" (Alparslan Bey, Hekim)*

> *"En büyük dezavantajı **ulaşım**. Hastanın şehir hastanesine **ulaşım süresi ve mesafesi arttı** diyebilirim. **Ulaşım maliyeti** de arttı böylece. **Yeterli ulaşım ağı** kuruldu mu emin değilim açıkçası. Bu mesafeyi bir de hasta olarak katettiğinizi düşünün. Bu nedenle **en büyük dezavantajımız ulaşım** diyebilirim." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

> *"… **şehirden uzak** hani birçok şehir hastanesi öyle yapılmış anladığım kadarıyla. Hastaların ve çalışanların **hastaneye ulaşması,** yani **zaman** olarak da **parasal** olarak da zorlaşmış olabilir." (Asel Hanım, Hemşire)*

> *"Tek bir yerde olduğu için insanlar **şehrin bir ucundan bir ucuna ulaşmak zorunda** kalıyor. Bu hem **zaman** hem **maliyet açısından yük** oluşturmakta. Şehrin **trafiğini yoğunlaştırmakta**. Hastaların **randevularını kaçırma, gecikme** gibi durumlar meydana gelmekte. **Randevuya gecikmemek için kaç saat önceden yola çıkmak** gerekiyor. Etkin bir ulaşım ağı kurulmadan bu hastanelerin başarılı olması mümkün değildir." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

> *"Gözlem yapılan şehir hastaneleri içerisinde Isparta ve Kütahya dışındaki hastanelerin genellik **şehrin dış kısmına** yapıldığı gözlemlenmiştir. Haliyle bu durum hastaneye **ulaşım konusunda zorluklar** ortaya çıkarmaktadır." (Gözlem Notu)*

- **Hastane içi ulaşım sıkıntısı**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin birçok hastaneden oluşan, büyük, kompleks sağlık kampüsleri olması nedeniyle çalışanların, hastaların ve hasta yakınlarının hastane içerisinde ulaşım sıkıntısı yaşadıklarını, bu sorunun golf arabalarıyla hastane içi taşıma yapılarak çözülmeye çalışıldığını ifade etmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastaneleri, büyük ve komplike yapılar oldukları için **hastane içi ulaşımda problemler** yaşanmakta. Bu problemlerin çözümüne yönelik **hastaların golf arabasıyla taşındığını** görüyoruz." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

"Hastalar açısından da çok kaotik bir ortam var. Bir tomografi istenmesi, radyolojiye yönlendirilmesi bile bir hastanın poliklinikten merdiven çıkıyor, öbür tarafa giriyor, ***gol arabalarıyla*** *başka bir yere gitmesi gerekiyor" (Elif Hanım, Hekim)*

"İçerisinde ulaşımı sağlayan ***golf arabaları*** *var mesela. Kuleler kendi arasında mesafesi var.* ***Golf arabaları da çok yeterli değil****. Çünkü hasta çok. Bir kuleden başka bir kuleye gitmek çok zor. Bazen yürümekte zorlanıyor hastalarımız. O yüzden biraz* ***ulaşımlarda aksaklıklar*** *oluyor hastane içerisinde" (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

Katılımcılar, hastane içi ulaşın sıkıntısının yanı sıra kompleks ve karmaşık bir yapı olan şehir hastanelerinde yer bulma ve kaybolma sıkıntıları yaşadığını ifade etmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"... **büyük** bir hastaneye sahibiz. Dolayısıyla hastalar bazen nereden* ***nereye gideceklerini bilemiyorlar****. Bir yerden* ***bir yeri bulmak çok güç*** *oluyor. Hastalar için belki bu kısmı dezavantaj olabilir." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Dezavantaj olarak ***hastane hastalara karışık gelebiliyor****.* ***Gidecekleri yeri bulmakta zorlanabiliyorlar****." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Vatandaşlar için tek eksisi diyelim, ***çok büyük olduğu*** *için* ***biraz içerde zorlanıyorlar****. Bundan şikayetleri olduğunu duyuyorum,* ***bulamıyorum, çıkamıyorum, şu bölüm nerde bu bölüm nerde,*** *böyle bir dezavantajı olabilir." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Biz çalışanlar olarak gideceğimiz ***yeri bulmakta zorlanıyoruz****. Hastalar da zorlanabiliyor.* ***Hastanenin içinde kaybolabiliyorlar****. Her ne kadar yönlendirme hizmeti veren personel olsa da yeterli olmayabiliyor.* ***Yönlendiren kişiler de tarif etmekte zorlanıyor****." (Aras Bey, Hekim)*

"En küçük şehir hastanelerinden olan Isparta, Manisa ve Eskişehir Şehir Hastanelerinde gözlem yaparken bile hastane binalarının birbiriyle bağımlı olması nedeniyle hastane içerisinde yer bulmakta zorlandık. Katılımcılardan biriyle hastaneyi gezerken gideceğimiz yeri bulamayınca görevlilerden birine sormak durumunda kaldık. Diğer bir katılımcı ise hastalardan birisi yer sorduğunda sorulan yeri tarif edemedi ve güvenliğe yönlendirdi. Gerçekten ***şehir hastaneleri büyük, karmaşık ve kompleks yapılar****." (Gözlem Notu)*

Katılımcılardan Nehir Hanım ise şehir hastanelerindeki tüm binaların altında otopark bulunduğunu ve hastaların bina değiştirmeleri nedeniyle otoparktaki arabalarını bulmakta zorluk çektiğini dikkat çekmekte ve bu durumu şu şekilde ifade etmektedir:

"... arabalarını park ettikleri zaman nereye park ettiklerini bilemeyecek kadar zorluk yaşıyorlar. Çünkü ***tüm binaların altı otopark****. Ve* ***hepsi birbirine bağlı yerler*** *buralar. Hani geçişlerin kolay olması açısından hasta arabasını acilin altına park ettiğini söylüyor. Ama arabasını kadın doğum acilin altında arıyor. Ya da kadın doğum hastanesinin altında arıyor. Çünkü hepsi birbiriyle bağlantılı ve belli yaşın üstündeki hastalar için çok zor oluyor. Biz alıştık hani* ***arabayı park eder etmez fotoğrafını çekiyoruz ki acaba nerde bıraktık diye****." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

"Otoparkı bina altında olan şehir hastanelerinde arabayı koyduğunuz otoparktan asansörle hastaneye giriş yapıyorsunuz. Hastanede işlemleri yaptırırken farklı bloklara geçiş yapmak durumunda kaldığınızda, her binanın altı otopark olduğu için ve otoparklar birbirine çok benzer olduğu için hasta ve yakınları ***arabayı koyduğu otoparkı bulmakta zorluk çekmektedirler****." (Gözlem Notu)*

Katılımcılar, komplike bir yapı olan şehir hastanelerinde bir yerden bir yere gitmek için çok fazla yürümek gerektiğini, günlük adım sayısının arttığını ve bu durumun ekstra yorgunluğa neden olduğunu belirtmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Hastane büyük bir kompleks olduğu için **hastane içi ulaşımda yürüme mesafeleri arttığını** görmekteyiz." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Hastanede muayenemi oluyorum evet ama o hastanenin içerisinde bütün işlerim bitmiyor. Atıyorum eko çekilecek, röntgen çekilecek veya tomografi çekilecek. Hastanenin karşı koridoruna geçmesi, orada bu işi bitirmesi gerekiyor. Veya bir konsültasyon istedi. Bu sefer diğer hastaneye geçmesi gerekecek. Alan çok büyük, çok geniş ve hastalar genel olarak bize şunu söylüyorlar; Oradan oraya koştururken **çok yorulduklarını** söylüyorlar." (Asya Hanım, Hemşire)*
>
> *"Şehir hastanesinin büyük yapısı nedeniyle hastaneye ulaşım zorlaştı aynı zamanda **hastane içi ulaşım** da zorlaştı. Çalışanların ve hastaların **günlük yirmi bin adımlara ulaşan** adım sayıları bulunmakta. **Fiziksel olarak yorgunluk arttı** diyebilirim." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Tamam bina çok güzel. Ama **o kadar büyük ki**. Benim milyon tane görevim var. Poliklinik var, enjeksiyon var, sağlık kurulu var, bilmem o, bu. Bir de konsültasyon geliyor. **Bir tane konsa gitmeniz yarım saat.** Yani bloklar arası o kadar uzun ki. Bazen böyle 3-5 konsa gidiyorsunuz **10.000 adım cepte**." (Lina Hanım, Hekim)*
>
> *"Büyük komplekslerde çalışmanın personele getirdiği ciddi anlamda **fiziksel yük** var. Normal koşullarda eski kurumlarımızda 5000 adımla günü bitirdiğimizde yorulduk diyorduk. Şu anda 24 saatlik bir nöbette **25-30 bin adım atıyoruz.** Ve **beş katı daha çok yorulmuş oluyoruz**." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"Sağlık personelleri açısından **hastane içi ulaşım iş yükünü çok fazla artırıyor**." (Eslem Hanım, Hekim)*
>
> *"Araştırmacı, şehir hastanelerinde gözlem yaptığı günlerde yaklaşık olarak 30.000 adım atmıştır. Akşam görüşülen bazı katılımcılar akıllı telefonundan günlük adım sayısını gösterdiklerinde **20.000 adımın üzerinde** adım attıkları görülmüştür." (Gözlem Notu)*

Katılımcılardan Ali Bey ve Çınar Bey ise, hastane içi ulaşımın zor olması ve zaman alması nedeniyle işleyişte bazı aksamaların ve gecikmelerin meydana geldiğini şu şekilde ifade etmiştir:

> *"Dezavantaj olarak, kapalı alanın artması sonucunda **konsültasyon yanıtlama süreleri uzamaktadır**. Özellikle kapalı alanı bir milyon metrekarenin üzerindeki hastanelerden bahsediyoruz. Örnek veriyorum; ortopedi hekiminin görmesi gereken bir enfeksiyon hastalıkları servisinde yatan hasta varsa, metreden dolayı, aradaki **ulaşım mesafesinden dolayı biraz gecikmeler** yaşanabiliyor." (Ali Bey, Hekim/ Yönetici)*
>
> *"Hastane içinde kaybolma, gidilecek yerlerin karıştırılması, **hastaların randevularına zamanında erişememe** gibi problemleri de ortaya çıkarmaktadır." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Yönetimsel Dezavantajlar**

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinin yönetimsel dezavantajları bulunmaktadır. Yönetimsel dezavantajlar teması altında "hiyerarşik yönetim", "kamu yöneticilerinin sistemi bilmemesi" ve "ortak kültürün oluşturulamaması" alt temaları belirlenmiştir.

- **Hiyerarşik yönetim**

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinin kompleks yapılar olması ve çok fazla çalışan olması nedeniyle yönetim ister istemez hiyerarşik yapıya dönüşmektedir. Hiyerarşik yönetimin, süreçlerde aksamalara ve gecikmelere neden olduğuna dair katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"... günlük hasta sayısı, Türkiye'deki bir çok ilçenin nüfusundan fazladır. Bu kadar* ***hasta sirkülasyonunu yönetmek, güvenliğini sağlamak çok zor****. Kampüsün içerisinde karakolu, itfaiyesi, bankası, ticari alanları olan büyüklükten bahsediyoruz.* ***12 binin üzerinde kamu çalışanı, 5 binin üzerinde de şirket çalışanı var.*** *Ticari alanlarda çalışanlar hariç.* ***Toplamda 20 bin kadar çalışan var****. 20 bin çalışanı* ***yönetmek, anlık, hızlı kararlar almak*** *maalesef mümkün olmuyor" (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

> *"1500 yataklı hastaneler, 2000-3000 yataklı hastaneler, ama* ***kompleksin büyüdükçe karmaşıklaşması ve yönetilmesi de zorlaşıyor****. Bu da bir gerçek. Bir şey ne kadar büyürse, o kadar* ***hiyerarşi artmaktadır.*** *Büyük hastanelerdeki hiyerarşi hem maddi hem ekipman hem de personel yönünden yönetimi zorlamaktadır.* ***Süreçlerin uzamasına neden olmaktadır****. Yıpratıcı olabiliyor." (Yusuf Bey, Hekim)*

Şehir hastanelerinde ikili hiyerarşik yönetim bulunmaktadır. Kamu tarafı kendi hiyerarşisi içerisinde yönetilirken, özel sektör tarafı kendi hiyerarşisi içerisinde yönetilmektedir. Bu ikili hiyerarşik yapının şehir hastanelerinde yürüttükleri faaliyetler, sürekli kesişmekte ve ortaklaşa kararlar alınması zorunluk haline gelmektedir. Katılımcılardan Alparslan Bey ve Çınar Bey'in kamu ve özel sektör yönetiminden kaynaklanan sorunlar olduğuna yönelik görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastanelerinde hem kamu hem de şirket yöneticileri var.* ***İkili hiyerarşik bir yönetim*** *var yani. İki tarafın ara ara işleyiş konusundan tezat düştüğü şeyler oluyor. Kamu tarafı bir şeyi bir yere taşınsın diyor, özel sektör hayır taşınmasın diyor. Kamu tarafı tek başına karar alamıyor. Bir karar alınacağı zaman özel sektörün de söz hakkı var. Bu durumda, aslında* ***iki başlılık*** *olmuş oluyor." (Alparslan Bey, Hekim)*

> *"... bir ortaklık söz konusu. Bazı kararlarda* ***başhekim yetkili*** *iken, bazı kararlarda* ***özel şirket temsilcisi yetkili*** *halde. Bazı kararlarda ise ortaklaşa kararlar alınmak zorunda. Bu* ***ikili yapı*** *daha önce tecrübe edilmiş bir durum değil sağlık sektöründe. Aslında ortaklık kültürü, kamu tarafında henüz anlaşılabilmiş değil. Kamu işlerini mevzuat çerçevesinde yapmaya çalışıyor. Şirket ise kendi çıkarlarını korumak istiyor. Böyle olunca* ***karışıklık olabiliyor****" (Çınar Bey Kamu Yöneticisi)*

Şehir hastanelerinde kamu ve özel sektör yönetiminin yanı sıra üç şehir hastanesinde koordinatör başhekimlik vardır. Bu üç hastanede her bir hastanenin başhekim, başhekim yardımcıları ve idari yöneticilerinin yanı sıra tüm hastanelerin bağlı olduğu koordinatör başhekimlik bulunmaktadır. Katılımcılardan Miraç Bey ve Hamza Bey koordinatör başhekimlik bulunan hastanelerde iki başlılığın ortaya çıktığını, karar alma süreçlerinin uzadığını ve noktasal çözüm üretilemediğine yönelik görüşleri şu şekildedir:

*"Yönetim olarak bence biraz sıkıntılı. Hastane o kadar büyük ki, **her hastanede yönetim ekibi** var. Bir de **koordinatör başhekimlik** var. Şöyle bizim **iki başlılık** diye tabir ettiğimiz; bir kendi kulemizin yönetimi var, bir de idari binanın koordinatör başhekim, başhekim yardımcıları var. Burada bence **ikilemler** olabiliyor. Yani bizim kulede bir karar alındığı zaman, bir de idari koordinatörlüğe sorulması gerekiyor. Bunda **yapacağımız işler yarım kalabiliyor**. Oradan **dönüş olmayabiliyor**. Yönetimsel olarak böyle bir sıkıntı var. **Karar alma süreçleri uzun sürüyor**." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Diğer hastanelerden farklı olarak 3 şehir hastanesinde **koordinatörlük başhekimlik** ve kendi içerisinde bağımsız hastaneler olması da bir handikap oluşturuyor. Bu sefer de **yönetimsel sorunlar** ortaya çıkabiliyor. **Noktasal çözüm üretemiyorsunuz**. Bazı şeylerin çözümü baya bir **süreç alıyor**. Bir karar aldığınız zaman, o kararın belirli süzgeçlerden geçip uygulamaya dönmesi ya **uzun süreç alıyor ya da uygulanamıyor**." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

- **Kamu yöneticilerin sistemi bilmemesi**

Katılımcılar, kamu yöneticilerinin ve çalışanlarının çok sık değişmesinin kamu-özel işbirliğinin mantığının, sürecinin, işleyişinin, sözleşme ve yöntem beyanının tam olarak kavranmasını, bilinmesini ve denetlemenin yapılabilmesini engellediğini düşünmektedirler. Özel sektör yöneticileri ve çalışanları sözleşme ve yöntem beyanına bağlı olarak görevlerini yürütmektedirler. Kamu tarafının sözleşme ve yöntem beyanına tam olarak hakim olamaması nedeniyle etkin yönetim ve denetim gerçekleşememektedir. Bu durum bazen gereksiz gerginliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Şehir hastanesinde hekim ve yönetici olan Ömer Asaf Bey, kamu yöneticilerinin devir oranının yüksek olması nedeniyle sözleşmeyi hazırlayan kamu yöneticilerinin hastaneler açıldığında görevde olmadıklarını, yeni gelen yöneticilerin şehir hastanelerinin işleyişini, sözleşmelerini bilmediklerini şu şekilde ifade etmektedir:

*"... **2010 yılındaki idarecilerin acaba yüzde kaçı … şehir hastanesi açıldığında görevindeydi acaba. Hiçbiri.** Bunun ne kadar sürdürülebilirliği var? Zamanın ruhuna uygun olmayan, zamanın ruhunu bilmeyen yöneticiler. Zamanın ruhunu yaşayıp ta o sözleşmeleri anlaşmaları hazırlayan ama sahaya dökeceğimiz zamanda piyasada hiç alakasız insanların olmasından dolayı gerçekten çok kaotik süreçler yaşadık. **Sağlık Bakanlığı'nın yöneticileri de neyin ne olduğunu bilmiyor**. Sağlık Bakanlığı'ndaki yöneticilerin olayı **yeterince kavramamış olması,** bize sıkıştığımız noktalarda **çözüm önerisi sunacak kapasitede olmamaları**, bizim daha önce böyle bir sistemde çalışmamış olmamız, kamu hastanelerinden geçecek elemanların **eğitiminin yetersiz olması**, **olaya hakim olmadığı**, **sözleşmelerde yönetmeliklerde ek anlaşmalardaki içerikleri bilmedikleri için** yeterince hem firmaya hem de kamu tarafına yol gösterici olamadıkları için uzun süre bir karmaşa oldu açıkçası. **Yani perişan olduk**." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Benzer şekilde kamu yöneticisi olan Hamza Bey, kamu yöneticilerinin kamu-özel ortaklığının mantığını kavrayamamasının ve kamu yöneticilerin çok sık değişmesinin yönetimsel sorunlara neden olduğuna yönelik görüşleri şu şekildedir:

*"... **Kamu özel mantığını kamu tarafının bilmemesi.** Yani şirket tarafının bunu başından sona okuyup, tecrübe edip, karşımıza öyle çıkması. Zaten yaşayacağımız sorunlardan ya da konuşacağımız konulardan biri şudur; **Şirket aynı şirket. Beş yıldır aynı adam genel müdür. Ya da atıyorum mesul müdür. Ama karşısındaki kamu tarafındaki bir yıl sonra değişmiş.** Bizim en büyük sıkıntılarımız bu. Yönetimsel sıkıntılarımız. Şirket, kamu özeli yutmuş. Tekrar bir kitap çıkaracak seviyede şirket. Ama **kamu tarafından bunu çok bilen yok**. Kamu tarafı bunu ne zaman öğrenir bu işi? Başına geldiği zaman. Yani biz başımıza geldiği zaman bu işi öğreniyoruz. Şimdi şöyle düşünün. 25 yıllık, daha doğrusu 30 yıllık bir sözleşme, belli bir dönemi yatırım dönemine tekabül eden bir sözleşme. Yani sözleşmenin tamamı ekleriyle beraber yanılmıyorsam 885 sayfa. Eklerin azlığı çokluğu değişiyor. Bir de eklerin eki var. Hani eklerin ekini hesaba katmadan 885-887 civarı olması lazım. Bizim burada sadece hizmetlerin yürütülmesi 450 sayfa yani. Buradaki tek sorun şu; **kamu tarafı çok değişiyor. Kamu değişince her şey sıfırlanıyor bir nevi. Bu sefer baştan başlıyoruz**. İster en üstteki olsun ister en alttaki olsun." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

Sayıştay'ın hem 2018 hem de 2019 yılında yapmış olduğu denetimde idari personelin çok sık değişmesinin olumsuzluğuna şu şekilde değinmiştir:

*"Şehir hastanelerinde görevli **idare personelinin sık değiştirilmesinden** dolayı **uzmanlaşma ve kurum hafızasının sağlanamadığı**... görülmüştür." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018: 26; 2019: 13)*

Özel sektör yöneticisi olan Eylül Hanım ise, kamu yöneticilerinin sözleşmede ve yöntem beyanında yazan görev tanımlarının, kamu yöneticileri ve çalışanları tarafından bilinmemesi nedeniyle gerginliklerin ortaya çıktığını şu şekilde ifade etmektedir:

*"Özellikle **görev tanımlarının kamu tarafından bilinmemesi gereksiz gerginliklerin ortaya çıkmasına neden olabiliyor**. Oysa en baştan sözleşmeyle her şey belirlenmiş. Sözleşmeye bağlı olarak şirket, yöntem beyanı hazırlamış. Bu yöntem beyanını kamu onaylamış. Artık bundan sonra her iki taraf da üstüne düşeni yapmakla mükellef." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

KÖİ ile kurulan şehir hastanesi modelinin Türkiye'de yeni uygulanması, sözleşmelerin çok uzun ve teferruatlı olması gibi nedenler yöneticilerin ve çalışanların sisteme hakim olamamasına ve uyuşmazlıkların çıkmasına neden olduğu Sayıştay raporunda şu şekilde yer almıştır:

*"Modelin ülkemizde yeni bir model olması, sözleşmelerin çok tafsilatlı oluşu, sözleşme terminolojisine aşina olmama, yönetim modeline yabancılık ve bütün bunlardan kaynaklanabilecek uyuşmazlıkların olağan usullerle çözülememesi durumunda tahkime başvurulma riski gibi nedenlerle, **uygulayıcıların yükleniciler gibi sözleşmelere hakim olması gerekmekte** ve yetersiz kalınan yerlerde, merkez tarafından sağlanacak idari, hukuki ve teknik desteğe ihtiyaç bulunmaktadır." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018: 24-25)*

- **Ortak kültürün oluşturulamaması**

Katılımcılara göre şehir hastaneleri birçok hastanenin birleşmesinden oluşması nedeniyle ortak bir kültür oluşturulamamıştır. Bilindiği üzere birçok mevcut hastane kapatılarak şehir hastanesine taşınmıştır. Kapatılan hastanelerden şehir hastanesine

transfer olan sağlık çalışanları birlikte görev yapmaya başlamışlardır. Bu birlikte görev yapma sürecinde iş yapma biçimlerinin ve çalışma kültürlerinin farklılığı nedeniyle bazı sıkıntılar yaşanmaktadır. Hastanelerin birleşmesinden kaynaklanan sıkıntılara dair katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastanelerinde bazı illerde eski birkaç hastane taşınarak kuruldu. Böyle olunca sistemi oturtmakta biraz zorlanıldı diyebilirim. Ortak bir sistem kurulamadı. Hala daha deneme yanılma süreci devam ediyor. Her hastanenin* ***farklı iş yapış şekli*** *yani* ***kültürü farklı. Bir araya geldiklerinde, henüz ortak bir kültür oluşturulamadı****." (Asel Hanım, Hemşire)*

> *"3-4 tane hastane birleştiği için* ***kültürler, konuşma dilleri, iş yapış şekilleri, ast üst ilişkileri çok farklı*** *olduğu için biz çok çatıştık. Çünkü* ***her hastanenin dinamikleri farklı.*** *Onlar kendi içinde farklı bir hastaneydi. Spesifik bir hastaneydi. Biz daha genel bir hastaneydik. O konuda da bazı sıkıntılar yaşadık. Yani işte bir çok hoca, bir hastanenin bir kliniğini paylaşmak durumunda kaldı tabiri caizse. İşte klinik şeflikleri kim olacak? İdari sorumlu kim olacak? Kim eğitim sorumlusu olacak gibi şeyler söz konusu oldu. Bu konuda da dengeler çok karıştı. Yani bu kadar farklı hastaneleri bir araya getirip işte hadi birlikte çalışın deme kısmı çok kolay olmadı." (Asya Hanım, Hemşire)*

> *"Bu kadar büyük komplekslerde birbiriyle alakalı klinik branşlar örnek veriyorum pediyatri, kadın doğum, bunu* ***belli bir standarda oturtması o kadar zor oluyor ki****. 30 tane uzman var bizim kliniğimizde. 30-40 uzmanın olduğu klinikler olabiliyor.* ***Yerleşik bir klinik geleneğini, bilimsel yaklaşımının oturmasında problemler çıkabiliyor.*** *Bunlar dezavantajları." (Kerem Bey, Hekim)*

> "***Her gün yeni bir sistem çıkıyor.*** *Uygulanamaz olduğu görülüyor. Ertesi gün tekrar değiştiriliyor" (Elif Hanım, Hekim)*

Katılımcılardan Miraç Bey ise, şehir hastanelerinde ortak kültürün oluşturulamamasını, kamu ve özel sektörün bakış açılarının, iş yapma biçimlerinin ve işleyişin farklılığından kaynaklandığını şu şekilde ifade etmiştir:

> *"Devlet hastanelerinde yardımcı personeller bizim personelimizdi. Yani temizlik işini yapan kişi o hastanenin elemanıydı. Ama burada, buranın elemanı değil. Şirketin elemanı. Şuraya atıyorum bir hasta kusmuş veya kan dökülmüş, devlet hastanesinde burayı temizle diyebiliyordunuz, temizliyordu. Ama burada biraz prosedür var. Şunu diyebiliyor. Ben şirket elemanıyım. Bu* ***benim görevim değil*** *diyebiliyor. Ama mesela devlet hastanesinde insanlar işi olmadığı halde bile o işleri yapabiliyordu. Ama burada kişinin* ***işi neyse, o işi yapıyor sadece.*** *Başka ekstra bir iş yaptıramıyorsunuz.* ***İş yaptırma*** *açısından devlet hastanelerinde bazı işleri yaptırmak daha kolaydı. Burada biraz* ***hiyerarşiye*** *ve şirketin sahip olduğu için şirkete söz geçirmek biraz daha güçleşiyor bence." (Miraç Bey Sağlık Personeli)*

- **Çalışanların Fiziki Alan Sıkıntısı**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin fiziki planlanması yapılırken hastaların kullandığı alanların ön plana konulduğunu, çalışanların kullanacağı fiziki alanların ise göz ardı edildiğini ifade etmektedir. Şehir hastaneleri, katılımcılar tarafından otele benzetilmektedir. Oteldeki gibi, hastaların konforu ön planda tutulurken, çalışan

konforunun ikinci plana atıldığını düşünmektedirler. Özellikle sağlık çalışanlarının ortak kullanım alanlarının yetersiz olduğunu belirten kullanıcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Personellerin ortak kullanım alanları yetersiz** maalesef." (Defne Hanım, Hemşire)*

> *"Burada imkanlar biraz daha elverişli daha müsait. Ama buranın sıkıntısı, şehir hastanesinde **dinlenme odası düşünülmemiş**. Bir **hemşire dinlenme odası düşünülmemiş**. Burada giyinme odası, dinlenme odası falan maalesef yetersiz. Daha çok hastalar düşünülerek bazı şeyler yapılmış burada. Ama personel düşünülerek çok açıkçası bir şey yapılmamış. **Binanın yapılış aşamasında hastalara göre dizaynı edilmiş** belki. Ama personel rahat çalışamazsa, personelin ihtiyaçlarını karşılamazsanız, bu durum zaten hastaya dönecektir bir şekilde." (Miraç Bey Sağlık Personeli)*

> *"Evet güzel binalar yapalım, güzel binalar olmalı mutlaka olmalı. Hastalara en iyi şekilde hizmet vermek, hastaların tek odalarda kalması, en fazla iki kişilik odalarda kalması, iyileşme açısından tabiki çok önemli. **Bizde ferah odalarda çalışalım, konforlu alanlarda çalışalım**. Sağlık hizmeti alanların da **sağlık hizmeti sunanların da konforunun artırılması** gerektiğini savunuyorum. Yani bu kadar önemli lokomotif olan bir grubu **çok geri planda bırakmışlar**. Bu da motivasyonu çok bozuyor. Hani basit bir konu gibi görünebilir ama değil. Yani sonuçta ben evden çok hastanede vakit geçiriyorum. Orda önemsenmediğimi görürsem, çalışma motivasyonum çok bozuluyor. **Bir doktor odamız yok.** Çok istedik. Bir doktor odası olmaz mı? İnsan öyle koca hastanede doktorların bir araya gelip iki çift laf edeceği, bir nefes alacağı, oturacağı bir yer yani. Bir oda olmaz mı? **Yapılmamış, planlanmamış**." (Eslem Hanım, Hekim)*

> *"... otel mantığı baz alınarak yapıldığı için **çalışanlar çok fazla düşünülmemiş**. Aslına bakarsanız çalışan odaklı değil de tamamen hasta odaklı hazırlanmış bir düzeneğimiz var. **Çalışanlar için yeterli alan olmamakla** birlikte hasta konforu ön planda tutulmuş." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

> *"Hastane binası güzel olunca verilen sağlık hizmeti değişmiyor. Hastaların algıları değişebilir ama iyileşmedikten sonra hastane güzel olsa da olur olmasa da. Tamam bina önemli ama hastaları tedavi edecek olan o sorumluluğu üstlenen hekimlerdir. Hekimlerin iyi olmadıktan sonra hastane binası iyi olmuş çok önemli değil. Senin hekimlerin, hemşirelerin yani hastayı tedavi etmekle sorumlu olan kişilerin uzmanlığı, tecrübesi, becerisi iyi olacak önce sonra binanın güzelliği yani fiziki özellikler tamamlayıcı olabilir. Hastanelerde bu göz ardı edilmiş durumda. Ambalaj ve etiket güzel ama paketin içindeki asıl iş nasıl önemli olan o. Hastalar bina güzel diye gelmiyor hastaneye sonuçta otel değil burası. Doktoru iyi diye geliyor. **Öncelik bina değil, personelin güçlendirilmesi olmalıydı**." (Aras Bey, Hekim)*

> *"Gözlem yapılan şehir hastanelerinde poliklinik odalarının standart olduğu, bazı hastanelerin poliklinik odalarında pencere olmadığı, bazılarında ise pencerelerin açılmadığı ve yapay havalandırma olduğu görülmüştür. Bazı katılımcılar poliklinik hizmeti verdikleri odaları gezdirirken poliklinik odalarının günlük olarak değiştiği, bu nedenle odaya hekimlerin diploma, aile fotoğrafları gibi kişisel eşyalarını koyamadıklarını ve doktorların sürekli sırt çantası taşıdıklarını belirtmişlerdir." (Gözlem Notu)*

Katılımcılardan Yusuf Bey ise, şehir hastanelerinin eğitim araştırma hastanesi olabileceği düşünülmemiş olduğunu ve eğitim araştırma hastanesine uygun fiziki alanların planlanmadığını şu şekilde ifade etmiştir:

> *"Şimdi sorunların en başında **fiziki yer temini sorunumuz var**. Bu binalar kurgulanırken bir plan dahilinde sonuçta iç mimarisi projelendirmesi üzerinde yapılmış. Bizim herhangi bir yerde kişi sayımız sürekli değişiyor. Bir anda personel sayısı arttı. Asistan alımlarına*

başlandı. Herhangi bir eğitim araştırma hastanesi olabileceğine yönelik gerekli ön planlama oluşmamış fiziken. Gelen asistanlarımızın hiçbirine oda veremedik. Odaları paylaştık. Uzman hekimler olarak asistanlarımızla oda paylaşıyoruz. ***Fiziki mekanların oluşturulmasında planlamalar çok eksik. Fiziki alanlar, personel sayıları ile orantılı düşünülmemiş****. Bireysel çalışmaların yapılabileceği düşünülmemiş. Hekimlerin kendi kliniklerine yakın alanlarda çalışma alanları düşünülmemiş. Ayrıca fiziki olarak bireysel çapta odalaşma ve kurumda yer edinme yok. Dijital sistemler olduğu için* ***bugün kullandığım poliklinik odasına ertesi gün farklı bir arkadaşım, sonraki gün farklı bir arkadaşım kullanıyor****. Kurumda çalışan hekimin aidiyet hissedebileceği bir kendine ait oda imkânı maalesef yok. Bu birazcık çalışan kişiyi olumsuz yönde etkileyebiliyor. Kişi geldiği zaman bir tabelada adının olmaması veya odasında bir masa üzerinde isimliğinin olmaması onu demoralize edebiliyor." (Yusuf Bey, Hekim)*

4.1.5. Şehir Hastanelerine Yönelik Eleştiriler

Katılımcılara yöneltilen "Şehir hastanelerinin kurulmasıyla birlikte Türk Sağlık Sistemi'nde ne tür değişiklikler olmuştur?" sorusuna verilen cevaplar analiz edilerek yapılan kodlamalar "Şehir Hastanelerine Yönelik Eleştiriler" teması olarak betimlenmiştir. Katılımcıların şehir hastanelerine yönelik "Kamu-Özel İşbirliğine Yönelik Eleştiriler", Pilot Uygulamanın Yapılmaması", "Oryantasyon Eksikliği", "Merkezi Konumdaki Hastanelerin Kapatılması", "Özel Sektörün Sağlıkla İlgili Tecrübe Eksikliği" ve "Sözleşmeyle İlgili Belirsizlikler" olmak üzere altı alt tema belirlenmiştir.

- **Kamu-Özel İşbirliğine Yönelik Eleştiriler**

Katılımcılar, şehir hastaneleri ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda köklü bir değişik olmadığını, dolayısıyla şehir hastanelerinin devlet bütçesinden inşa edilmesi ve kamu tarafından yönetilmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Sağlık hizmeti sunumunda KÖİ'ye gerek olmadığına ve şehir hastanelerinin faaliyete geçmesiyle birlikte sağlık hizmeti sunumunda değişiklik olmadığına yönelik eleştiride bulunan katılımcı görüşleri şu şekildedir:

"Neden şehir hastanelerine ihtiyaç duyuldu? Hangi konuda sıkıntı vardı da böyle bir sisteme geçtik? Ve bütün hastaneleri bir araya toplamak ne kadar mantıklıydı? Yani ben kendi açımdan baktığımda, ***olmasaydı da olurdu*** *diye düşünüyorum açıkçası." (Asya Hanım, Hemşire)*

"Daha önce böyle bir uygulama yoktu. Yani şöyle söyleyeyim; ***bence de gerek yoktu.*** *Baktığımız noktada yani benim* ***eski çalıştığım hastaneyle şu andaki hastane arasında ne fark var****?" (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

"Aslında çok bir değişiklik olmadı. Hani sağlık sisteminde kötüydük iyi bir konuma mı geldik? Hayır. İyiydik de çok mu kötü olduk? Hayır. Yani ***aslında hiç bir değişiklik olmadı*** *bence. Diğer kapatılan hastanelerdeki doktorlar, hemşireler ve çalışanlar bir çoğunluğu, yine yeni açılan hastaneye geldi. Sanki sadece bina değişmiş gibi oldu. Yani çalışanlar açısından böyle" (Zeynep Hanım, hekim)*

*"****Sağlık hizmeti sunumu açısından bir farklılık bence oluşmadı****. Bence oluşmadı. ... benim hastaya bakmamda tedavi etmemde yatırmamda kaldırmamda ameliyat etmemde devlet hastanesiyle* ***herhangi bir farklılık yok****." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"... biz eğitim araştırmadayken de aynı hizmetleri veriyorduk. **Değişen bir şey var mı?** Şehir hastanesinin statüsü farklı mı? Hayır. Daha çok mu hasta bakıldı? Hayır. Yani aynı sayıda hasta bakılıyor bence. Daha mı hızlı bakılıyor? Süre olarak aynı. Doktorlar aynı doktorlar." (Lina Hanım, Hekim)*

*"**Sağlık hizmeti sunumunda** en azından ben kendi branşımda devlet hastanesinde çalışırken ve şimdi arasında **çok çok bir fark görmüyorum**. Yine polikliniğimi yapıyorum, yine servisteki hastaya gidiyorum geliyorum." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"Türk sağlık sisteminde şehir hastaneleriyle birlikte **köklü bir değişiklik olduğunu söylemek mümkün değil.** Sağlık hizmeti veren doktor ve hemşireler aynı. Yani kamu personeli. Sağlık Bakanlığı'na bağlı. Ancak asıl iş dışında kalan diğer işler temizlik, güvenlik, sekreterlik, otopark, yönlendirme, taşıma, görüntüleme, laboratuvar gibi yardımcı işler özel sektöre bırakılmış durumda. Şimdi **insanların hastaneye tedavi olmaya geldiklerini düşünürsek sağlık hizmeti sunumunda pek bir değişiklik yok.**" (Aras Bey, Hekim)*

Şehir hastanelerinin KÖİ ile yapılmasını eleştiren ve bu hastanelerin devletin kendi bütçesi ile yapılması gerektiğini düşünen katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Şehir hastanelerinin, yap işlet devret sisteminin çok mantıklı bir sistem olduğunu düşünmüyorum. Tabiki ben karar verici değilim. Ama yap işlet devret modelinin çokta efektif ve etkili olduğunu düşünmüyorum. Bence, **devletin genel olarak kendi yapıp kendi işletmesi gerekiyor**. Bu halkımıza çok ciddi bir mali yük getiriyor. **Devletin kendi bünyesinde bu işleri yapabilecek gücü var, yeteneği var, personeli de var.** Türkiye güçlü bir ülke **kendi imkanlarıyla yapabilirdi**. Bu kadar büyük bir hastane olmazdı da daha küçük hastaneler olabilirdi." (Alparslan Bey, Hekim)*

*"Genel olarak kamu-özel işbirliğine dair görüş ve kanı, tüm hizmetlerin Sağlık Bakanlığı'mız tarafından rahatlıkla karşılanabileceği ve bu tür hastaneleri işletmek ve hizmet sunmak için **herhangi bir firmaya ihtiyaç olmadığı** veya olmayacağı yönündedir. Bizler ülkesini, devletini milletini seven hekimler olarak devletimizin ve bakanlığımızın bu tür hastaneleri herhangi bir firmaya ihtiyaç duymadan kurabileceği, işletebileceği ve finanse edebileceği inancındayız. İnşallah ileriki dönemlerde mevzubahis kurumlarda **tek söz sahibi devletimiz olur**." (Aras Bey, Hekim)*

*"**Kamu özel ortaklığı sağlık hakkı söz konusu olduğunda özel firmaları işin içine sokmak neden** sorusu açıldığından beri benim kafamda. **Devletin kontrolünde olan alanlar yaratılabilirdi** diye düşünüyorum." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"Şu an baktığım zaman her şey aynı. Yani sadece yenilenen bir binayla ya da ne bileyim cihazların aynı şekilde yenilenmesiyle bunları zaten **devlet kendisi yapabilirdi**. Neden şirkete bırakıldı? Neden ikinci bir güce nasıl diyeyim ikinci bir emir verene neden ihtiyaç duydu? Yani devlet kendisi yapsaydı. Bu binayı yapamayacak mıydı? Çok rahat yapardı. Yani kendisi yapıp yine aynı şekilde kendisi bu düzeni sağlayamaz mıydı? Sağlardı." (Nehir Hanım, Kamu yöneticisi)*

*"**Devlet kendisi yapabilirdi** ama bu sadece şehir hastaneleri için değil bütün köprülerimiz yollarımızda böyle yapılabilirdi." (Defne Hanım, Hemşire)*

- **Pilot Uygulamanın Yapılmaması**

Katılımcılar, şehir hastanelerinin pilot uygulama yapılmadan, sahadaki sorunlar gözlemlenmeden, artısı, eksisi deneyimlenmeden, gerekli önlemler alınmadan, peş peşe açılmasını eleştirmektedirler. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Aslında şehir hastanesine sadece bizler değil ülkenin sağlık sistemi adapte olamadı. Çünkü bu hastanelerde **pilot uygulama yapılmadan, çok hızlı bir şekilde bir çok hastane peş peşe açıldı**. Belki pilot uygulama yapılsaydı, daha başarılı sonuçlar alınabilirdi. Belki de vazgeçilirdi. Bu kadar büyük yatırım yapıldı. Bence **bir ya da iki hastane açılıp 5-10 yıllık süreç takip edilmeliydi**. Şimdi biz yaşayarak öğreneceğiz. Şimdi ilk şehir hastanesi biliyorsunuz ki Yozgat, peşine Mersin. Onlar daha devam ederken acaba çalışacak mı işleyecek mi oluşacak mı derken bir anda Adana, Isparta diye **peş peşe şehir hastaneleri açıldı**" (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Şehir hastaneleri ülkemizde **sahadan yeterince denenip**, kurgulanan bir sistem değil. Bu sistem kurgulanmış ve biz sahada ona ayak uydurmaya çalışıyoruz. Şehir hastaneleri bölgesel olarak **belirli bir süre pilot uygulama** şeklinde devam edip, eksiklikler giderilip ya da artısı, eksisi bakılıp, **öyle ülke geneline yaygınlaştırılmalıydı**." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"Bence buradaki sorun, **pilot uygulamanın yapılmaması**. Önü arkası düşünülmeden kervan yolda düzülür mantığıyla **bir çok hastanenin aynı anda faaliyete başlatma isteği,** bir çok benzer soruna neden oluyor. Kardeşim **bir tanesini yaparsın. Birkaç yıl işleyişe bakarsın.** Sonra artısı eksisi neyse yaygınlaştırırsın. Hatalarından ders alarak, sonrakilerde gerekli önlemleri alırsın. Yok hemen olacak. Hızla geçilecek. Sonra böyle oluyor." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Bence, **bir pilot uygulama olsaydı,** daha verimli hale getirilebilirdi belki. Ya da tam tersi vazgeçilebilirdi. Ya da bütün hastaneleri kapsayabilirdi. Daha da büyük olabilirdi. Bilmiyorum yani. Ama bence **kesinlikle bir pilot uygulamaya ihtiyaç vardı**." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Oryantasyon Eksikliği**

Katılımcıların Türk Sağlık Sistemi'nde yeni bir uygulama olan, KÖİ ile kurulan şehir hastanelerine yönelik, sağlık çalışanları başta olmak üzere yeterince oryantasyon eğitim yapılmadığına dair eleştirileri bulunmaktadır. Şehir hastanelerine çok hızlı geçiş olduğunu, adapte olmakta zorlandıklarını ve bunun için oryantasyon programların yeterli olmadığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Şimdi bizim burada yaşadığımız en büyük sıkıntı, **devlet baba bizi denize attı biz yüzmeyi öğrenmeye çalışıyoruz**. Şehir hastanesine geçiş sürecinde **kamuya oryantasyon programı verilmediği** için verilmeye çalışılsa bile **tam olarak aktarılmadığı için** yoğun bir kaos yaşanıyor." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Bizim için ilk başladığımızda bir kargaşa, bir kaostu. **Kimse ne yapacağını bilmiyor**. Yani **bir anda oraya geldik ve bırakıldık**. Nerde ne var? İşleyiş nasıl? Hiç bilmiyorduk. Yani birçok hastanenin birleşmesiyle, gittiğimizde biz üçüncü hastane olarak gittik. Üç tane farklı hastane, işleyişler farklı, sistemler farklı ve bu ortamda hani ortak bir dil kurup çalışmamız istendi. **Karmaşık bir ortamın içine bırakılıp, iş yürütülmesi istendi**." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

*"Bir de eski hastanelerden buraya **geçiş çok hızlı oldu ve yeterli hazırlık yapılamadı** maalesef. Hastane açılır açılmaz taşınma gerçekleşti ve bir kargaşa meydana geldi. **Adaptasyon sıkıntısı çektik**. **Geçiş süreci hızlı ve plansız olması** nedeniyle aksamalar meydana geldi. En azından bundan sonra açılacak hastanelerde **geçiş süreci planlanmalı ve gerekli oryantasyon sağlanmalıdır**." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"Bir çok yönetimsel sorunun altında, biz **sağlık çalışanlarını oryante edilememesi** var bence. Şehir hastanelerindeki sisteme, sağlık çalışanları olarak **henüz adapte olamadık**.*

Hala eski alışkanlıklarımızı devam ettirmeye çalışıyoruz. Ama bu şehir hastanesine uygun değil." (Yusuf Bey, Hekim)

*"Hiç **alışkın olmadığımız bir sistemin** olduğu, ama alışkın olduğumuz hastaların olduğu bir dünya bana göre şehir hastaneleri. **Alışık olmadığımız bir sistemde, yeterli eğitim verilmediği ve hızlıca geçildiği** için adaptasyon süreci çok zorlu geçti. **Hala adapte olmuş değiliz**." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"Hani **biz neydik ne olduk nasıl bir sistemin içine geldik. Buraya nasıl adapte olacağız. Bizim için uzun sürdü bunu algılamak**. Çünkü benim veya benim gibi bir çok arkadaşında özel hastane veya özel birimde çalışma tecrübemiz yoktu. Benim kendi adıma hiç yoktu ben hiç özel sektörde çalışmadım. Mezun olduğumdan itibaren hep devlet sektöründe çalıştım. Dolayısıyla buna **alışmamız biraz zaman aldı.** Farklı bir mekanizması var" (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Şehir hastanesi sitemi yeni bir uygulama. Personelin büyük çoğunluğu da yeni bizde. Bu da tecrübe eksikliği yaşanmasına neden oldu. **Her şey yeni olunca sisteme adapte olamadık**." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"... kamu çalışanlarının özel çalışanlara veya **bu sisteme ayak uydurması** için biraz zamana ihtiyacı var. Ben şu an **tamamen ayak uydurduklarını düşünmüyorum**. Verilen hizmetin sağlanmaya çalışılan kalite standardının farkında tamamen değiller." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Merkezi Konumdaki Hastanelerin Kapatılması**

Katılımcılar, şehir hastanelerin açılmasıyla birlikte hastaların kolay ulaşabildiği birçok merkezi konumdaki hastanelerin kapatılmasını eleştirmektedir. Özellikle katılımcılar, şehir hastanelerinin şehrin dışında kurulmasının getirdiği ulaşım zorluğu, trafikte geçirilen zaman ve maliyet dezavantajlarını vurgulamaktadırlar. Ayrıca katılımcıların birçok hastanenin bir araya toplandığı hastane kampüsleri olan şehir hastanelerinin büyüklüğüne ve tek bir yerde toplanmasının getirdiği sıkıntılara yönelik eleştirileri bulunmaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Hali hazırda zaten hastaneler vardı çalışan. Gayette güzel yürütüyorlardı işleri. Şu an **merkezdeki beş tane hastaneyi kapatıp** şehrin çok uzağında bir tane büyük bir hastane şekline dönüşmesi eleştirilebilir. Hastaneler hem konum olarak güzel yerdeydi. Tam şehrin ortasındaydı. Hani bina eskiydi ama kullanılamayacak durumda olduğunu düşünmüyorum. Hastanelerin kapatılmasının sebebi, onların eski olduğu için, kullanılamaz olduğu için veya işlem göremez olduğu için değil de biraz daha hastaları yeni yapılan şehir hastanesine yönlendirmek için kapatıldığını düşünüyorum. **Hali hazırda işleyen hastaneleri kapatıp** sırf şehir hastanesinin gelirine fayda sağlamak için katkısı olsun diye kapatmak ne kadar mantıklı? İşte burası tartışmaya açık bence." (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"Özellikle **hastanelerin kapatılıp şehir hastanelerine taşındığı** illerde, insanları aynı zamanda buraya götürecek toplu taşıma ağlarını kurmak gerekiyor. Hastaneler büyük kompleks olduğu için uygun araziler genelde maalesef şehrin uzak noktalarına yapıldı. İnsanlar sağlık hizmetlerine ulaşma noktasında sıkıntılar yaşadı." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"**Hastaneleri birleştirdiler.** Herkes buraya gelmek için canla başla savaşıyor. Onun yerine küçük hastanelerde bunu çözseler tabiki her mahallede hastane olmaz ama **en azından ulaşımı daha kolay, yoğunluğu daha azaltılarak bu iş çözülebilirdi**." (Alparslan Bey, Hekim)*

*"Şehir hastanesinin kurulmasıyla birlikte daha **merkezi olan hastanelerin kapatılması** ve şehir hastanesine taşınması yararlarının yanı sıra bazı oryantasyon ve entegrasyon problemlerini de ortaya çıkarmıştır. Önceden **hastaneler daha merkezi konumdaydı** ve **hastaların ulaşımı zaman ve maliyet açısından daha kolaydı**. Şimdi şehir hastaneleri büyük kampüs halinde olması nedeniyle şehrin dışına yapılmak zorunda kalındı. Bu hem hastaların hem de binlerce çalışanın hastaneye **ulaşım problemi** yaşamasına neden oldu." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"**Tüm hastanelerin bir yere toplanması stratejik olarak da sıkıntılı olabilir**. Olası bir savaş durumunda bu hastanelere yönelik bir **saldırı olması durumunda sistem felç olabilir**. Tek bölge, tek merkezli sağlık hizmeti sunmak en büyük handikap olarak karşımıza çıkmaktadır. Saldırıyı bırakın **doğanın getirdiği bir felaket durumunda** hastane etkilense ya da **hastaneye ulaşım kanalları etkilense,** kaotik bir durum olacağı ortada. Evet en büyük dezavantaj budur. Belki bu kadar büyük hastaneler yerine küçük bölgesel hastaneler yapılabilirdi. Bir yerde değil de **şehrin dört tarafına daha küçük birer hastane yapılabilirdi**." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Özel Sektörün Sağlıkla İlgili Tecrübe Eksiklikleri**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde özel iştirakin inşaat firmaları olmasına, sağlıkla ilgili eğitim, deneyim ve faaliyetleri olmamalarına, hastane ortamının dinamik ve karmaşık yapısını algılayamamalarına, hasta psikolojisini anlayamadıkları için hastaya nasıl davranacaklarını bilemediklerine ve sağlık çalışanları ile aynı dili konuşmadıklarına yönelik eleştirilerde bulunmaktadırlar. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"İlk başta başladıklarında şirket çalışanlarının hepsi **hastane tecrübesi olmayan** insanlardı. Gerçekten **otele hizmet vermek için gelmiş gibi** bir algıları vardı. Eğitimleri de o yöndeydi. Evet hastayla ilgili bir şey okumuşlar ama **hiç çalışmadıkları için bilmiyorlardı**. Daha tedirginlerdi. Hastalara temizlik, taşıma hizmeti verirken, bakım hizmeti verirken biraz daha dikkatsizlerdi." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"Bu işleri yapacak firmaları bulmak çok zor. Yani hani **kaç tane firma hastane yapmış olabilir**. Bir de firmaların maddi varlıklarının falan çok yüksek olması gerekiyor biliyorsunuz. Çok zor. Bunların hepsini bir araya getiren sadece bir iki tane firma olabilir. Ama bu projeler yapılırken biraz daha en azından **hastane geçmişi olan kişilerle** projeler hazırlansaydı belki hem daha mantıklı yollar çıkabilirdi." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"**Özel şirket faaliyet olarak inşaatçı.** En azından ben öyle biliyorum. **Sağlık sisteminin ve hastanenin ortamını bilmiyor olabilir. Personelleri de öyle. Hastaneden çok otelde hizmet veriyorlar gibi** sanki öyle davranıyorlar." (Aras Bey, Hekim)*

*"Özel iştirak yöneticilerinin ve çalışanlarının hangi işin acil olup hangisinin acil olmadığına vakıf olamıyorlar. Biz bazı şeyleri hızlandırmak istediğimiz zaman negatif sonuçlar alabiliyoruz. Mesela bir alana teknik bir personel talep ettiğimizde o taleplerimiz bazen hızlı karşılanmıyor. O anda uygun eleman olmadığı söyleniyor. Biz diyoruz ki bu hayati önem arz ediyor, acil, elzem hani üç kez beş kez mükerrer aramak zorunda kalıyoruz. **Sağlık kısmına çok vakıf değiller**. **Daha önce sağlık alanıyla ilgili tecrübeleri yok**." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Şirket sahipleri ve çalışanlarının **sağlıkla ilgili eğitimi ve tecrübesi olmadığı** için zorlanıyoruz. Çoğu zaman **aynı dili konuşamıyoruz**. Ya da olaylara **aynı hassasiyetle yaklaşamıyoruz. Sağlık sektörü ile çok ilişkisi olan bir firma değil.** Dolayısıyla da daha çok biz onlara derdimizi anlatmaya çalışıyoruz." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"**Daha önce cıvata çuvalı taşıyan insanlar, iki gün sonra gelip hasta taşımaya başladılar**. Adam neyi taşıdığının farkında değildi yani. Cıvata çuvalını istediğin gibi taşıyabilirsin. Ama hastayı öyle taşıyamazsın. Nasıl yolda engebesi vardır, asansöre binerken bir yükseltisi vardır. Tekerlekli sandalye ile taşıyorsun veya sedyede hasta taşıyorsun. İlk başlarda işgücü anlamında kaliteli işgücünü oluşturamadığı için firma ciddi anlamda sıkıntı oldu." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Kamu tarafındaki en azından çoğu insan hasta ve hastalık psikolojisini daha anlayan, hastalara söylenen tek bir kelimenin bile öneminin olduğunu bilen insanlardan oluşmakta. Fakat özel sektör tarafındaki çalışanların **sağlık eğitimi ve tecrübesi olmadığı** için bazı durumlarda hastalarla nasıl iletişim kuracağı ya da hasta psikolojisi anlamında yetersiz kalabilmektedir. Bazı durumlarda **yapılan işin ne kadar önemli olduğunu bilmedikleri ya da anlayamadıkları için** özensiz davranışlar göstermektedirler." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"Genelde inşaat şirketi olduğu için **sağlık sistemine çok uzaklar**." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

*"**Hastaya nasıl davranılacağını, hasta psikolojisini bilmiyorduk**. Dediğim gibi **hastane ortamını, sağlığın karmaşık bir hizmet olduğunu, dinamik yapısını bilmeyen personelimiz vardı**. Hani zor durum nedir? Kavga durumunda ne olur? Bunları **bilmeyen personelimiz** vardı." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Sözleşmeyle İlgili Belirsizlikler**

Şehir hastanelerinde faaliyetler, kamu ile özel sektör arasında imzalanan sözleşme ve bu sözleşmeye bağlı olarak hazırlanan yöntem beyanına göre yürütülmektedir. Söz konusu sözleşme ve yöntem beyanlarının ticari sır olarak kabul edilip gizli tutulmasını, şeffaflık açısından eleştiren Aras Bey ve Lina Hanım'ın görüşleri şu şekildedir:

*"**Sözleşmelerin gizli olması, bilgi sahibi olmamamız, şeffaflığın olmaması,** dezavantaj olarak değerlendirilebilir." (Aras Bey Hekim)*

*"Biliyorsunuz şimdi **şehir hastanelerinin sözleşmeleri ticari sır** denildi. Neden ticari sır? Onu da anlamış değilim. Devletin ortak olduğu bir yapıda **neden şeffaf değil**? İşin doğrusu, bu şehir hastaneleri yapılırken para kimin cebinden çıktığını ben bilmiyorum. Yani bize, hekimlere böyle bir bilgi verilmedi. Bunun devlete bir zararı var mı ya da faydası var mı bilmiyorum ki." (Lina Hanım, Hekim)*

Kamu kurumlarını denetlemekle yetkili olan Sayıştay tarafından hazırlanan 2018 yılı Sağlık Bakanlığı Düzenlilik Denetim Raporu'nda sözleşmenin Sağlık Bakanlığı'ndan temin edilemediğini şu şekilde yer vermiştir:

"Bakanlıktan şehir hastanelerinin ihale dokümanı ile yatırım ve işletme dönemine ait sözleşme ve ekleri (müşavirlik hizmetleri alımları dâhil) yazılı ve sözlü olarak talep edilmiş olmasına rağmen istenilen şekilde temin edilememiştir." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018: 25)

Şehir hastanelerinin sözleşmesinde ve yöntem beyanında "yeteri kadar" ifadesinin bulunması, bazı noktaların netleştirilmemesi, tanımlanmaması gibi nedenlerle ortaya çıkan belirsizlikler açısından eleştiren Defne Hanım ve Ömer Asaf Bey'in görüşleri şu şekildedir:

*"Bu kadar binaya ve hastaya ne kadar personel yeterli olur bilinemediği için yöntem beyanına **yeteri kadar** diye bir ibare konmuş. **Yeteri kadar ibaresinden dolayı** firmanın algıladığı yeteri kadarla kamunun algıladığı yeteri kadar, hiç bir zaman aynı olmuyor. Aynı olmadığı için bu **yeteri kadar ibareleri nedeniyle zorluk yaşanıyor**." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"Mesela temizlik, temizlikteki bazı alanlar, yani orda hizmet alanında demişler ki, şöyle bir kirlenme olursa bunu temizlik birimi yapacak, şöyle olursa derin temizlik birimi yapacak. Yani ne diyeyim size, normal temizliğin yaptığı birim fiyat bir liraysa, derin temizliğin yaptığı yer atıyorum 10 lira. Şimdi biz kamu olarak bunun normal temizlikle temizlenebileceğini söylüyoruz. Ama firmada hayır diyor. Buna derin temizlik gerekiyor. Bunun gibi **sözleşmede havada kalan, netleştirilmemiş, sözleşmelerde tam olarak tanımlanmamış**, birçok alan var. Hakikaten hala havada. Biberon yıkaması mesela, biberonun kaç liraya yıkanacağı Bakanlığın belirlediği **anlaşmada yok**. Bir de işin ilginç yanı bizim hastanede yok. Biberonun kaç liraya yıkanacağı bazı hastanelerde var. Bizde yok. İşte küçük spançlar var. Şimdi **bu spançların kaça hazırlanacağı** Bakanlık tarafından **belirlenmemiş.**" (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Sayıştay raporunda, yöntem beyanlarındaki değişiklikle ilgili sözleşme maddelerinin anlaşılamadığı ve bu nedenle yorum yapılamadığına ilişkin tespiti şu şekilde yer verilmiştir:

*"Sözleşme'nin 32.4'üncü maddesi uyarınca Yöntem Beyanlarındaki herhangi bir revizyon "Nitelik Değişimi" olarak değerlendirilmeyecektir." ifadesi ile de **neyin kastedildiği tam olarak anlaşılamamıştır**. Yöntem beyanlarının kapsamı, şehir hastaneleri sözleşmelerinde ayrıntılı olarak düzenlenmediğinden, uygulamada görevli şirketler tarafından düzenlenen yöntem beyanları arasında farklılık bulunmakta olup, nitelikli değişiklik olarak değerlendirilemeyeceği ifade edilen yöntem beyanlarında yapılabilecek değişikliklerin neler olabileceğine ilişkin **yorum yapılamamaktadır**." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2020: 48).*

Türkiye'de faaliyete geçen şehir hastanelerinin sözleşmelerinde belirli bir standart olmamasını eleştiren Ömer Asaf Bey'in görüşleri şu şekildedir:

*"Ya kardeşim bir şablon oluşturursun. Bu şablon üzerine ilerlersin. Yani herkese aynı standart. Şimdi Afyon atıyorum biberonu 10 liraya yıkıyor. Öbür taraf 3 liraya, öbür tarafta 20 liraya yıkıyor. Böyle değişik te bir şey. Zamanında **standart bir sözleşme olmadığı için bir standart yok**." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Sayıştay raporunda, şehir hastanesindeki sözleşmelerde yer alan miktara bağlı hizmetlerin fiyatlandırılmasında çok büyük farklar olduğunu ve fiyat skalasının standartlaştırılması gerektiği şu şekilde yer verilmiştir:

"İşletme dönemine geçmiş sekiz şehir hastanesine ait harcama belgeleri (ödeme emri belgeleri ve eki hakedişler) üzerinden yapılan inceleme ve denetimlerde, hizmet ödemeleri kapsamında miktara bağlı olarak birim fiyat üzerinden ödemesi gerçekleştirilen atık, sterilizasyon, çamaşırhane, yemek ve görüntüleme hizmetlerinin temin ve hizmet ödemelerine ilişkin alt kalemlerin belirlenmesinde, sınıf ve çeşit açısından belirlenmiş bir standardın bulunmadığı ve buna bağlı olarak ödeme kalemlerinin farklılaştığı görülmüştür. Her ne kadar sekiz şehir hastanesinin büyüklük ve kapasiteleri farklı olsa da yukarıda belirtilen miktara bağlı hizmetlerin nitelikleri değişmemektedir. ... Tıbbi atık alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %830 fark olduğu; tıbbi olmayan atık alt kalemi için en düşük birim fiyat

ile en yüksek birim fiyat arasında %1849 fark olduğu görülmektedir. ... Geri dönüşüme uygun atık alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %975 fark olduğu; gizli atık alt kalemi için en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %227 fark olduğu; özel atık alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %1278 fark olduğu görülmektedir. ... Ameliyat çarşafları alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %1506 fark olduğu; kişisel hasta kıyafetleri alt kalemi için en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %659 fark olduğu; diğer alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %785 fark olduğu; perdeler alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %942 fark olduğu, personel üniforması alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %551 fark olduğu; yatak çarşafı alt kalemi için en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %1114 fark olduğu görülmektedir. ... Ameliyat seti alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %1268 fark olduğu; ameliyathane sterilizasyonu alt kalemi için en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %3469 fark olduğu görülmektedir. ...Kemoterapi ilaç hazırlama alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %35599 fark olduğu; Kemoterapi İlaç Uygulama alt kalemi için en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %552 fark olduğu görülmektedir. ... TPN ilaç hazırlama alt kalemi için en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %10234 fark olduğu görülmektedir. ... Akşam yemeği alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %171 fark olduğu; gece alt kalemi için en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %295 fark olduğu; ikindi alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %295 fark olduğu; kahvaltı alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %211 fark olduğu; kuşluk alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %295 fark olduğu; öğle yemeği alt kalemi için, en düşük birim fiyat ile en yüksek birim fiyat arasında %153 fark olduğu görülmektedir. ... miktara bağlı hizmetlerin ödenmesinde işin kapsamı ve kamu yararı dikkate alınarak, hizmet kalemlerinin alt kırılımlarının ***standart hale getirilmesinin*** *ve aynı hizmet için geniş bir skalada fiyat oluşmasını önleyecek tedbirlerin alınmasının gerektiği değerlendirilmektedir." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018: 68-77)*

Şehir hastanelerinin sözleşmesinde verilen garantiler konusunda eleştiriler getiren Eslem Hanım ve Ömer Asaf Bey'in görüşleri şu şekildedir:

"Şehir hastanelerinde hasta sayısı üzerinden bir hedef değil de verilen diğer hizmetler açısından en az %70 doldurulacak gibi garantiler var. Aylık yemek satışı şu kadar olmalı. Çamaşır şu kadar yıkanmalı gibi. Veya görüntüleme sayıları belki kontenjanlı olabilir. Laboratuvarda yapılan işlemi artık hizmet alımı yapıyor. Oranın personeli yapıyor. Görüntülemede hizmet alımı var. Yani ***hizmet alımının olduğu her alanda belli bir hizmet almak gerekiyor. Biz bunu almasak da bu miktarda paranın ödenmesi gerekiyo****r. Bu yüzden sayı önemli mi önemli." (Eslem Hanım, Hekim)*

"Nasılsa şirketin kendisinin ***garantisi var 25 yıllık****. Siz temizliği yaptırsanız da yaptırmasanız da bu adam* ***garanti ücretini alıyor*** *yani. Adamın hasta gelmiş gitmiş derdi yok yani." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Sayıştay'ın Sağlık Bakanlığı denetim raporlarında şehir hastanelerinin sözleşmesinde miktara bağlı verilen garantiler konusundaki tespiti şu şekildedir:

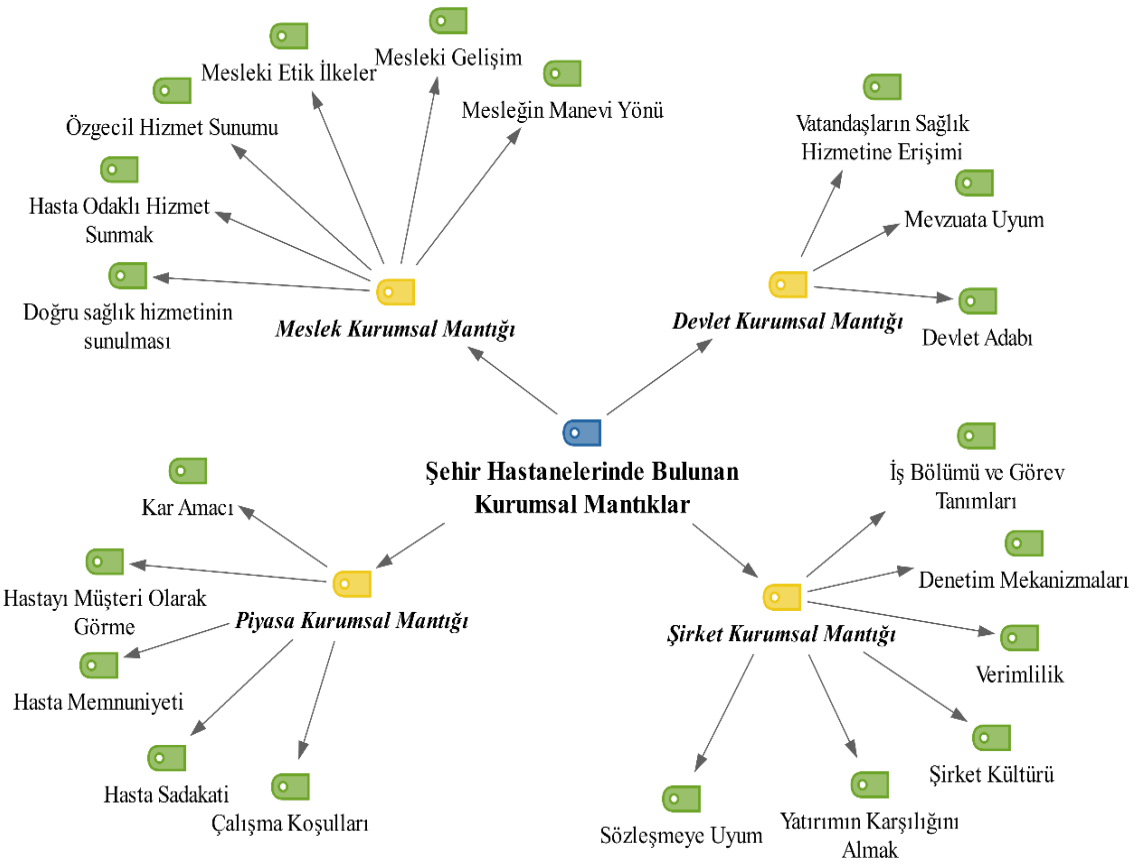
"Sağlık tesislerinin yüksek doluluk oranlarına ulaşmış olmalarına rağmen miktara bağlı hizmetlerin alt kırılımlarında talep garanti miktarlarının altında kalındığı tespit edildiğinden, planlama aşamasında verilecek garanti miktarlarının ihtiyaç analizi yapılarak belirlenmediği ... görülmüştür." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018: 25)

"Şehir Hastanesi Sözleşmelerinde belirtilen yıllık %70 (yüzde yetmiş) doluluk oranına göre hesaplanan aylık miktarların ödenmesini, ilgili ayda gerçekleşen hasta yatak doluluk oranına bakılmaksızın garanti etmektedir. İdare, garanti edilen miktarların aşılması halinde aşılan miktarlara ait ödemenin tamamını yapacağını kabul ve taahhüt eder." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2019: 92)

4.2. ŞEHİR HASTANELERİNDE BULUNAN KURUMSAL MANTIKLARA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılara, "*Şehir hastanesinde çalışan bir kişi (hekim, hemşire, yönetici) olarak işinizi nasıl tanımlarsınız? Mesleki görev ve sorumluluklarınız nelerdir? İşinizin odak noktası veya temel hedefinin ne olduğuna inanıyorsunuz? İşinizi yaparken bağlı kaldığınız veya esas aldığınız ilkeler, değerler ve normlar nelerdir? Sağlık hizmeti sunumunda başarı kriterleriniz nelerdir?*" soruları yöneltilerek şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklar belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilere göre, KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde "*Meslek Kurumsal Mantığı*", "*Devlet Kurumsal Mantığı*" "*Şirket Kurumsal Mantığı*" ve "*Piyasa Kurumsal Mantığı*" bulunduğu belirlenmiştir. Şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklara ait kavram haritası Şekil 14'te gösterilmiştir.

Şekil 14. Şehir Hastanelerinde Bulunan Kurumsal Mantıklara Ait Kavram Haritası



Kaynak: Yazar tarafından Maxqda 2020 programı kullanılarak oluşturulmuştur.

4.2.1. Meslek Kurumsal Mantığı

Katılımcılardan elde edilen görüşler doğrultusunda, şehir hastanelerinde meslek kurumsal mantığı; "Doğru Sağlık Hizmetinin Sunulması", "Hasta Odaklı Hizmet Sunmak", Özgecil Hizmet Sunumu", Mesleki Etik İlkeler", Mesleki Gelişim" ve "Mesleğin Manevi Yönü" olmak üzere altı başlıkta uygulamalara yansımaktadır.

- **Doğru Sağlık Hizmetinin Sunulması**

Katılımcılar sağlık hizmeti sunumunun temel amacının hastaların sağlığına kavuşmaları için doğru teşhis ve tedavinin uygulanması olduğunu ifade etmektedir. Hastalara en doğru sağlık hizmetinin ve en uygun tedavi yönteminin uygulanmasını mesleğinin odak noktası olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"İşimizin odak noktası **hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetini doğru bir şekilde verebilmek**. Benim açımdan hastaları memnun etmek değil, **iyileştirmek benim** görevim." (Zeynep Hanım, Hekim)*
>
> *"Öncelikle ona zarar vermemek, hastalığını teşhis etmek, **doğru tedaviyi uygulamak** ve **hastayı sağaltmak** bizim önceliğimiz." (Aras Bey, Hekim)*
>
> *"**Doğru teşhis ve tedavinin uygulanması** önemlidir." (Meryem Hanım, Hekim)*
>
> *"Yani ben işe başladığım ilk günden beri, benim önceliğim her zaman **en doğru yaklaşım, en doğru hizmeti sunabilmek**. **Hastanın iyileşmesini sağlamaktır** başarı kriteri." (Eslem Hanım, Hekim)*
>
> *"Hekim olarak önceliğimiz, **hastanın tedavisini sağlamak**. Hastaları **tekrar sağlığına kavuşturmak**." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*
>
> *"Geleneksel cevap, **doğru tanı ve tedavidir**. Gerçekten doğru tanı ve tedavi hepimiz vermekle yükümlüyüz. Yani **bu işin doğası bu bunu bozamayız**". (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"... **hastanın tedavisi için en uygun olanı yapmak**." (Alparslan Bey, Hekim)*
>
> *"Hasta tedavisini alıyor ve bundan da her hasta fayda görecek diye bir şey yok. Ama **doğru tedaviyi** alıyorsa, **doğru tedavi yolları** uygulanıyorsa, hasta mağdur edilmiyorsa, bir an önce tedavi olması için çabalanıyorsa, bu her şeyden daha önemli. Başarı budur." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*
>
> *"Hastanın talepleri ve memnuniyeti değil **doğru olanın yapılması** önemli ve öncelikli." (Defne Hanım, Hemşire)*

- **Hasta Odaklı Hizmet Sunmak**

Katılımcılar, sağlık sektöründe hastaya yardımcı olmak, iyileştirmek, bilgilendirmek, ilgi göstermek, empati kurmak ve güven vermek gibi sağlık hizmeti sunumunun odak noktasında hasta olduğunu ifade etmektedir. Katılımcılardan Asya ve Defne Hanım, sağlık hizmeti sunumunun odak noktasının hasta olduğunu şu şekilde ifade etmektedirler:

*"Biz **hasta odaklı** bakıyoruz. Biz bir hastaya hizmet verirken ben bundan ne fayda sağlarım, ben bundan ne kadar para kazanırım gibi bir düşüncemiz yok." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"**Benim odak noktam** hemşire olarak çalışırken de yönetici olarak çalışırken de **öncelik hasta**. Ben hep **hasta odaklı** hareket ettim. Hep te **hasta odaklı hareket edeceğimi** düşünüyorum." (Defne Hanım, Hemşire)*

Meryem Hanım ise, hekimler açısından hastalara yeterince vakit ayırmanın, hastaların sağlığına kavuşturmanın, acı ve ızdırabın dindirilerek yardımcı olmanın amaçları olduğunu şu şekilde ifade etmektedir:

*"Hekimlik mesleği öncelikle **hastaya nasıl yardımcı, nasıl faydalı olunur**, nasıl zarar vermeden en faydalı metotla **hasta iyileştirilir, ıstırabı nasıl azaltılır?** Biz insanlara bu gözle bakıyoruz. Hastaya nasıl yardımcı olalım, nasıl sağlığına kavuşturalım? Toplumun sağlığını nasıl daha iyiye götürebiliriz? İnsanlarımızı nasıl daha bilinçli kılalım? Bazı hastalıklara karşı nasıl alert edelim? Korunma metotlarını nasıl sağlayalım? Bizim amacımız budur genelde. Hastama **yeterince vakit ayırabilirsem,** onu hastalığıyla ilgili bilgilendirip bazı şeylere karşı uyarabilirsem, önlem alabilirsem o zaman başarılı görürüm." (Meryem Hanım, Hekim)*

Ömer Asaf Bey, hastaların tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmesinin önemli olduğunu şu şekilde ifade etmektedir:

*"**Hastaya bilgi vermek**. Yani hastanın hastalığı hakkında onun anlayacağı dilden olabildiği kadar **bilgilendirmek**. Sonrasında uygulayacağın tedavi hakkınca açıklamalarda bulunmak. Hastane sonrası hastanın kendisinin takip edeceği süreci ona anlatmak." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Yusuf Bey, hastalara ilgi göstermenin doğru teşhis ve tedavi kadar önemli olduğunu şu şekilde ifade etmektedir:

*"Benim içinde en doğru işlerden bir tanesi bir kere dokunduğum kişilerden yani hastalardan güler yüzle kapıma tekrar gelmeleri. Bunun için de doğru teşhis ve tedavi kadar **hastaya ilgi göstermek**, onları memnun etmek önemli. Hekimin başarısı bir kere **hekimin tabiki hastaya gösterdiği ilgisinden** geçiyor. Karşıma güler yüzle çıkması o zaman doğru iş yaptığımı hissediyorum. Hani hastayla karşılıklı ilişki, o samimiyeti yakalamayı çok seviyorum." (Yusuf Bey, Hekim)*

Miraç Bey ve Eslem Hanım sağlık personelinin hastalarla empati yapmasının gerekli olduğunu şu şekilde ifade etmektedir:

*"Bence en önemli şey, bir sağlık personelinin en başında **empati yapmak.** Bunu başarabiliyorsa, o sağlık personeli hangi mesleği yaparsa yapsın sağlık alanında doktoru, hemşiresi, temizlik görevlisi, güvenliği kim olursa olsun, o **empatiyi yapabiliyorsa** bence hem kendi için hem de hastalar için çok büyük bir kazanç. O hem mesleki olarak hem tıbbi olarak elinden geleni yapar. Çünkü o hasta benim bir yakınım, annem, kardeşim, eşim olabilir." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Hasta olmak gerçekten çok kolay değil. Yakın çevreden birileri hastalandığında bunu **çok daha iyi anlıyor insan**. O sağlık hizmetini alan insan olmak gerçekten hiç kolay değil. O yüzden **hastalara empati ile yaklaşıyoruz**." (Eslem Hanım, Hekim)*

Sağlık hizmeti sunumunda başarılı olabilmek için hekim ile hasta arasında güvene dayalı bir ilişkinin kurulması gerekmektedir. Hekim-hasta ilişkisinde güven duygusunun oluşturulabilmesi, hekimin inandırıcılığı, ikna kabiliyeti ve güvenilirliğine bağlı olduğunu düşünen Ömer Asaf Bey ve Eslem Hanım'ın görüşleri şu şekildedir:

> *"Hastanın psikolojisinden anlamak, ona **güven vermek**, ona yardımcı olmak, ona yardımcı olabileceğine **inandırmak önemli**." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

> *"**Güven çok önemli.** Yani takipli **hastaya güven verebilmek, ikna edebilmek**, onunla ilgilendiğini, onu tedavi etmek için bir şeyler yaptığını gösterebilmek çok önemli. Çok iyi bir hekim olabilir veya çok iyi bir diyetisyen olabilir. Ama hastanın gözüne bakarak konuşmak, **o güveni vermek** çok daha tedavide farklı bir boyutta." (Eslem Hanım, Hekim)*

- **Özgecil Hizmet Sunumu**

Katılımcılar, sağlık hizmeti sunma sürecinde tüm personelin özgecil davranış gösterme diğer bir deyişle diğerkâm olmaları gerektiğini ifade etmektedir. Katılımcılara göre, özgecilik; kişisel beklentilerini ve maddi çıkarlarını ikinci plana atarak hasta odaklı sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık sektöründe insanların acılarını, ıstıraplarını dindirmek, onları tekrar sağlıklarına kavuşturmak için özgecil hizmet sunumunun bir tercih olmadığını bir gereklilik olduğunu, fedakarlık yapmanın işin doğasında olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> "… ***Biz daha fazla kendimizden fedakârlık ettik.** Ya işte bu kadar oluyor, elimizden bu kadar geliyor yapmadık yani ne varsa **yapabileceğimizin en maksimumunu yaptık**. **Fedakarlıkta bulunmayı doğal sayan bir kafa** bizimkisi." (Asya Hanım, Hemşire)*

> *"Öncelikle **maddi beklentinin arka planda kaldığı**, maddi beklentinin arka planda kalması gereken **özverinin, çalışkanlığın, disiplinin ön planda olması gereken** bir meslek olarak tanımlarım. Gerçek manada hekimlik budur. **Fedakarlık** hem ailenizden hem sosyal hayatınızdan hem kendinizden **fedakarlık vererek özveriyle çalıştığınızda** ve bunun karşılığında da mutlu bir hekim olmak istiyorsanız, **maddi beklentileri arka plana koymanız** gereken bir meslek olduğunu düşünüyorum." (Kerem Bey, Hekim)*

> *"Genel olarak meslek ahlakı, mesleğe bakışı, insanlara yardım etme duyguları sorunlara yönelik **fedakârca çalışmasına** neden oluyor. Çoğu sağlık çalışanında da görüyoruz bunu. Diğer **kendi görev tanımlarına girmeyen bir çok şeyi yapıyorlar** hastaların mağdur olmaması adına." (Elif Hanım, Hekim)*

> *"**Gecesini, gündüzünü, bayramını, tatilini, her şeyini bırakıp, bazen de gitmeyip görevinin başında, 7/24 duran kişidir** hekim. Yorulduğunda kimse kıymet vermez. Gece çok çalışmış, gündüz çok çalışmış. **Bir çay molası, bir kahve molası, böyle bir lüksümüz yok**. İşte bugün öğlene kadar bir yudum su içmedim. Öğlen biraz su içtim sonra öğleden sonrada aynı şekilde. İşte saat dörtten dört buçuktan sonra anca öyle yani bunların kıymeti yok eskisi gibi. Yani **hekimlik öyle olması gerekiyor** yani. Genelde hekimlerimizin % 90 ı böyle düşünüyor. Böyle olması da gerekiyor." (Göktuğ Bey, Hekim)*

> *"Buradaki insanlar **elinden gelenin fazlasını yapmaya** çalışıyor, ben şahidim." Miraç Bey Sağlık Personeli)*

*"Bir günde, sekiz saatte, bu şartlar altında, hekimler gerçekten **özverili bir şekilde,** herkese yetişebilmek, herkese bakabilmek için **elinden geleni yapıyor**." (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"...sağlık çalışanları özellikle doktorlar ve hemşireler **hastayla ilgili bir süreç olduğunda, gerekli fedakarlığı yapıyor. Bu zamansa zaman, emekse emek**. ... doktor, hemşire hastaya tedavi sürecinde **kendi işi olsun veya olmasın fedakarlıkta bulunuyor**." (Ömer Asaf Bey, Hekim)*

Özgecil hizmet sunumuna yönelik elinden gelen her şeyi yapmanın getirdiği vicdani rahatlığın, iç huzurun ve akşam yastığa kafanı rahatça koymanın önemine vurgu yapan Kerem Bey ve Göktuğ Bey'in görüşleri şu şekildedir:

*"... muhakkak objektif, sayısal veriler vardır. Benim için önemli değil. Ben olayın **vicdani boyutuyla** ilgilenirim. Ben bir hasta geldiğinde, aldığım vakalarda, yaptığım işlemlerde, yaptığım müdahalelerde, illaki yaratanın takdir ettiği hayatın ötesine geçemiyoruz. Hastalıkları önleme şansımız olmuyor. Bir bilgi eksikliği, tedavi eksikliği yapmadığım müddetçe, akşam eve gittiğimde, eğer geriye dönüp ben bu hastaya yönelik her şeyi yaptım. Hastalar için **ben her şeyi yaptım, eksik bir şey yapmadım** diyorsam. Akşam eve gittiğimde **başımı yastığa koyduğunda huzurluysam, vicdanım rahatsa**, ben şunu eksik yaptım, bunu eksik yaptım, bu hastayı eksik takip ettim demiyorsam benim mesleki başarı kriterim bu yani." (Kerem Bey, Hekim)*

*"Başarı kriteri ilk etapta benim **vicdani olarak rahat olmam**. Ben hastaya **elimden geleni yaptıysam, yapılabilecekleri uyguladıysam, benim vicdanım rahatsa,** bu benim için başarıdır. En güzel başarıda budur." (Göktuğ Bey, Hekim)*

- **Mesleki Etik İlkeler**

Katılımcılara göre sağlık personeli, almış oldukları mesleki eğitimlerini ve bilgilerini ayrımcılık yapmadan, zarar vermeden, mağdur etmeden, hasta mahremiyetini koruyarak etik bir şekilde uygulamakla yükümlüdür. Mesleki etik ilkelere vurgu yapan katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"**Mesleki hassasiyetler**, mesleki eğitim ve **etik kurallar ön planda** olur her zaman. Yani bu hastadan nasıl bir çıkar elde ederiz gözüyle hiç bir zaman hiç bir hekim düşünmez." (Meryem Hanım, Hekim)*

*"Sağlık hizmeti veren hekim, hemşire, diyetisyen gibi sağlık çalışanları hastaları tedavi etmek, **mesleki bilgilerini etik bir şekilde uygulamak** amacındalar." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Bir hemşire olarak **almış olduğumuz eğitim** doğrultusunda bizlerin hasta ve hatsa yakınlarına psikolojik ve mesleki destek sağlamak, diğer meslek profesyonelleri ile birlikte hastaların tedavi sürecinde bakımını sağlamak temel görevimizdir. ... Tüm bunları yaparken **mesleki eğitim, mesleğin getirdiği etik kurallar** ve ilgili yönetmelikler bağlı kalarak işimizi yapıyorum." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"Kişisel olarak ilkem bir kere önüme gelen **hastayı dil, din, cinsiyet, ırk işte siyasi görüş ayırt etmeksizin** sadece masada bir insan oturduğunu düşünerek çalışıyorum." (Kerem Bey, Hekim)*

*"Öncelikle gerçekçi olmak gerekirse bir **tıp eğitiminin getirdiği bilimsel verilerden şaşmamak**. En büyük dikkat ettiğim **pozitif tıp biliminden uzaklaşmamak**. İkincisi **hastanın mahremiyetine** çok dikkat ediyorum ben." (Yusuf Bey, Hekim)*

"Benim önceliğim komplikasyon geliştikten sonra onu çözebilmekten ziyade onun olmamasını sağlamak. Olası riskleri önceden öngörüp bu risklerin gerçekleşme ihtimalini en aza indirebilmek. Bir hekimin ya da sağlık çalışanın en temel odak noktası: ***hastayı mağdur etmemek, hastaya zarar vermemek****" (Elif Hanım, Hekim)*

"Hekimlik, en başta ***hastaya zarar vermemek*** *gerektirir." (Meryem Hanım, Hekim)*

"... ***hastaların zarar verilmeden,*** *tıp biliminin sunmuş olduğu imkanlar çerçevesinde gerekli tedavilerin uygulanması ve hastaların sağaltılması başarıdır." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

- **Mesleki Gelişim**

Katılımcılar mesleki bilgi, beceri ve tecrübe olarak kendilerini geliştirmek, güncel tıp bilgilerini takip etmek, bilgiye yatırım yapmak, sahip oldukları bilgi ve tecrübelerini iş arkadaşlarına aktararak dayanışma göstermek ve böylece daha iyi sağlık hizmeti sunarak insanlara faydalı olmak amaçlarının bulunduğunu ifade etmektedirler. İnsanlara faydalı olabilmek için mesleki gelişim sağlamanın önemini ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

"Bir hekim her zaman ***hastasına faydalı olmak*** *ister. Bu ortak paydadır. Bunun için hekimler* ***kendini geliştirmek, güncel tıp bilgilerini takip etmek*** *zorundadır. Hekim* ***kendini güncelleyecek*** *ki hastalarına* ***daha iyi tedavi edebilsin****. Bu mantaliteyle giden bir hekimim. Hekim arkadaşlarımın çoğu da bence bu zihniyettedir diye düşünüyorum. Bunlardan en önemlisi benim yani Türk insanının Avrupalı bir doktordan* ***bilgi düzeyi olarak, onlardan eksik kalmamam*** *gerektiğini düşünürüm. O yüzden* ***daha çok bilgiye yatırım yaparım.*** *Mesleki anlamda bir Avrupa'daki bir Amerika'daki doktor ne biliyorsa, ben* ***en az onun kadar bilmem*** *konusunda hükümlü hissederim kendimi. O zaman kendimi başarılı görürüm". (Meryem Hanım, Hekim)*

"Mesleki anlamda ***sürekli günceli yakalama****. Tıp bilimi sürekli gelişiyor.* ***Güncel bilgiye ulaşmak, yeni tedavi yöntemlerini öğrenmek, teknolojiye adapte olmak****. Durağan bir meslek değil tıp. Bu yüzden hekimlerin kendilerini* ***bilimsel ve mesleki olarak geliştirmeleri*** *için zaman gerekli diye düşünüyorum****. Sürekli güncelleme, mesleki bilgilerini geliştirme, günceli takip etmek*** *için çalışmak önemli bir hekim için." (Kerem Bey, Hekim)*

"Şehir hastanesinde uzmanlarla daha çok çalıştığım için diğer branşlarda uzmanlar var, kendi çalıştığım acil biriminde uzmanlar var ***kendimi geliştirebiliyorum****, merak ettiğim şeyleri sorup* ***öğrenebiliyorum****. Veya bilmediğim bir konuda bana yardımcı oluyorlar veya kendimi orada geliştirebiliyorum... Mesela anlamadığım bir şey olduğu zaman o hastanedeki nöbetçi uzmana böyle bir şey var ne yapabilirim? En azından fikir alabiliyorum.* ***Mesleki açıdan da bir şeyler öğrenebiliyorum. Kendimi geliştirebiliyorum.*** *" (Zeynep Hanım, Hekim)*

*"****Mesleki gelişimim ve deneyim kazanmam*** *açısından mutluyum.* ***Kendimi burada geliştirmem lazım****. Yani zorluk göreceksem bu günlerde görmeyi tercih ederim." (Elif Hanım, Hekim)*

"Hedefim şöyle insanlara ve arkadaşlarıma ***bilgimi, becerimi aktarabilmek ve onlardan öğrenerek gelişmek*** *..." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"****Mesleki olarak kendimi sürekli güncelleyebiliyorsam*** *ve bunları* ***arkadaşlarıma aktarabiliyorsam*** *başarılı hissediyorum.* ***Arkadaşlarım danıştığında onlara yardımcı olabiliyorsam*** *mutlu oluyorum. ... Diğer aynı branştan arkadaşlar* ***sorunlarını bana gelip soruyorsa,*** *ben kendimi o hastanede başarılı hissediyorum." (Lina Hanım, Hekim)*

- **Mesleğin Manevi Yönü**

Katılımcılara göre, sağlık sektöründe görev yapmanın manevi yönü ve manevi olarak kazançları bulunmaktadır. Mesleğin manevi yönü teması altında "mesleki tatmin" ve "mesleki saygınlık" alt temaları belirlenmiştir.

- **Mesleki tatmin**

Katılımcılar insanlara yardımcı olmanın, hastaların iyileşmesinin, hayat kurtarmanın getirdiği mutluluk ve mesleki tatminin paha biçilemez olduğunu ifade etmektedirler. Sağlık sektöründeki şiddet, çalışma koşulları, özlük hakları ve maddi beklentileri ikinci plana atarak mesleğin manevi yönüne, mesleki tatmin ve hazzına odaklandığını belirten katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"İnsanlara **yardımcı olmanın getirdiği tatmin bambaşka**. Mesleğimiz bunu sağladığı için çok şanslıyım." (Eslem Hanım, Hekim)*
>
> *"**Hastaların iyileştiğine yönelik geri dönüşlerin** mesleki olarak sağladığı **tatmin ve mutluluk paha biçilemez**." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*
>
> *"Bütün düşüncem, isteğim **insanlara faydalı olabilmek** ve ne kadar faydalı olabilirsem, benim için o kadar **sevindirici ve mutlu edici bir şey**. **Hayat kurtardığım** zaman onun **mutluluğunu** inanın günlerce atamıyorum. Yani bu takdir edilsin edilmesin. Bence çok güzel bir şey. Bu da bana **mesleki anlamda doyuruculuk** veriyor." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*
>
> *"Hiç bir zaman çok para kazanmadım ben. Ama görülen bir şey vardı; mesleki saygınlık ve yaptığınız **işten aldığınız tatmin**. Çünkü **birinin bir şikayetini geçirmek**. Hani bir evin tesisatındaki arızayı gidermeye benzemiyor bak. **Verdiği tat başka**." (Lina Hanım, Hekim)*
>
> *"... işimi mümkün olduğunca severek yapmaya çalışıyorum. Her ne kadar moralimizi bozan sağlıkta şiddet, özlük haklarımız ya da maddi kazancımız belli bir düzeyin altında olduğu gerçekleri olsa da bunları arka plana alarak ben hekim olduğumu, maddi beklentileri arka planda tutup, bu işi **insan yararına, insan faydasına** olan kısmının daha önem vererek işimi yaptım. **Mesleki tatmine,** yani **mesleki hazza** odaklanarak bu işi yapmaya çalışıyorum. (Kerem Bey, Hekim)*
>
> *"Beni en mutlu eden ve yaptığım işte huzurlu kılan, kapımdan içeriye gelen kişilerde güler yüzle giriyorsa benim için bu yetiyor. Ama insan bazen yüz kişiye bakar, doksan dokuzunda istediği yanıtı alamaz ama bir kişi kalbine dokunur. Hala o mesleği yapmaya devam eder. Yani **meslekte güzel yönleri gördükçe,** bakış açımız hala olumlu. Yani çoğunluğun bakış açısı olumlu. Hep maddi olarak nitelendirilse de **mesleğin bir yanı biz gene manevi yönündeyiz**." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"Hasta huzurluysa, benim için kriter bu. Hasta iyileştiyse değil. Her hastalık iyileşmez. Hasta huzurluysa, çalışanında iç huzuru varsa, biz bunu başarmışızdır, olmuştur. Kronik hastalıklarda hasta iyileşmeyeceğini bilir ama sizden aldığı hizmetin doğru olduğuna ve elinizden gelenin tamamını yaptığınıza inanırsa o hasta huzurlu olur. Der ki herkes elinden geleni yaptı ama işte benim yaşamam gereken süreç bu. Kronik hastalarda genelde böyledir. Sağlık çalışanı da **eğer elinden gelenin tamamını yaptığını düşünüyorsa onunda iç huzuru olur.** Yoksa mutlaka insanın içini bir şey oyar. O rahatsız edici duygu insanı sürekli oyar. **İki tarafta da huzur varsa biz o işi başarmışızdır**. Yoksa iyileşmek iyileşmemek kriterim değil." (Defne Hanım, Hemşire)*

- **Mesleki saygınlık**

Katılımcılar mesleklerinin cezbedici noktası olarak, mesleki saygınlık, toplumdaki saygınlık, tercih edilen doktor olmak ve gelen hastaların başkalarına tavsiye etmesi olduğunu ifade etmektedir. Mesleki saygınlık ve itibarı vurgulayan katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Hiç bir zaman çok para kazanmadım ben. Ama görülen bir şey vardı;* ***mesleki saygınlık*** *ve yaptığınız işten aldığınız tatmin." (Lina Hanım, Hekim)*
>
> *"Bir hekim olarak hocam mesleğe başlarken en temel hedefimiz gerçekten bu işi sevmek. Yani* ***kariyer olarak hekimliğin cezbedici noktası, toplumdaki saygınlığı.*** *Bunları benimseyerek hepimiz başladık yola çıktık. Ben hala aynı yolda, aynı duygularla devam ediyorum. Bazı münferit olaylar moral bozsa da toplumdaki saygınlığının azaldığını bilsek te yönetimden, sisteminden çoğu zaman destek görmesek te bunları da biliyoruz." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"Ayrıca hastaya davranışım, yaklaşımım ve uyguladığım tedaviyle* ***hizmet verdiğim hastanede ilde tanınmamı sağlıyor.*** *Bir hekim tanındıkça* ***hastaların tercihi*** *haline gelebiliyor. Benim için önemli olan* ***tercih edilen bir doktor olmak****." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*
>
> *"Hasta bir sonraki geldiğinde memnuniyetini dile getiriyorsa, kendimi başarılı hissediyorum. Hasta bana ikinci kez çağırdığımda gelip ben memnun kaldım diyorsa, birde başka bir hasta ben işte* ***falancanın önerisiyle geldim*** *diyorsa, doktor olarak kendimi başarılı hissediyorum." (Lina Hanım Hekim)*

4.2.2. Devlet Kurumsal Mantığı

Şehir hastanelerinde devlet kurumsal mantığı, "Vatandaşın Sağlık Hizmetine Erişimi", "Mevzuata Uyum" ve "Devlet Adabı" olarak uygulamalara yansımaktadır. Katılımcılar, şehir hastanelerinde devlet kurumsal mantığının Türkiye Cumhuriyeti'nin her vatandaşının sağlık hizmetine erişiminin mevzuata ve devlet adabına uygun bir şekilde sağlanmasına odaklandığını ifade etmektedirler.

- **Vatandaşların Sağlık Hizmetine Erişimi**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde vatandaşların ihtiyaç duyduğu kaliteli, konforlu ve bütüncül sağlık hizmetine eşit koşullarda, ayrımcılığa uğramadan, hızlı ve zamanında erişiminin sağlanması amaçlandığını ifade etmektedir. Şehir hastanelerindeki temel amacın, vatandaşın doğuştan gelen bir hak olan ve ihtiyaç duyduğu her türlü sağlık hizmetine erişiminin sağlanması olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Sağlık hizmeti almak insanların* ***doğuştan elde edilen bir haktır****. Bu nedenle* ***tüm vatandaşların sağlık hizmetine eşit koşullarda erişiminin sağlanması*** *bir başarıdır." (Ebrar Hanım, Hemşire)*
>
> *"Mümkün olduğunca* ***ülkemiz ve insanımız için kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda*** *elimizden gelenin en iyisini her şartta ve her durumda yapmaya çalışıyoruz. Biz hekimler olarak hangi hastanede çalıştığımız önemli değil. Her koşulda hizmet vermeye*

çalışıyoruz. Bugün şehir hastanesi olur yarın başka bir hastane olur. Anlatabiliyor muyum?" (Aras Bey, Hekim)

*"Yüksek hizmet standardını yakalamak. Kaliteli ve verimli hizmet sunabilmek, işimin temel odak noktasıdır. Esas olarak; adil bir yöneticilik, kişiden kişiye değişmeden karar verebilmek ve bununla birlikte **kimsesi olmayanların kimsesi olabilmek.** Benim şehir hastaneleri ile ilgili başarı kriterim **şimdiye kadar verilememiş hizmetlerin verilmesini sağlamak**. Örneğin devlet hastanesi olarak anjiyo yapamıyorduk. Artık anjiyo birimimiz var. Şimdi anjiyo yapabilir hale geldik. Bypass ameliyatları yapılamıyordu. Şimdi kalp merkezimizde bypass ameliyatları yapılabiliyor. Çocuk yoğun bakımımız yoktu. Artık çocuk yoğun bakımımız var ve çocuk yoğun bakım uzmanımız da var. Bununla birlikte onkolojik hastalar göz önünde bulundurulduğunda Pet-CT olmayan bir tetkikti, artık şehir hastanemizde var. **Artık hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti burada tek bir merkezden verilebiliyor.** Benim için başarı kriterim **başka hastaneye sevk etmediğimizde,** bize gelen **hastaların derdini burada çözebildiğimizde,** başarılı olarak kendimi ve hastaneyi görüyorum." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti **ihtiyaç duyduğu anda, hızlı bir şekilde** alması benim için başarıdır. Hastaların **zamanında hizmet alması** çok önemli. Bunun için gerekli önlemleri alıyoruz" (Masal Hanım, Kamu yöneticisi)*

*"**Vatandaşların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti için uygun koşulları oluşturmaya** ve sağlık personeli için uygun tedavi vermesi için **gerekli altyapıyı oluşturuyoruz**." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"**Hiçbir vatandaşa karşı ayrımcılık yapmadan, tüm vatandaşlarımıza eşit sağlık hizmeti sunmak,** bizim odak noktamızı oluşturuyor. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan **her vatandaşımızın hastanelere erişiminin kolaylaştırılması**, otel konforunda hizmet alması bizim önceliğimizdir. Ülkenin her yerine **bütçenin elverdiği ölçüde, mevzuat çerçevesinde sağlık hizmetini yaymaya** çalışıyoruz. ... Hastanın hastaneye en kısa zamanda ulaşabilmesi, hastanın ihtiyacı olan sağlık hizmetinin **en kısa sürede** sunulmasıdır. Burada öncelikli olan hastadır yani. Hastanın **hızlıca randevu alabiliyor olması, istediği şekilde muayenesini olabiliyorsa** gerek laboratuvar olsun gerek görüntüleme olsun **zamanında** çektirebiliyorsa, **hızlıca bir sonuca ulaşabiliyorsa,** en büyük kriter bu olmalı bence." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"Şehir hastanelerin kurulmasındaki en temel amaç sağlık hizmeti sunmak. Ama onun bir arka planında **devlet vatandaşına daha iyi hizmet sunmak** var bence." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Şehir hastanelerinde bütün hizmetlerin bir arada olması, bir çok hizmeti bir arada verebilmek, son teknolojileri kullanabilmek **vatandaşın sağlık hizmetine erişimi** açısından faydalı olacaktır." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Mevzuata Uyum**

Katılımcılar kanun, yönetmelik, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde sağlık hizmeti sunmaya çalıştıklarını ifade etmektedirler. Katılımcılar, sağlık hizmeti sunum sürecinde ilgili mevzuatın belirleyici olduğunu şu ifadelerle aktarmışlardır:

*"Bu ülkenin bayrağı altında çalışıyorum. Dolayısıyla bu **ülkenin hekimler için çizmiş olduğu sınırlara riayet etmeye çalışıyorum**. Sonuçta devlet hekimlerin yetişmesi için önemli yatırım yapıyor. Bunun karşılığını bir hekim olarak üstüme düşen sorumluluğu yerine getirmem gerekiyor. Ben hekimliği bir kamu görevi olarak görüyorum. Bu **vatan***

için önemli bir görevi yapıyorum. *Bunu yaparken de* ***kanunlara uygun bir şekilde*** *yapıyorum." (Kerem Bey, Hekim)*

"Sonuçta biz sağlık personeli olarak bir kamu hizmeti sunuyoruz. Dolayısıyla işimizi yaparken bizi bağlayıcı olan ***resmi kurallar*** *dışına çıkmamız mümkün değil.* ***Kurallar bağlayıcı oluyor****." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

"Normal devlet kültürünün, ahlakının getirdiği her şeye dikkat ediyoruz. Devlet ahlakı neye elverişliyse, neyi öngörüyorsa, devlet adabı, ***devlet mevzuatı*** *neyi öngörüyorsa, burada da onu aynen devam ettiriyoruz. Bir kamu personelinin çalışma şeklini, çalışma değerlerini ve ilkelerini devlet adabı, devlet kültürü ve* ***mevzuat*** *oluşturmaktadır. Bu nedenle devletin personeli olarak* ***mevzuat dışına çıkmamız mümkün değildir****." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

"İşim şehir hastanesinde görev yapan bir yönetici olarak ***kanun, yönetmelik yani mevzuata uygun bir şekilde sağlık hizmetinin sunulmasını sağlamak*** *diyebilirim. Odak noktam işimi yaparken açıkçası* ***devletin bütçesini, kanunlar çerçevesinde*** *vatandaşın sağlık hizmetini alması için uygun koşulları hazırlamak için kullanmak." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

"Bağlı bulunduğum temel ilkeleler, ***mevzuat başta olmak*** *üzere Bakanlığımızca belirlenen hedefler doğrultusunda vatandaş odaklı bir hizmet vermeye çalışıyorum." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*

"Bireysel olarak devletin çıkarmış olduğu ***kanun, yönetmelik vb. mevzuatlara uyma****, kamu hizmeti sunma bilinciyle devlet adabına ve ahlakına uygun davranmak zorundayız. Biz burada devleti temsilen görev yapmaktayız. Dolayısıyla* ***kanun dışına çıkmamız mümkün değil****.* ***Kanunlar çerçevesinde*** *bir hak olan sağlık hizmetinden tüm vatandaşların eşit bir şekilde yararlanmasını sağlamak, bizim için başarı kriteridir diyebilirim." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

Katılımcılardan Ömer Asaf Bey, özellikle kamu görevlilerinin Sayıştay denetiminden korktukları için inisiyatif alamadıklarını, mevzuat dışına çıkmadıklarını şu şekilde ifade etmektedir:

"… kamunun en büyük korkusu ne biliyor musunuz? ***Sayıştay denetimi****. Yarın bir gün işte* ***Sayıştay*** *geldiğinde, bunu niye böyle yaptın, bunu niye şöyle yaptın dediği için inisiyatif alamıyorsunuz. Eliniz kolunuz bağlı. Dolayısıyla kamu olarak uymamız gereken* ***kurallar, kanunlar, yönetmelikler*** *var. En ufacık şey* ***tutanak altına tutulup****, ilgili yerlere* ***resmi yollarla*** *iletiliyor." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Katılımcılardan Lina Hanım ise hekimler açısından bir değerlendirme yaparak, hekimlerin Malpraktis davalarında sıkıntı yaşamamak adına hastalarla ilgili süreçler olmak üzere tüm süreçleri yazılı hale getirme çabasında olduklarını şu şekilde ifade etmektedir:

"Şimdi ben iki üç yıldır çalışmıyorum nerden baksan on sekiz yıldır poliklinik yapıyorum. Çok belirgin bir değişme olduğu için otomatikman kendi güvenliğim odak noktam. Yani ***hastanın dosyasına neyi ne kadar yazdım. Her şeyi detaylı yazdım mı, söylediğim her şeyi yazdım mı?*** *Öncelikle ona odaklanıyorum ben. Sonradan hani başıma bir şey gelmesin. Eskiden daha az yazardım. Şimdi daha çok yazıyorum. Çünkü şimdi* ***bizim kongrelerde bile artık hukuk kursları*** *var. Dernek avukatları bize kısa kısa kurslar yapıyor.* ***Malpraktis davaları*** *ile ilgili bilirkişilikle ilgili vs. orda söylüyor avukatlar yazın sözel olarak hiç bir şey olmaz her şeyi yazın. İlerde bir sorun olduğunda o size şey olacak kanıt olacak diye. Esas sebebi bu." (Lina Hanım, Hekim)*

- **Devlet Adabı**

Katılımcılar, vatandaşın sağlık hizmetine erişimin sağlanmasında mevzuata uyumun yanı sıra devlet adabına, kültürüne uygun davranmanın öneminden söz etmektedirler. Katılımcılar kendilerinin devleti temsil ettiklerini, kamu hizmeti sunduklarını ve bu bilinçle davranmak, devletin, milletin değerlerine bağlı kalmak zorunda olduklarını ifade etmektedirler. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Normal **devlet kültürünün ahlakının** getirdiği her şeye dikkat ediyoruz. **Devlet ahlakı** neye elverişliyse neyi öngörüyorsa **devlet adabı, devlet mevzuatı** neyi öngörüyorsa burada da onu aynen devam ettiriyoruz. Bir kamu personelinin çalışma şeklini, çalışma değerlerini ve ilkelerini **devlet adabı, devlet kültürü ve mevzuat** oluşturmaktadır. Bu nedenle devletin personeli olarak mevzuat dışına çıkmamız mümkün değildir." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

> *"Bireysel olarak devletin çıkarmış olduğu kanun, yönetmelik vb. mevzuatlara uyma, **kamu hizmeti sunma bilinciyle devlet adabına ve ahlakına uygun davranmak zorundayız.** Biz burada **devleti temsilen görev yapmaktayız**. Dolayısıyla kanun dışına çıkmamız mümkün değil. Kanunlar çerçevesinde bir hak olan sağlık hizmetinden tüm vatandaşların eşit bir şekilde yararlanmasını sağlamak bizim için başarı kriteridir diyebilirim." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

> *"Bu **ülkenin bayrağı altında çalışıyorum** dolayısıyla bu ülkenin hekimler için çizmiş olduğu sınırlara riayet etmeye çalışıyorum. Sonuçta devlet hekimlerin yetişmesi için önemli yatırım yapıyor. Bunun karşılığını b**ir hekim olarak üstüme düşen sorumluluğu yerine getirmem gerekiyor**. Ben **hekimliği bir kamu görevi olarak** görüyorum. Bu **vatan için önemli bir görevi** yapıyorum. Bunu yaparken de kanunlara uygun bir şekilde yapıyorum. ...* Temel ilkelerimden biri de ***milletimin, vatanımın, devletimin değerlerine bağlı kalmak diyebilirim**." (Kerem Bey, Hekim)*

4.2.3. Şirket Kurumsal Mantığı

Katılımcılardan elde edilen görüşler doğrultusunda, şehir hastanelerinde şirket kurumsal mantığı "İş Bölümü ve Görev Tanımları", "Denetim Mekanizmaları", "Verimlilik", "Şirket Kültürü", "Yatırımın Karşılığını Alma" ve "Sözleşmeye Uyum" olarak uygulamalara yansımaktadır.

- **İş Bölümü ve Görev Tanımları**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde şirkete bırakılan tüm hizmetlerde ayrıntılı iş bölümü ve görev tanımları yapıldığını ve şirket personelin görev tanımı dışına kesinlikle çıkmadığını ifade etmektedirler. Şehir hastanelerinde, çok ayrıntılı iş bölümü ve net görev tanımlarının olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Her işin nasıl yapılacağı, kimin yapacağı net bir şekilde belirlenmiş**. Personelin nerden geleceği, nasıl olacağı, eğitiminin ne olacağı ne sürelerde eğitim alması gerektiği gibi **her meslek grubu için ve her iş için çok ayrıntılı tanımlamalar var**." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Şirketin sözleşme ve yöntem beyanına göre **her personelin görev tanımı** var. Şirket çalışanları bu **görev tanımlarının** dışına kesinlikle çıkmıyorlar. Aldıkları talimat bu yönde. Mesela ameliyat sonrası dezenfektan ekibi başka bir ekip, temizlik ekibi başka bir ekip, hastayı getiren başka bir ekip, götüren başka bir ekip. … Şunu diyebiliyor ben şirket elemanıyım **bu benim görevim değil** diyebiliyor. Ama mesela devlet hastanesinde insanlar işi olmadığı halde bile o işleri yapabiliyordu. Ama burada **kişinin işi neyse o işi yapıyor sadece.** Başka ekstra bir iş yaptıramıyorsunuz" (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Orada genel olarak şöyle bir şey var. **Her konunun farklı bir çalışanı var**. Oda destek elemanı dediğimiz eleman, hastaların bakımına yardımcı oluyor. Temizlik elemanı, kliniğin temizliğinden sorumlu, taşıma için farklı bir grup var. Onlarda sadece hastaları bir yerden bir yere taşıyor. İşte röntgeninden tutun da tomografisinden tutun da bir yere konsültasyona gidilecek, EMAR'a gidilecek, ekoya gidilecek gibi bütün bu hastaların döngüsünü taşıma elemanları sağlıyor. … **Görev tanımları var**. O **görev tanımları** onlar açısından **çok net**." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"**İş bölümü ve görev dağılımı** var hastanede. Kim kimin ne iş yaptığını çok iyi biliyor. O cihaz arızalandığında kimin müdahale edeceğini çok iyi biliyor. Hasta huzursuzluk çıkardığında güvenlik sisteminin devreye gireceğini biliyoruz. Hastane belirli bir süre sonra tabiki oturdu. Şu anda **kimin ne iş yaptığı görev dağılımı her şey çok net** bir şekilde belli." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Açıkçası özel taraf çok daha net. **Görev tanımları çerçevesinde neler yapılacağı belli** onların. **Görev tanımları net**. Şirket çalışanları **görev tanımında yoksa yapmıyor**." (Elif Hanım, Hekim)*

*"**Bütün birimler ayrı ayrı**. Yani temizlik birimi ayrı, taşıma birimi ayrı, güvenlik birimi ayrı, yönlendirme ayrı. Mesela taşıma birimi hastaları taşıyor, ilaçları taşıyor, kan örneği taşıyor, eczaneden ilaç taşıyor. Yani bütün taşıma ile ilgili bütün işleri **sadece bu birim yapıyor**." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Tabi şehir hastanesinin sistemi çok farklı. **Her bir iş en küçük parçasına kadar tanımlanmış.** Temizlikçin ayrı bir eleman, taşıma için ayrı bir eleman, hastaya bakmak için oda destek adı verilen ayrı bir eleman, yönlendirme için ayrı bir eleman var. Hatta yüzeysel temizlik yapan ile detaylı temizlik yapan eleman bile ayrı" (Ömer Asaf Bey, Hekim)*

*"Her iş için yetiştirilmiş personelimiz var. **İş ayrımı çok net bizde.** Her işin sorumlusu yani yöneticisi de ayrı şirket tarafında. Bizim tarafta her bloğun sorumlu yöneticisi var. Yani temizlik yöneticisi ayrı, güvenlik yöneticisi ayrı, taşıma yöneticisi ayrı. Her bloğun ayrı bir yönetim ekibi var yani." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Denetim Mekanizmaları**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde işlerin, süreçlerin ve şirket personelinin hem şirket hem de kamu tarafından çok sıkı bir şekilde denetlendiğini ifade etmektedir. Katılımcılara göre, kamu yöneticileri şirketin sözleşmeye ve yöntem beyanına göre üstlendiği işleri yerine getirip getirmediğini denetlerken, şirket ise sözleşme ve yöntem beyanına göre üstlendiği işlerde ceza yememek için herhangi bir aksamanın olmaması için çok sıkı denetim yapmaktadır. Gerek sistem üzerinden gerek sahadaki yöneticilerle sürekli denetim yapıldığına yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"**Şehir hastanelerinde denetim çok fazla**. Bir tane büyük bir şirket var ve şirketin altında alt şirketler var. A şirketi, B şirketini denetliyor. B şirketi, C şirketini denetleyip cezasını*

*kesebiliyor. Bu noktada, **sürekli bir denetimleri söz konusu** olduğu için zaten sıkıntı yaşatmıyorlar." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"**Sözleşmeye mutlak uyum gösteriyoruz.** Bunu **denetleyen hem şirket hem kamu yöneticileri var.** Kamu tarafının yöneticileri hizmet sağlıyor muyuz sağlamıyor muyuz bu kesinlikle denetleniyor. Ve bizim yöneticilerimizde hizmetin sağlanıp sağlanmadığını yani kendi tarafını **sıkı bir şekilde denetliyor.**" (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"**Bir devletin var, bir de şirketin denetim ekibi var.** Yani **takip daha fazla**, detaylar daha fazla. Örnek veriyorum, bir devlet hastanesindeki denetimle bir şehir hastanesindeki denetim bir değil. Şöyle mesela devlet hastanesinde bir personel başıboş kafasına göre gezebiliyor. Ama şehir hastanesinde böyle değil. **Çok farklı denetim mekanizmaları var. Birden fazla denetim ekibi var. Öyle söyleyeyim. Daha disiplinli bir ortam var diyebilirim aslında**. ... Bizim mesela şöyle söyleyeyim, **yaptığımız işleri takip ettiğimiz bir sistem var**. Ya da işte yıl sonunda ne derece başarı elde etmişiz? neleri kat etmişiz? nereleri es geçmişiz? Bunları takip ettiğimiz sistemlerimiz var. İşte oda kontrolleri olsun ya da işte hasta memnuniyetleri olsun. Bunları takip ettiğimiz sistemlerimiz var. Bunlar sonucunda sayısal veriler dökülüyor. Ay sonunda ne kadar çok hastanın memnuniyetini kazanmışız. **Disiplini sağlamak yani kaliteli bir hizmet vermek istiyoruz. İster istemez takibini yapmamız gerekiyor.** ... Sabah vardiyasında saat 7:30'da vardiya başlıyor. İçtima alıyoruz, vardiya dağılımı, görev dağılımı yapıyoruz. Hangi personel hangi alanda çalışacak, her sabah mutlaka içtimada bildiriliyor. İçtima sırasında, personelin kılık kıyafeti olsun, ondan sonra işte, ayakkabısı temiz mi, tırnakları temiz mi, tırnağını kesmiş mi, üzerinde gereksiz eşya var mı, görev tanım kartını yakasına takmış mı? Çünkü görev tanımımız bizim yakamızda her zaman asılı oluyor. Bunlar **kontrol ediliyor.** Sonrasında gönderileceği alan, hangi alanda çalışılacağı beyan ediliyor. Sonrasında personeller alanlara gönderiliyor." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Ayrıca çok çalışan olduğu için **yönetimi ve denetimi kaybetmek istemiyoruz** diyorlar." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"**Şirket tarafı işlerin aksamasını istemiyorlar**. Çünkü aksadığı zaman 911'den şikâyet açılabiliyor. 911 nereye bağlı bilmiyorum ama sanırım üst düzey yöneticilere bağlı ki oradan çok çekiniyor insanlar. Oradan şikâyet yememek için işlerini bir an önce yapmaya çalışıyorlar. Aksaklıklar genelde yaşanmıyor. Mesela ben birkaç personelde çalışmalarından dolayı şirket personeline teşekkürde bulunmuştum. Bu üst yöneticilere kadar gitmiş. Bana da bunun teşekkürü geldi, biz size teşekkür ederiz diye. Böyle dönüşleri oluyor. **Her şey, her süreç sistem üzerinden takip ediliyor.**" (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

- **Verimlilik**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde şirketin verimlilik odaklı hareket ettiğini ve bunun toplantılarda, kararlarda, süreç içerisindeki uygulamalarda çok net bir şekilde görüldüğünü ifade etmektedirler. Şirketin verimlilik amaçlı özellikle personel ve malzeme verimliliği ile ilgili uygulamalarına yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Bakış açısındaki farklılıklar toplantılarda çok net hissediliyor. Bir çok sorun toplantılarda müzakere edilerek çözülmeye çalışıyor. Düzenlemeler ve düzeltmeler için belli konularda sonuçta ortak çalışıyoruz. Onlar tamamen özel bakıyorlar. Mali bakıyorlar. Yani kâr, zarar, maliyet, **verimlilik çok önemli** hani direk özel bakıyorlar." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Şirket maddi olarak düşünüyor. **Ne kadar az masrafla ben burayı kullanabilirim**." (Nehir Hanım, Kamu yöneticisi)*

*"Burada kamu özel işbirliğinin olması, otelcilik hizmetleri gibi, temizlik, güvenlik, çamaşırhane hizmetlerine **çok daha fazla verimlilik getirdiğini** gördüm. Çünkü oradaki **insanlar verimli çalışmaları gerektiğinin farkındalar**. Bu açıdan kamu özel işbirliği olan şehir hastanelerini ben **verimli olduğunu düşünüyorum**. ... Özel sektör şehir hastanelerine çok ciddi yatırım yapmış durumda. Bu yatırımın karşılığını almak için **verimli çalışmak mecburiyetinde**. Dediğim gibi özel sektör olduğu için **verimlilik çok ön planda** olduğu için özel sektörde verdiği paranın karşılığını almakta çok istekli oldukları için bu açıdan ben kamu özel işbirliğini çok anlamlı buluyorum." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

Şehir hastanelerinde şirket tüm iş ve süreçlerde personel verimliliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Personel verimliliğinin sağlanması için sıkı denetim, rotasyon ve havuz sistemi gibi uygulamaların olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Özel sektörün bakış açısı; **verimli çalıştırmak** personeli, **daha az kişiden maksimum verim almak**. Şimdi her birime personel vermektense **merkeze toplayıp** hem görev taleplerini göreyim hem de her personel her yere yetişsin. Öbür türlü **her birime personel verse atıl kalabilir** gibi bir bakış açısı var." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"Özel sektör **personelin verimliliği için rotasyon ve havuz sistemi uyguladıklarını** söylüyor. ... Patronlar **az personelle çok iş yaptırayım**, hemen döndüreyim işi kafasındalar. Yani genel amaç sanıyorum elamanları en iyi şekilde değerlendirip **daha az elemanla daha çok iş üretmek üzerine kurulu bir sistemleri** var. (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Şirket **personel havuzu uygulamasını personel verimliliğini sağlamak ve maliyeti düşürmek için oluşturulduğunu**, yöntem beyanında da bulunduğunu söylüyor." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Şöyle bir şey var. Bizim devlet hastanesinde yirmi tane personelin yapacağı işi burada üç tane personel yapabiliyor. **Personel verimliliği** açısından şirketin sistemi başarılı." (Alparslan Bey, Hekim)*

*"... kaç hastaya, nasıl bir alana **ne kadar personel bulunduracağına kadar hesaplamalar** var." (Asel Hanım, Hemşire)*

Şehir hastanesinde özel sektör yöneticisi olarak görev yapan Eymen Bey ve Zümra Hanım'ın malzeme verimliliğinin sağlanmasına yönelik görüşleri şu şekildedir:

*"Şirketin kullandığı malzemeler özellikle sarf **malzemeler günü gününe takip ediliyor**. Günlük hangi alana ne verildi belirlenerek gidiliyor. Belli, yani diyor ki adam üç paket diyet liste vermem gerekiyor. Veriyorsun, bunun gideri bu kadar bunun gideri bu kadar. Yani dediğim gibi **gideri azaltarak gelir sağlamaya çalışıyorsun** bir yerde de." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"İşte peçete olsun, tuvalet kâğıdı olsun, ne kadar ihtiyaçları varsa depodan temin ediyorlar. **Günlük dağıtım yapılıyor**. Üç vardiyaya da sarf malzeme dağıtımı yapılıyor. Zaten belirli dönemlerde, örnek veriyorum haftalık ya da on beş günde bir analiz yapılıyor. Örnek veriyorum bir kadın doğum bloğuyla bir kalp damar hastanesinin ihtiyacı aynı değil. Şimdi bizde altı tane blok var. Her birinin ihtiyacı da aynı değil. Bizde mesela peçete tüketimi çok fazla oluyor. Kadın doğum bloğu olduğumuz için. Ona göre bir analiz oluşturuyor. Ana depomuz var. Onunla anlaşma yapılıyor. Ben bu ay veya bu hafta 83 koliyi Z katta kullanacağım diyor. Benim ihtiyacımı ancak karşılıyor diyorum. 12 koli tuvalet kâğıdı beni karşılar diyorum. O şekilde ilerliyoruz. **Tüm bu uygulamalarda asıl amaç verimlilik**. Çok büyük hastaneler olduğu için **malzemenin verimli kullanımını sağlamak gerekiyor**." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Şirket Kültürü**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde şirketin sürekli eğitim vererek çalışanlarına ortak bir bakış açısı, standart ve disiplinli bir çalışma, kaliteli ve özenli hizmet, kişilerden bağımsız sistem oluşturma gibi uygulamaları ile örgüt kültürü oluşturmaya çalıştığını ifade etmektedir. Şirketin örgüt kültürü oluşturmaya yönelik uygulamalarına ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şirkette kaliteli, özenli hizmet, sıkı denetim, memnuniyet, tam zamanında hizmet, net görev tanımları, yöntem beyanına bağlılık, sürekli eğitim gibi önceliklerimiz var. Bu önceliklerle aslında **bir şirket kültürü oluşturmaya çalışıyoruz**. Bu kapsamda sürekli eğitimler verilmekte. Oryantasyon için ilk önce tanıtım yapıldı. Yani bina tanıtımı yapıldı. Sonrasında kullanmakta olduğumuz uygulamaların eğitimleri verildi. Talep oluşturma sistemi hakkında eğitimler verildi. Görev tanımlarına yönelik eğitimler aldık. Sonrasında insanlara nasıl dokunuruz, insanı nasıl kazanırız bunun üzerine bir eğitim aldık. Kişisel gelişim eğitimleri aldık. **Ortak bir kültür oluşturduğumuzda** başarılı olmamız daha kolay olacak diye düşünüyorum." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"... özel şirket olduğu için **sürekli eğitimlerimiz var**. Zaten personel işe başlarken ve işe alındıktan sonra **belli bir süre eğitimden geçiriyorlar**. Mesela şirkette işe girenler hem ilk başta bir eğitimden geçiyorlar. Sonrasında düzenli olarak sürekli eğitimler veriliyor. **Bir örgüt kültürü oluşturuluyor ki ben bu örgüt kültürünü çok önemli olduğunu düşünüyorum**. Nerede olursa olsun. İnsanlara **tek bir bakış açısı verebilmek,** belli bir kalite standardı verebilmek adına **bir örgüt kültürü oluşmasının** doğal buluyorum. Belki bunu bir kamu kurumunda yakalamak zor olabilir. Çünkü insanlar kendini garantiye aldığını düşündüğü için bazı noktalarda geri kalabiliyorlar. O açıdan dediğim gibi ben kamu özel işbirliğini doğru buluyorum. Yani hastalar açısından vatandaş açısından güzel bir sistem. Sürekli aynı şeyleri söyleyerek, **sürekli kurum kültürünü anlatarak**, sürekli hastalara veya müşteriye nasıl davranması gerektiğini anlatarak, insanlarda gerçekten **bir kurum kültürü oluşuyor**." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"**Çok fazla eğitim düzenlendi bize yönelik**. Yani benim almış olduğum **kırk küsur tane eğitim var**. Diksiyon üzerine, kişisel gelişim üzerine eğitimler alıyoruz. Kendi birimim eğitim vermeye devam ediyor. Hastanenin de ayrı ayrı personel eğitimlerinin devam ettiğini biliyorum. Ama biz kendimiz özelinde, birim olarak ciddi eğitimler aldık. Ve almaya devam ediyoruz. Bu anlamda **kişilere bağlı olmayan bir sistem oturtulmaya çalışılıyor. Önemli olan sistemin işlemesi**." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Devletteyken daha çok ikili ilişkilerle yani ben devletteki gözlemimi söyleyeyim; genelde böyle teknik işlerde işte teknik personeli cep telefonuyla aranıp burada sıkıntı var gibi gidiyordu iş. Burada **kişiyle değil sistem üzerinden muhatap** oluyorsunuz." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"Önceden tek personel hem taşımasını hem temizliğini yapıyordu. Tek kişiyle muhattab oluyorduk. O tek kişi de her yere yetişemiyordu haliyle. Şehir hastanesinde **kişiyle değil sistemle muhatap oluyorsun**. Sistem üzerinden talebi iletiyorsun ve talep sözleşmeye uygunsa belirlenmiş süre içerisinde yerine getiriliyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"**Ben bir çağrı açtığım zaman 10 dk içerisinde oraya personelin geleceğini biliyorum**. Ama önceden böyle bir şey yoktu. Ben işte ikili ilişkilerimi kullanaraktan işte Ayşe, Fatma şurayı temizleyebilir misin dediğim zaman; abla işte şuradayım, abi işte şuradayım, şunu yapayım, geleceğim, dedikten sonra kim bilir ne kadar bekleyeceğim." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

- **Yatırımın Karşılığını Almak**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde şirketin önemli yatırımlar yaptığını ve asıl amacının yapmış olduğu bu yatırımların karşılığı almak olduğunu düşünmektedir. Şirketin yatırımlarının karşılığını almak amacının uygulamalara yansıdığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Özel sektör şehir hastanelerine **çok ciddi yatırım yapmış** durumda. Bu **yatırımın karşılığını almak için verimli çalışmak mecburiyetinde**. Dediğim gibi özel sektör olduğu için, verimlilik çok ön planda olduğu için, özel sektörde **verdiği paranın karşılığını almakta** çok istekli oldukları için, bu açıdan ben kamu özel işbirliğini çok anlamlı buluyorum." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Bakış açısındaki farklılıklar toplantılarda çok net hissediliyor. Bir çok sorun toplantılarda müzakere edilerek çözülmeye çalışıyor. Düzenlemeler ve düzeltmeler için belli konularda sonuçta ortak çalışıyoruz. **Onlar tamamen özel bakıyorlar. Mali bakıyorlar.** Yani **kâr, zarar, maliyet, verimlilik çok önemli** hani direk özel bakıyorlar." (Asel Hanım, Hemşire)*

> *"Sözleşme dışına çıkamayacaklarını ve bu **değişikliklerin maliyetli olacağını** söyleyerek fiziki alanlarda değişiklik yapmıyorlar." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"Şirket ise sağlık hizmeti sunarken **maliyetlere ve karına odaklanmak** durumunda. ... Şirket, **kendi çıkarlarını korumak** istiyor." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

> *"Şirketin **yatırıma karşılık** kestiği faturalar vardır diye düşünüyorum. Rakamları ve şeyi bilmesem de. Bir hizmet veriyorum **hizmetin karşılığını alıyorum** diye düşünüyorum. ... **Kâr amacı olabilir**.... **Özel sektör yatırdığı paranın karşılığını almak amacı güdüyor**." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Sözleşmeye Uyum**

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde şirketin ve çalışanların en çok dikkat ettikleri, önem verdikleri hususlardan biri; KÖİ kapsamında imzalanmış olan sözleşme ve sözleşmeye bağlı oluşturulmuş yöntem beyanına mutlak bir şekilde uyum sağlanmasıdır. Şirketin sözleşme ve yöntem beyanı dışına çıkmadığını ve mutlak bir şekilde uyum sağlamaya çalıştığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Biz özel sektör olarak **sözleşmede taahhüt ettiğimiz hizmeti zamanında sunmak zorundayız**. En önemli amacımız bu. Sadece hizmet vermek değil zamanında yapmak önemli. Çünkü sözleşmede her hizmet için zaman sınırı belirlenmiş. **Sözleşmeye uymak en çok dikkat ettiğimiz konu**." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Bizim yöneticilerimiz var, kamu tarafının yöneticileri var ve **tabiki bir de sözleşme var**. Sözleşme kapsamında biz neleri sağlamamız gerekiyorsa onları sağlamamız gerekiyor zaten. **Sözleşmeye mutlak uyum gösteriyoruz.**" (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Firma görev tanımlarının esnetilmesinin **sözleşmeye aykırı olduğunu** söylüyor. Muhtemelen bu yapılan daha önceki taşınma sürecinden önceki sözleşmelerle bu iş kesinleşmiş. O sözleşmelerin dışına çıkılabilecek olsa eminim onlarda çıkarlardı. Hani bu konuda çok çaba gösterdiklerini biliyorum. Ama biliyorsunuz bu ortaklık anlaşması, kamu özel işbirliği ile yapılan ortaklık anlaşması. Küçücük bir talebiniz bile olduğunda eğer o **sözleşmede yoksa hani onu yaptıramadığınızı biliyorum**." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"**Sözleşme dışına çıkamayacaklarını** ve bu değişikliklerin maliyetli olacağını söyleyerek fiziki alanlarda değişiklik yapmıyorlar." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

*"Şehir hastaneleri kamu-özel işbirliği. Tabi **bu iş birliği sözleşmeyle kurulmuş** durumda. Sözleşmede her iki tarafın sorumlulukları açık net bir şekilde yazılı. Alınacak kararlarda **sözleşme bağlayıcı durumda**." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"... genellikle **sözleşmede ve yöntem beyanında ne yazıyorsa o uygulanıyor**." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Çalışanların görev tanımı dışındaki işleri yapmaları kesinlikle yasak olduğunu söylüyorlar. **Sözleşme dışına kesinlikle çıkmıyorlar**. Ama onlarda sanırım yeterince düzenlenmiş değil. Çünkü hep bir eksik var. Hep bir eksikler bizim tarafımızdan tamamlanıyor. Şirket çalışanları görev tanımında yoksa yapmıyor. **Sözleşmeye mutlak uyum var burada**. Böyle olunca bizler fedakarlıkta bulunmak zorunda kalıyoruz..." (Elif Hanım, Hekim)*

4.2.4. Piyasa Kurumsal Mantığı

Şehir hastanelerinde piyasa kurumsal mantığı "Kar Amacı", "Hastayı Müşteri Olarak Görme", "Hasta Memnuniyeti", "Hasta Sadakati" ve "Çalışma Koşulları" olarak uygulamalara yansımaktadır.

- **Kar Amacı**

Katılımcılar, sağlıkta dönüşüm ile birlikte başlayan sürecin KÖİ ile kurulan şehir hastaneleri ile birlikte kazanç sağlamanın ön plana çıktığını ifade etmektedir. Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde ortaklık yapılan şirketin sağlık hizmetleri sunumundaki amacı, kar elde etmektir. KÖİ'nin sağlık sektöründe uygulanmasıyla birlikte sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün kar elde etme amacının etkili olduğunu ve bunun uygulamalara yansıdığını düşünen katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Zaten uzun zamandır devam eden bir **özelleştirme uygulamaları** mevcut. **Şehir hastaneleriyle birlikte sağlık sektöründe de özel şirketlerin katıldığı bir sistem**. Sanırım bir çok ülke de bu sistemi uyguluyor. Bir de sanki devlet hastanelerinde birçok düzenlemeler yapılmaya çalışılıyor. İşte yöneticiler sözleşmeli atanıyor işte performans değerlendiriliyor, kalite çalışmaları yapılıyor, hasta memnuniyeti ön plana çıkıyor artık." (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Sağlıkta dönüşümün amacı da **sağlık hizmetinin özelleştirmeye götürülmesi**. Tam özelleştirilemese bile yarı özel hale getirilmesinin hedeflendiğini amaçlandığını düşünüyorum. Eski sağlık sisteminden özelleştirmeye doğru bir gidiş. Şu da var yani şehir hastaneleri devreye girdikten sonra hasta çekmek, **kazanç biraz daha ön plana çıktı**." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"Bir hizmet veriyorum. Hizmetin karşılığını alıyorum diye düşünüyorum. Yani özel firma olarak. Ki alıyoruz da. O yüzden **şirket kazanç sağlamak için girmiş olabilir. Kâr amacı olabilir**." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Özel sektörün amacı bellidir; **kar elde etmek**. Özel sektör **kar elde etmediği sürece** sağlık hizmeti sunumuna yanaşmaz. **Kar edemeyecekse neden yatırım yapsın**. Bu yüzden şirket, sağlık hizmeti sunarken **maliyetlere ve karına odaklanmak** durumunda." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

*"Özel şirket tarafı şehir hastanelerin kuruluş aşamasında devletle imzalanmış sözleşme dışına kesinlikle çıkmıyor. Çünkü **sözleşme dışına çıkılan her şey özel şirket için ekstra maliyet demek**. Haliyle **şirket maliyetlerin artmasını istemiyor**. **Şirketin tek bir amacı var** yaptığı yatırımın karşılığını almak yani **kar elde etmek**. Bunu yapabilmek için de sözleşmeye mutlak uyum gösteriyorlar. Maliyeti artıracak hiçbir talebi karşılamaya yanaşmıyorlar. Bu noktada sağlık hizmetinin aksaması, hastaların mağdur olması gibi unsurları bizim kadar gözettiklerini düşünmüyorum. Bunda verilen bazı garantiler de etkili olduğunu düşünüyorum. ... Hastanede hiç hasta olmasa da **belli bir kazancı olduğu için** özel iştirak, bizim gözettiklerimizi gözetmiyorlar." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"**Şirketin tek bir amacı var; para kazanmak**. Onlar buraya biz belirli bir para yatırdık bu paranın geri dönüşünü ne kadar artırırsak **ne kadar fazla kar elde edersek** veya **ne kadar maliyetleri düşürürsek kardır** şiarıyla hareket ediyor. Böyle olunca bazı çatışmalar, aksamalar, farklı düşünceler ortaya çıkması kaçınılmaz oluyor maalesef." (Nehir Hanım, Kamu yöneticisi)*

*"Ne olursa olsun günün sonunda **ticari bir işletme.** O **ticari işletme kar edebilmek için elinden gelen her şeyi yapacaktır**. Bende kamuyum, **kamunun kar etmesi için, ne kadar kar ederse o kadar iyi olacak. Kar için elinden geleni yapacak**. O yüzden ister istemez çatışmalarımız oluyor, yanlışlarımız oluyor, uyumsuzluklar oluyor, anlaşmazlıklar çok oluyor." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Hastayı Müşteri Olarak Görme**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde özellikle şirket tarafının hastaları müşteri olarak gördüğünü ifade etmektedir. Hastaların müşteri olarak kabul edilmesi sonucunda hasta isteklerinin karşılanması, memnuniyetin artırılması ve daha özenli davranılması gibi uygulamalar ön plana çıkmaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Şöyle söyleyeyim, hani **müşteri bilinciyle yaklaşıldığı için özel sektörde hastaya**, getirisi olacağı düşünüldüğü için, o yüzden biraz daha hassas yaklaşılıyor. Yani biz şirket olarak **hastalara müşteri bilinciyle yaklaşıyoruz**. Müşterinin memnun olması için daha fazla özen gösteriyoruz. Onların her şeyiyle ilgileniyoruz." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Şirket açısından baktığımızda 25 yıl boyunca hastane binası şirkete ait ve devlet kiracı durumda. Ayrıca şirket bazı hizmetleri yanı asıl iş dışında kalan işleri ücreti karşılığında hizmet veriyor. Bu anlamda **kamu tarafı bizim hizmet verdiğimiz ve memnun etmeye çalıştığımız bir müşteri aslında**. Elbette kamu tarafı bizim müşterimiz **bir diğer müşterimizde hastalar onların memnuniyeti bizim için çok önemli.** Sürekli aynı şeyleri söyleyerek, sürekli kurum kültürünü anlatarak, **sürekli hastalara veya müşteriye nasıl davranması gerektiğini anlatarak** insanlarda gerçekten bir kurum kültürü oluşuyor." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Sağlık çalışanları hastalara yardım edilecek kişiler olarak bakıyor. Bu nedenle sadece tedavi etmekle ilgileniyor. Ama bizim için **gelen kişi bir müşteridir**. Nasıl daha sonraki süreçte tekrar gelecek, memnun kalırsa doktorundan hemşiresinden veya hizmetlerden memnun kalırsa tekrar gelecek. Sana bir reklam, bir gelir sağlayacak. Hastanenin boş olmamasına neden olacak. Sen diyorsun ki; ben köyüme gittiğim zaman ben o hastaneden memnun kaldım. Diğer köydeki insanlarda buraya gelecek. **Bu nedenle özel sektör için müşteri bir yerde**. **Hasta demiyorsun müşteri.** Müşteri dediğinizde sizden hak talep edebilecek kişi gibi görüp, memnun etmeye çalışıyorsunuz. Ama hasta dediğinde hani bir hak talep etmesin, ben tedavi edeyim, daha ne istiyor gibi bir bakış açısı doğuyor. Yani aslında ben şöyle yorumluyorum. Nasıl lokantaya gidip parasını verdiğimizde, biz işte masayı siler misin, işte tabağın temiz gelmesini, bize iyi davranılmasını istiyoruz. Bir de*

aşevinde yemek yediğimizi düşün, yemek soğuk diyemiyorsun mesela. Veya yemeğin tuzu çok olmuş diyemiyorsun. ***Biraz ben özel sektör hastayı müşteri gibi görüp onu memnun etmeye çalışıyor işte.*** *Memnuniyet önemli. Özel sektör para kazanmaya bakar. Daha fazla hastaya sahip olmaya bakar. Bunun içinde ne yapması gerekiyor. Hastasına, gelen insanlara,* ***müşterisine daha iyi davranması*** *gerekiyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Sağlık personeli nezdinde, sağlık hizmetini sunanların gözünde hastalar tabiki müşteri değil. Bu çokta kötü bir tanımlama. Ama gerçeğe baktığımızda yani evet. Eğer performans sistemi üzerinden baktığımızda sen diyorsan ki baktığın hasta kadar, kazandığın puan kadar sana maaşının üstüne ödeme yaparım. Şu puanı tutturursan işte tavandan alırsın. Veya ben daha az hasta bakacağım diyorsan, işte daha az hasta bakıyorsan, daha az iş yapıyorsan, bu kadarda kalırsın diyorsan evet orda ***hastaya müşteri muamelesi yapmış oluyor*** *maalesef. Devlet sağlıkta dönüşümle birlikte getirdiği uygulamalar* ***hastaları müşteri gibi konumlanmasına*** *neden olmaktadır. Şehir hastaneleri ile birlikte şirketin dahil edilmesi* ***şirket hastaları zaten müşteri olarak görmektedir****." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"****Özel sektör müşteri olarak görüyor hasta olarak değil, direk müşteri olarak görüyor****. Aslında özel sektör, o kişinin sağlık hizmeti alıp almamasına değil, işte hızlı tedavi olup* ***memnun olmasına bakıyor.*** *Tabi ne kadar çok hasta bakarsan ne kadar çok hasta girişi olursa o kadar mutlu oluyorlar." (Göktuğ Bey, Hekim)*

"Özel sektör ***hastaları*** *diğer sektörlerde hizmet verdikleri* ***müşteriler gibi görmekte*** *ve buna göre hizmet vermektedir." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

"Özel sektör ***hastaları müşteri olarak*** *görür. Yani kar elde etmek için müşteri memnuniyetini en üst düzeye çıkarmaya çalışırlar. Bu özel sektörün doğasında var. Yadırgamamak lazım. Sağlık hizmetini, bir ticaret gibi görüyor sonuçta." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

- **Hasta Memnuniyeti**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde hasta memnuniyetinin en önemli öncelik haline geldiğini düşünmektedir. Özellikle, şehir hastanelerinde işbirliği yapılan şirket tarafının hasta memnuniyetini çok önemsediğini ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

"Bir hekim olarak benim odak noktam ***hasta memnuniyeti****. Bunun için de doğru teşhis ve tedavi kadar hastaya ilgi göstermek,* ***onları memnun etmek önemli****. Halkın seviyesine göre, onların dilinden de biraz anlıyorum. Onların istediği gibi davranıyorum konuşuyorum. Böyle olunca da herkes memnun oluyor." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"****Temel önceliğimiz memnuniyeti sağlamak istiyoruz. Memnuniyet en önemlisi bizim*** *için. Hasta ben burada memnun kaldım diyebiliyorsa o süreçte bizim için kriter bu. Tedavi dışındaki tüm süreçlerde* ***biz memnuniyeti sağlamışsak biz başarılıyız****." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

"İşimizin en odak noktası yaptığımızda ya da yapmadığımızda bir ***hasta memnuniyetinin*** *etkilendiğini bilmek. Ve o yüzden işi en kapsamlı bir şekilde, en düzgün bir şekilde yerine getirmeye çalışmak benim işimin odak noktası. En ciddiye aldığım nokta, yapmadığım her iş için bir hastanın etkilenecek olması. Bu nedenle şöyle söyleyebilirim; hastanın etkileneceği tüm süreçleri düzenlemek ve* ***onları memnun etmek önceliğim****." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Kaliteli hizmet vermek istiyoruz, ***insanları memnun etmek istiyoruz*** *önceliğimiz bu. Şimdi her insan özel hissedilmek ister. Biz aslında bu bakış açısıyla yaklaşıyoruz. Hastanın psikolojisi hassas oluyor. Bir hastanın, bir hasta yakınının beklentisi, bizden*

daha farklı bir ilgi. Hani bizimle ilgilenilsin, bizi memnun etsinler. Şirkette aslında bunu tam anlamıyla karşılıyor diyebilirim." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)

*"**Biz müşterimiz olan hastaların memnuniyetini ön planda tutuyoruz.**" (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"**Hastanın memnuniyeti, mutluluğu önemli**. Hastayı en kısa sürede, en kaliteli hizmetle, en memnun şekilde, taburcu edebilmek" (Asel Hanım, Hemşire)*

*"... Aslında özel sektör, o kişinin sağlık hizmeti alıp almamasına değil, işte hızlı tedavi olup **memnun olmasına bakıyor.** Tabi ne kadar çok hasta bakarsan ne kadar çok hasta girişi olursa o kadar mutlu oluyorlar." (Göktuğ Bey, Hekim)*

- **Hasta Sadakati**

Bazı katılımcılar, hastaların şehir hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinden memnun olması sonucunda şehir hastanelerini ve sağlık çalışanlarını tekrar tercih etmelerini ve memnuniyetlerini yakınlarına anlatmalarını önemsediklerini ifade etmektedirler. Hasta sadakatinin önemli olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Benim içinde en doğru işlerden bir tanesi, bir kere dokunduğum kişilerin yani **hastaların güler yüzle kapıma tekrar gelmeleri.**" (Yusuf Bey, Hekim)*

*"Hasta memnun olsa da memnun olmasa da **yakınlarına bunu anlatıyor**. **Olumlu anlatırsa, yakınları da bizi tercih edebilir**. **Gelen bir hasta, üç hasta olarak tekrar geri geliyor bana**. Öyle olunca da **portföyümüzü biraz daha genişletebildik**." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Nasıl daha sonraki süreçte tekrar gelecek, memnun kalırsa doktorundan hemşiresinden veya hizmetlerden **memnun kalırsa tekrar gelecek**. Sana bir reklam, bir gelir sağlayacak. Hastanenin boş olmamasına neden olacak. Sen diyorsun ki ben köyüme gittiğim zaman ben o hastaneden memnun kaldım. **Diğer köydeki insanlarda buraya gelecek**." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Aslında taburculuk sonrası bile **hastanın tekrar o hastaneyi, o kurumu, o hekimi, o hemşireyi tercih etmesini sağlamak.** Hastanın memnun edilmesi önemli. **Memnun olsun ki tekrar gelsin.**" (Asel Hanım, Hemşire)*

- **Çalışma Koşulları**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde şirket çalışanlarının çalışma koşullarının zorluğundan bahsetmektedirler. Katılımcılara göre, şehir hastanesinde görev yapan özel şirket çalışanları yoğun bir şekilde, zamanla yarışarak çalışmakta ve işini kaybetme korkusu yaşamaktadırlar. Katılımcılara göre şehir hastanelerinde şirket çalışanları "işini kaybetme korkusu", "ağır çalışma koşulları" ve "zaman baskısı" gibi zorlu koşullarda çalışmaktadır.

- **İşini kaybetme korkusu**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde özel şirket çalışanlarının işini kaybetme korkusu yaşadıklarını ve bu psikolojiyle çalıştıklarını ifade etmektedirler. Özel şirket

çalışanlarının işten çıkarılma korkusuyla zor koşullarda çalıştıklarını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Özel sektör çalışanları daha disiplinli çalıştığını gözlemleyebiliyorum. Hem sözleşme şartları hem de **özel sektördeki işten çıkma ihtimali** bunda etkili olduğunu düşünüyorum." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*
>
> *"Şehir hastanesinde çalışan herkes kamu personeli değil. Şirkete bağlı çalışan çok fazla personel var. Nasıl özel hastanedeki çalışan, hasta memnun olmazsa **işten çıkarılıyorsa** özel şirketteki çalışan da hasta memnun olmazsa **işten çıkarılabilir** yani." (Zeynep Hanım, Hekim)*
>
> *"Şöyle açık konuşmak gerekirse, buradaki temizlik, güvenlik, hasta yönlendirme bu tür işler şirket elemanı ve **şirket istediği zaman çalışanın iş akdini feshedebiliyor.** Kamu personeli tarafından bir tutanak tutulduğu zaman veya bir veya birkaç tane tutanak tutulduğu zaman **şirket bunun işini feshedebiliyor, çıkartabiliyor**. Bu devlet hastanelerinde çok daha zordu. Ama burada daha kolay. Çünkü şirket olduğu için şirket gözünün yaşına bakmıyor açıkçası. **Hemen işini feshedebiliyor**. Bundan dolayı da şirket elemanları da daha hassas, şikâyet yememek için veya tutanak yememek için daha titiz davranıyorlar." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*
>
> *"Özel sektörde çalışanların üstünde çok ciddi baskı var. İş baskısı var, **işini kaybetme korkusu** var…" (Alparslan Bey, Hekim)*
>
> *"Sizin yerinize bu işi yapabilecek birçok insan var. Dolayısıyla işinizi en düzgün şekilde, en layığıyla yapmaya çalışıyorsunuz. Çünkü aldığınız parayı hak etmeniz gerekiyor. Yani **işinizi yapmazsanız gidersiniz.**" (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Ağır çalışma koşulları**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde özel şirket çalışanlarının işini kaybetme korkusu nedeniyle ağır çalışma koşullarında çalıştıklarını düşünmektedir. Özel şirket çalışanlarının işten çıkarılmamak için yoğun tempoda çalıştıklarını, mesai saatlerinin fazla olduğunu, şikayet edemediklerini ve dinlenemediklerini ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şirket çalışanları **çok yorulduklarını** ama **tatil yapamadıklarını, mesai saatlerinin çok fazla olduğunu** ama **şikâyet edemediklerini**, şikâyet ettiklerinde atılacaklarından falan korktuklarını dile getiriyorlar." (Elif Hanım, Hekim)*
>
> *"Onların yaşadıkları ayrıca sıkıntılar var. Görüyoruz. Hani özel mantığında olur ya **daha çok çalıştırıp daha az para vermek vs. ya da fazla mesai.** Bunlar çalışanlar açısından dezavantaj. Bize göre daha dezavantajlılar." (Asel Hanım, Hemşire)*
>
> *"Bazen biz bu kişilerin **hiç durmadan** on kişilik iş yaptığına şahit oluyoruz. İster istemez bu aksamalara sebebiyet veriyor. Bir personele on kişilik iş verirseniz, bu kişi mutlaka bazı işleri eksik yapacaktır. Ayrıca bu kişiler sözleşmeli olarak çalıştığı için **ağır çalışma koşullarının altında** işlerini yapıyorlar." (Yusuf Bey, Hekim)*
>
> *"Şirket çalışanları **çok yoğun çalışıyor neredeyse yemek yemeye fırsat olmadan, hiç durmadan çalışmaları gerekiyor** ki ancak o hizmeti karşılayabilsinler." (Asya Hanım, Hemşire)*

- **Zaman baskısı**

Katılımcılar, şehir hastanelerinde telefonla veya maille ulaşılabilen bir talep sistemi olduğunu, bu talep sistemine yapılan çağrıların ve ilgili taleplerin karşılanma süresi olduğunu, taleplerin zamanında karşılanmaması durumunda ceza uygulamasının olduğunu ve bu uygulama nedeniyle özel şirket çalışanlarının zamanla yarıştıklarını ifade etmektedirler. Özel şirket çalışanlarının cezaya düşmemek için sözleşmede ve yöntem beyanında belirtilen sürelere uymaya çalıştıklarını ve bu durumun çalışanlar üzerinde zaman baskısı oluşturduğunu düşünen katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

> *"**Her şeyin belirli bir süresi var**. Atıyorum işte bir çağrı açıyorsunuz şuranın yapılması ya da şu malzemenin taşınması, şuranın temizlenmesi gibi bir çağrı açıyorsunuz. **Kişilere verilmiş belirli süreler var. 10-15 dk işte** konunun aciliyetine, hayati önem taşıyıp taşımadığına ya da ne kadar önemli oluğuyla ilgili **belirli süreler** var. O işin yapılma süreci içerisinde yapılmak zorunda. Yapılmadığı takdirde şirket birbirlerine ceza yazıyorlar. Dolayısıyla **herkes belirli bir süre içerisinde onu tamamlamak zorunda** kalıyor." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

> *"Özel sektörün hizmet verme anlamında **süreyle yarışması** var. Mesela bize gelen bir bilgisayar arızası en basitinden doktorun bilgisayarı bozuldu ya da sistemde bir şey yapamadı bana açtığı **çağrının süresi** var. **Ben o çağrının süresinde o doktora hizmet vermek zorundayım**. Dolayısıyla orda bekleyen hastanın bekleme süresinin benim nezdimde bir kalite süresi var yani. **O sürede müdahale etmek zorundayım**." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Özel sektörde çalışanların üstünde çok ciddi baskı var. **İş baskısı var**, iş kaybetme korkusu var. **Hep böyle bir şeyleri yetiştirme, bir şeyleri zamanında yapabilme baskısı var**." (Alparslan Bey, Hekim)*

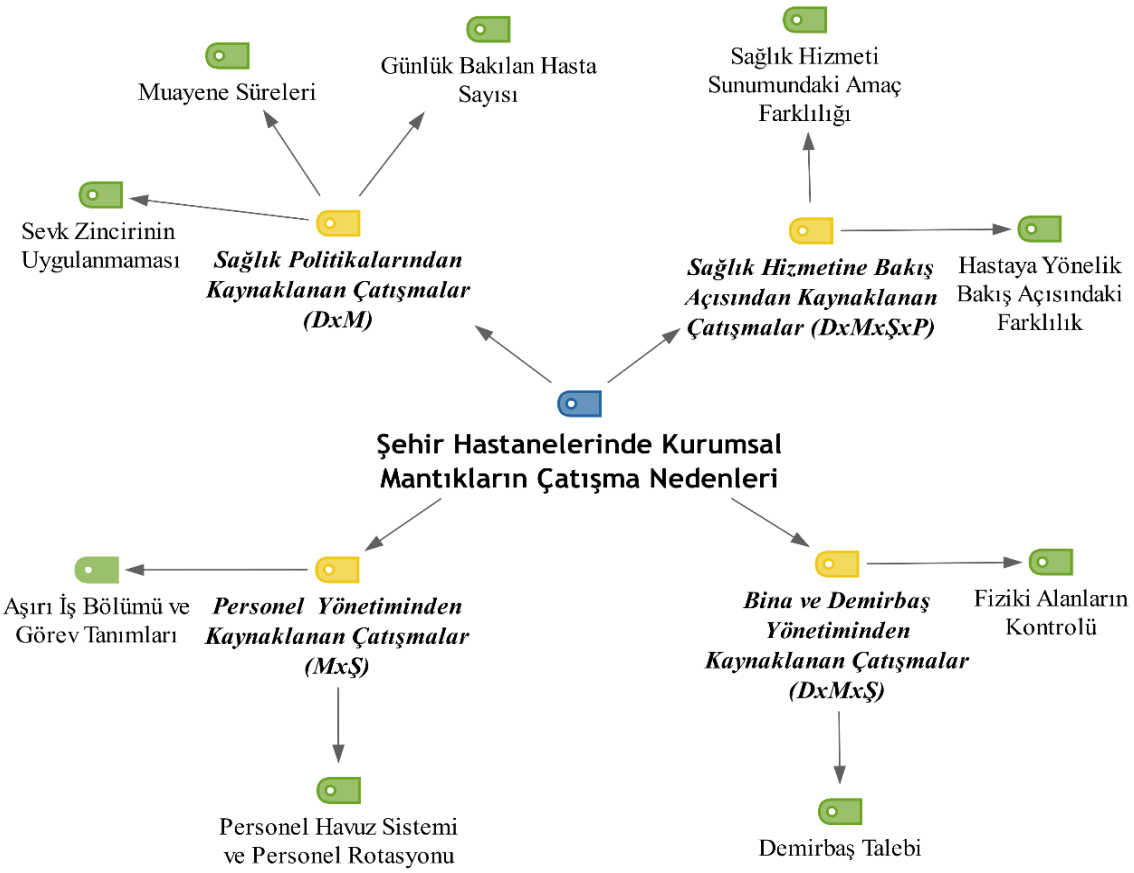
> *"911 diye bir talep merkezi var burada telefonla ulaşabildiğiniz. ... 911'i arıyoruz, talep açtırıyoruz. **O talebin bir süresi var.** Atıyorum 30 dk ile bir saat içinde. O gereksinimin giderilmesi için o süre içinde genelde cevaplanıyor veya o iş hallolmuş oluyor." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

4.3. ŞEHİR HASTANELERİNDE KURUMSAL MANTIKLARIN ÇATIŞMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılara "*Sizce şehir hastanelerinde kamu tarafı ile özel sektör tarafının sağlık hizmeti sunumuna yönelik yaklaşımlarının/bakış açılarının farklılaşıp farklılaşmadığını merak ediyorum?"* ve *"Size göre hem kamu hem özel sektörün entegre olduğu şehir hastanelerinde yaşanılan sorunlar nelerdir? Deneyimlerinizden yola çıkarak bahsedebilir misiniz?"* soruları yöneltilerek şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların nasıl etkileşime geçtiği belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilere göre KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde kurumsal mantıkların çatışma nedenleri "*Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Çatışmalar*", "*Sağlık Hizmetlerine Bakış Açısından Kaynaklanan Çatışmalar*", "*Bina ve Demirbaş Yönetiminden Kaynaklanan Çatışmalar*" ve "*Personel Yönetiminden Kaynaklanan*

Çatışmalar" bulunduğu belirlenmiştir. Şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların çatışma nedenlerine yönelik kavram haritası Şekil 15'te gösterilmiştir.

Şekil 15. Şehir Hastanelerinde Bulunan Kurumsal Mantıkların Çatışma Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası



Kaynak: Yazar tarafından Maxqda 2020 programı kullanılarak oluşturulmuştur.

4.3.1. Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Çatışmalar

Sağlık politikaları, ülkelerin hükümeti ve Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmektedir. Geliştirilen sağlık politikaları ister kamu hastanelerinin isterse özel hastanelerin sağlık hizmeti sunumuna doğrudan etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı hasta yoğunluğunun azaltılması amacıyla muayene sürelerini düşürmüştür. Muayene sürelerinin düşürülmesi ise günlük bakılan hasta sayılarının artmasına neden olmuştur. Katılımcılara göre, Türkiye'de sevk zincirinin uygulanmaması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerde hasta yoğunluğunun artmasına, hastaların randevu alamamasına ve sağlık hizmetine erişim problemlerine neden olmaktadır. Bu uygulamalar sadece KÖİ ile kurulan şehir hastanelerine özgü olmayıp Türkiye geneli tüm hastaneleri kapsamaktadır.

Devlet kurumsal mantığı açısından, vatandaşın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine zamanında erişiminin sağlanması amaçlanmaktadır. Ayrıca hekim seçme özgürlüğü kapsamında, vatandaşın istediği hekimden sağlık hizmeti alabilme hakkı verilmiştir. Bu uygulamalar sevk zincirinin uygulanmamasına, hasta yoğunluğunun azaltılması için muayene sürelerine kısıtlama getirilmesine ve hekimlerin günlük ortalama bakılan hasta sayılarının artmasına neden olmuştur. Meslek kurumsal mantığı açısından ise, hastaların doğru bir şekilde teşhis ve tedavisinin yapılması ve sağlığına kavuşturulması amaçlanmaktadır. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için sevk zincirinin uygulanması, her hastanın teşhis ve tedavisi için yeterli muayene süresinin ayrılması ve etkin bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için hekimlerin günlük sağlık hizmeti sunduğu hasta sayılarının düşürülmesi gerekmektedir. Bu bağlamda mevcut sağlık politikaları "devlet" ve "meslek" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olmaktadır. Bu durum katılımcı görüşlerine bağlı olarak "Sağlık Politikalarından Kaynaklana Çatışmalar" teması olarak adlandırılmıştır. Sağlık politikalarından kaynaklana çatışmalar teması altında "Sevk Zincirinin Uygulanmaması", "Muayene Süreleri" ve "Günlük Bakılan Hasta Sayısı" alt temaları belirlenmiştir.

- **Sevk Zincirinin Uygulanmaması**

Katılımcılar, sağlık hizmeti sunumunda sevk zincirinin uygulanmamasını hem uzman hekim kaynağının etkin kullanılamamasına hem hasta yoğunluğuna hem de günlük bakılan hasta sayısının artmasına neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 26. Sevk Zincirinin Uygulanmamasından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Devlet Kurumsal Mantığı	Meslek Kurumsal Mantığı
Sevk Zincirinin Uygulanmaması	Vatandaş, istediği sağlık kurumu ve hekimden sağlık hizmeti almalıdır.	Hastalar, sevk zinciri içerisinde en uygun sağlık kurumu ve hekimden sağlık hizmeti almalıdır.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcılara göre, uzman hekimlerden etkin bir şekilde yararlanmak, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaların sağlık hizmetine erişiminin sağlanması, doğru sağlık hizmeti alabilmesi ve hasta yoğunluğunun azaltılması için sevk zincirinin mutlaka uygulanması gerekmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Sağlıkta **sevk zinciri uygulanmıyor** şu an. Herkes **her yerden randevu alabiliyor**. ... Bakanlık **sevk zinciri uygulaması yapmadığı için** etkin sağlık hizmeti sunmak mümkün olmuyor maalesef. **Devlet ise vatandaşın sağlık hizmetine ulaşmasına sağlamak amacında**. Bir zaman sonra **sistem tıkandığı için zaten ulaşamıyor. Ulaşanlar ise uygun sağlık hizmeti alamıyor**." (Asel Hanım, Hemşire)*

"Bizim ülke olarak şu bir gerçek; ***sağlık hizmetini çok rahat, çok çabuk ulaşabiliyoruz.*** *Şimdi ülke olarak dediğim gibi çok rahat en üst düzeyde sağlık hizmetine ulaşabiliyoruz. Benim tasvip ettiğim bir şey değil.* ***Belli bir aşamadan geçerek, belki o aşamaya gelmemiz lazım****. Belki yani bir aile sağlığı merkezlerimiz açıldı. Hani* ***kademe kademe gelmek*** *lazım. Sevk zincirinden vazgeçilmesinde değişik sebepleri oldu. Gerçekten hasta mağduriyetleri oldu. İnsanlara vakit kaybı geldi sevk zinciri. Gerçekten vakit kaybı ve hasta mağduriyetleri oldu belki. Bu sebepten dolayı sevk zincirinden vazgeçildi. Ama şu anda bizim için ilk etapta en olmazsa olmaz yapmamız gereken* ***sevk zincirinin tekrar uygulanması****. Tamam sevk zincirinin de dezavantajları var ama* ***hasta yoğunluğu arttıkça sistem tıkanmaya başladı****." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

"Avrupa'da uzman tabibe bir insan, bir vatandaş, direk kapısından içeri giremez, gidip göremez. Sevk zinciri uygulaması var. ***Bizde maalesef sevk zinciri uygulaması yok şu an****. Avrupa'da hastanın durumuna göre belirli basamaklardan geçerek uzman hekime ulaşabilir. Bizde vatandaş direk uzman hekime bu kadar rahat ve kolay ulaşınca* ***hasta yoğunluğunun oluşması*** *gibi problemler oluşturuyor." (Meryem Hanım, Hekim)*

Katılımcılardan Zeynep Hanım, özellikle acil servislere gelen bir çok hastanın gerçekten durumunun acil olmadığını, hastaların sevk zinciri dahilinde önce aile hekimlere gitmesi gerektiğini belirterek, sevk zinciri uygulamasının olmamasının hasta yoğunluğunu artırdığını, gerçekten ihtiyacı olan hastaların randevu alamadıklarını, hekime erişemediklerini ve bu durumun devlete maddi ve manevi yükünün olduğunu şu şekilde ifade etmektedir:

"Ben dünkü nöbetimden örnek vereyim. İki kişi 350 hasta baktık 24 saatte yani. Hiç durmadan hasta baktık. Şey bunların kaç tanesi acil? Acil servisteyiz ama kaç tane kalp krizi var? Kaç tane işte apandisit çıktı? Bizim baktığımız 350 hastanın en fazla 20 tanesi acil. 20 tanesi gerçekten acildi. Geriye kalan 330 insan, hani ***neden bir basamaktan geçmiyor? Sevk zinciri neden uygulanmıyor*** *anlamış değilim? Niye aile hekimliği sistemi var ülkemizde? Aile hekimleri sadece reçete yazmak ve işte rapor vermek için çalışıyormuş gibi bir algı var. Halbuki Avrupa'da böyle değil veya başka ülkelerde aile hekimliği birinci basamaktır. Hastayı önce değerlendirir. Muayene eder. Kendisini aşan bir durum varsa bir* ***ikinci basamağa yönlendirir****. İşte randevusunu alır. Ama bizde öyle değil. Aile hekimliği rapor verir, reçete yazar, acil her şeye bakar. Ama gel görelim ki, bizim halkımızda şu var;* ***ben istediğim zaman, istediğim anda, uzman doktora gidiyorum.*** *E tamam kardeşim gidiyorsun da sonuçta sen zararlı çıkıyorsun.* ***Asıl hasta olan kişi, randevu alamıyor yani****. Aciller şu an böyle hasta dolu. Yani ciddi hizmet alması gereken hastalar, uzmana gitmesi gereken hastalar var ve iki ay sonraya sıra alabildim, ben bu ağrılarla duramıyorum diye her gün acil servise gelen hasta var ve* ***bunun maddi manevi devlete yükü var****. Kimse bunları konuşmuyor. Kimse çözüme inmiyor." (Zeynep Hanım, Hekim)*

Katılımcılardan Defne Hanım ve Alparslan Bey, sevk zincirinin uygulanmamasının hasta yoğunluğunun artırması, hastaların zamanında hekime erişimini engellemesinin yanı sıra başta uzman hekim olmak üzere sağlık personelinin eğitiminden, tecrübesinden, yeteneklerinden, uzmanlığından yeterince yararlanılamamasına neden olduğuna ve bu nedenle mutlaka sevk zinciri uygulamasının tekrar geri getirilmesine yönelik görüşleri şu şekildedir:

"Yani tamam poliklinik sayısı çok fazla, hekim sayısı çok fazla, alanlar çok büyük, ama yine de büyük şehirlere hizmette yetecek büyüklükte değil hiç bir zaman. İnsanlar mesela dahiliye polikliniğine diyabet ilacını yazdırmak için geliyor şu anda. MHRS'ler yüzde yüz dolulukla çalışıyor. Hastalar sıra bulamıyorlar. Bu da ***hekimleri, hemşireleri, tüm sağlık çalışanlarını gerçekten oyalıyor****. Yani tabiki de acil ameliyatlar öncelikli yapılıyor ama yine de* ***diğer hastaların hizmet alımını geciktiriyor mu geciktiriyor.*** *Acile başvurularda aynı şekilde. Klinikler dolu. Özellikle ana bilim dalları her zaman yüzde yüz doluluk oranıyla hizmet veriyor. Kliniklerin hepsi bu durumda acile de sürekli bir başvuru var. Acilde bekleyen hasta sayısı, acilde beklenen süre bunların hepsi ciddi miktarda artıyor. Bu da tabi hizmeti etkiliyor****. Bunlar sevk zincirinin olmamasının doğal bir sonucu. Mutlaka sevk zincirinin olması gerekiyor****." (Defne Hanım, Hemşire)*

*"****Bakanlığın sevk zincirini acilen uygulamaya alması gerekiyor****. Bu yapılmayınca insanlar* ***3. basamak hastanelerde yoğunlaşıyor****. Randevu bulamayınca acil servislerden giriş yaparak uzmana ulaşmaya çalışıyor. Bu durum acil hastaların ve gerçekten uzmandan hizmet alması gereken hastaların, hizmete erişimine engel oluyor. Maalesef durum bu. Yani çok kalifiye, farklı özellikleri, yetenekleri olan doktorlarımız var. Ama bakıyorsunuz cerrahi yapacak doktor, gidiyor mesela apandisit yapıyor. Bu çok bence reel bir şey değil.* ***Bu sefer doktorun yeteneğinden yararlanamıyorsun ya da becerisinden yararlanamıyorsun. Aldığı eğitime, devlete yazık.*** *Yani ona bir eğitim veriyorsun. Karşılığında onu kullanmak yerine onu daha rahat çözülebilecek bu konuda onkolojik eğitim almamış kişilerinde çok rahat çözebileceği şeylere baktırıyorsunuz.* ***Aslında temel nokta sevk zincirinin uygulanamaması****." (Alparslan Bey, Hekim)*

Katılımcılardan Zeynep Hanım ve Elif Hanım, hasta yoğunluğunun sistemi tıkadığını, Sağlık Bakanlığı'nın vatandaşlarını memnun etmek için sevk sistemini uygulamadığını, çözüm olarak muayene sürelerinin kısaltıldığını ve performansa dayalı ödeme sistemi getirilerek hekimlerin daha fazla hasta bakmaya teşvik edildiğini şu sözlerle ifade etmiştir:

*"****Sevk zincirinin uygulamaya tekrar konulması lazım****.* ***Bakanlık vatandaşı memnun edeceğim diye aslında sistemi tıkıyor*** *bence… Sağlık bakanlığı sevk zincirini uygulamaktan ziyade* ***muayene sürelerini kısaltarak*** *çözüm üretmeye çalışıyor. Bakanlık ayrıca* ***performansa dayalı ödeme sistemi*** *getirerek* ***daha fazla hasta bakılmasını teşvik ediyor****." (Zeynep Hanım, Hekim)*

"Sevk zinciri uygulamak yerine, devlet yani bakanlık ***daha fazla hasta bakılmasına yönelik performans sistemi*** *çıkardı.* ***Ne kadar çok hasta bakarsan, o kadar performans ücreti alırsın*** *gibi. Kimse senin baktığın hastanın, iyileşmiş iyileşmemiş bununla ilgilenmiyor. Kaç hastaya baktın? Buna bakıyor." (Elif Hanım, Hekim)*

Katılımcılar, devlet kurumsal mantığı çerçevesinde hastaların istediği zaman, istediği hastaneye, istediği hekime erişiminin sağlanması amacıyla sevk zincirinin uygulanmadığını ve bu durumun ortaya çıkardığı hasta yoğunluğunu ise muayene sürelerinin azaltılması ve performansa dayalı ödeme sistemi ile çözülmeye çalışıldığını ifade etmektedirler. Katılımcı görüşlerine göre, meslek kurumsal mantığı ise hasta yoğunluğunun azalması, sağlık sisteminin tıkanmaması, sağlık profesyonellerinden daha etkin hizmet alınması, hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişiminin sağlanması için mutlaka sevk zincirinin uygulanması gerektiğini önermektedir. Sevk zincirinin

uygulanmaması, Türkiye'deki tüm hastaneleri ilgilendiren bir uygulama olmakla birlikte şehir hastanelerinin de bu problemden etkilendiği görülmektedir. Bu bağlamda diğer hastanelerde olduğu gibi şehir hastanelerinde de sevk zincirinin uygulanması noktasında "devlet" ve meslek" kurumsal mantıklarının çatıştığını söylemek mümkündür.

- **Muayene Süreleri**

Katılımcılar, hastaneye başvuran hasta sayısının artması nedeniyle Sağlık Bakanlığı tarafından hastaya ayrılan muayene sürelerinde kısıtlamaya gittiğini bu durumun sağlık hizmeti sunumu açısından uygun olmadığını ifade etmektedirler. Sağlık Bakanlığı'nın hasta yoğunluğunu azaltmak, hastaların daha kısa zamanda randevu almasını sağlamak amacıyla muayene sürelerini önce beş dakikaya düşürdüğünü daha sonra ise 10 dakika olarak belirlediğini ifade eden katılımcılar, muayene sürelerinin standartlaştırılması ve kısaltılmasının meslekleri açısından problemlere neden olduğunu düşünmektedirler.

Tablo 27. Muayene Sürelerinden Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Devlet Kurumsal Mantığı	Meslek Kurumsal Mantığı
Muayene Süreleri	Hasta yoğunluğunun azaltılması ve hastaların randevu bulabilmeleri için muayene süreleri kısaltılmış ve standart hale getirilmiştir.	Muayene sürelerinin kısaltılması ve standart hale getirilmesi mümkün değildir. Her hasta için yeterli muayene süresi ayrılmalıdır.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcılara göre, bir hekimin muayene süresinin bazı hastalar için birkaç dakika yeterli olurken, bazı hastalar için 20 dakika yetersiz olabilmektedir. Bu nedenle bir hekimin hastalık öyküsünü almak, elle, gözle muayene etmek, not almak, sisteme işlemek, hastalığı teşhis etmek ve doğru tedaviyi uygulamak için yeterli muayene sürelerinin verilmesi gerekmektedir. Muayene süreleri kısaldıkça hastaya verilen hizmetin kalitesi ve niteliği düşmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Yakın zamanda MHRS üzerinden uygulanan* ***muayene süresi, 10 dakikadan beş dakikaya düşürüldü****. Şimdi siz mesela hayal edin kendinizi* ***bir hasta olarak. Beş dakikada uzman bir hekimden nasıl bir sağlık hizmeti alabilirsiniz****? Veya* ***uzman bir hekim beş dakikada bir hastaya nasıl bir sağlık hizmeti verebilir?*** *Bunun sonucunda iki tarafta mutsuz olunca, nasıl huzurlu bir sağlık sistemi ortaya çıkar? Tabiki de kimse mutlu olmayacak bu noktada. Hastalık yoktur, hasta vardır ilkesi gereği, her hastaya* ***standart bir süre ayırmak*** *ve bu sürede hekimin teşhis koyması ve tedavi planlaması mümkün değildir.* ***5-10 dakika gibi bir sürede*** *hastadan anamnez almak, elle gözle muayene etmek, not almak, hastalığı teşhis etmek ve doğru tedaviyi uygulamak mümkün değil. Bazı hasta için* ***iki dakika yeterli olurken, bazı hasta için 20 dk yetmeyebilir****. Bunu* ***standart süreyle sınırlamak*** *mantıklı değil. Ayrıca bazı durumlarda, gerekli olan, hastaya bilgi ve eğitim vermek mümkün değildir." (Zeynep Hanım, Hekim)*

"Baktığınızda hasta yoğunluğu çok fazla ülkemizde. Randevu almak zor olabiliyor ya da randevu süreleri uzak bir tarihe atılabiliyor. Devlet bunu önlemek adına ***randevu sürelerini kısalttı*** *biliyorsunuz. Ama* ***hastaya yeterli vakit ayrılmasında sıkıntı*** *yaratabilir.* ***Sağlıkta amacımız hastayı iyileştirmek olmalı. Hastanın doktora ulaşması tek amaç olmamalı****. Mesleğimizi icra ederken, işte bizim biraz daha görüşlerimizin dikkate alınarak hani bu yolun çizilmesi lazım. İşte atıyorum* ***beş dakikaya bir muayene olmasında, 10 dakikada olsun, 15 dakikada olsun.*** *Her insan farklı bir makine öyle düşünün yani. Ortak paydaya koyamıyorsunuz bunu. Bazen iki üç muayenede çözeceğiniz şeyler çıkar. Hani hastayı uzun uzun dinleyeceğiniz hasta olur. Hani daha kapıdan girerken teşhisini koyacağınız hasta olur. Yani bunu biraz daha hekimi, böyle robotik şey gözüyle değil de böyle bir sanatçı gözüyle bakılması gerekiyor. Yani bu bir sanat. Bu sanatı icra ederken bazen zamana, bazen duyguya, bazen dinlemeye, bazen düşünmeye ihtiyaç var. Yani bu matematik problemi değil. Her zaman iki kere iki dört etmiyor. Bu yüzden sanatçıya sağlanan o özenli ortam, hani o özenli zaman verilmeli…" (Meryem Hanım, Hekim)*

*"****Muayene sürelerinin kısalığı*** *da problem bizde. Şöyle anlatayım. Sahada çalışıp, poliklinikte hasta bakan, devlet hastanesinde yoğun bir ortamda hasta bakan, bir hekimin bu* ***on dakikayı, beş dakikayı*** *mantıklı bulup kabul etmesi imkânsız. Ben 18 yıldır hastanede doktorluk yapıyorum. Daha bir kere bile bana ya da benimle birlikte çalışan bir arkadaşıma muayene süreleriyle ilgili bir fikir danışılmadı. Size ne kadar süre gerekir diye danışılmadı. Geçen aylarda* ***beş dakikada bire düşürmeye çalıştılar****. 15 gün kadar beş dakikada bir oldu ama yürümedi. Yürümeyince 15 gün içerisinde* ***tekrar 10 dakikaya çıktı****. Teorikte 10 dakika ama pratikte öyle olmuyor tabi. Yaşlı hasta geliyor, takipli hasta geliyor, sonuç hastası geliyor. Yani sonuç olarak* ***resmiyette 10 dk'da bir randevularımız ama pratikte 5 dakikada bire denk geliyor****. Şimdi zaten* ***hastaya ayrılmış 5-6 dakika var****. Bunun en az üç dakikası, dört dakikası zaten bilgisayar işiyle gidiyor. Kaydını yap, kaydet, tanısını gir, istemini yap, isteminin içine açıklamasını yaz, bilmem ne. Muayenenin çok büyük bir kısmını alıyor.* ***Beş dakikada hastayı dinleyip, tanılayıp, tedavi oluşturmak çok mümkün değil.*** *Yani bir hastayı dinle, muayene et, tanısı koy bu beş dakikada olamayacağı için hekimlerde atlamamak adına tabiki daha fazla tetkik istemeye yönleniyor olabilir diye düşünüyorum. Tabi bu benim şahsi düşüncem. İkincisi* ***beş dakikada bir yerine on dakika olsa bile, bazı branşlar için on beş dakika bile çok yeterli bir süre değil****. Böyle olunca nitelik geri planda kalıyor. Yani bir hastaya nasıl baktığınıza, mesela kimse size bu hastaya ne kadar kaliteli hizmet verdiniz diye sormuyor ki. Sayılara bakıyor aslında. Kimse hastaya nasıl baktığınıza, neler yaptığınıza, kaçına doğru tanı koyduğunuza, kaçına gerçekten yüzde yüz tedavi ettiğinize kimse bakmıyor. Hep sayılara bakılır. Yani bu doktor kaç tane hasta bakmış, bu bölüm totalde işte bu ay kaç tane hasta bakmış, bu bölüm şu kadar bakmış, bu bölüm bu kadar az bakmış, niye öyle olmuş falan hep bunlar konuşulur. E o zaman* ***nitelik geri planda nicelik ön planda*** *denilebilir." (Lina Hanım, Hekim)*

"… tüm sorumluluğun üzerinizde olduğu ve hasta sayılarının çok olduğu, zaman baskısının, yani ***muayene sürelerinin bu kadar kısa olduğu bir ortamda,*** *hastaların beklentilerini karşılayamamak normal aslında." (Aras Bey, Hekim)*

"İnsanlar ***bu sistemin dayattığı beş dakikayla tedavi olamıyorlar*** *ki. O yüzden tekrar tekrar geliyorlar. Tabi raporlarda da sayının artmış olması başarı diye nitelendiriliyor. Burada şunu sormak lazım sanırım. Bu kadar hasta sayısı arttıysa, bu kadar görüntüleme arttıysa, bu kadar tahlil vs. vs. vs. artıysa, gereksiz değilse bile gerçekten gerekliyse bile bu insanlar niye bu kadar hasta oluyor. Hasta sayısının bu kadar artmış olması övünülmesi gereken bir şey mi? Ama kardeşim her branşın, her hastanın, tedavi süreci aynı değildir. Sayıdan ziyade nitelik ve kalite önemlidir. Sözün bittiği yerdeyiz.* ***Randevu saatini 5 dakikaya indirmeye çalıştılar. Bu 5 dakikada hem hasta bakacak hem tahlil isteyecek, bir de bu sürece şeyi sığdırması lazım.*** *Sonucuna bakıp tedavisini*

*düzenleyecek. Bunu **beş dakikada ya da on dakikada yapabilir misin?** Anca şöyle olur. Hastalığın bu, şu ilaçları al git. Bu olur ancak yani." (Alparslan Bey, Hekim)*

*Sağlık Bakanlığı, sevk zincirini uygulamaktan ziyade **muayene sürelerini kısaltarak** çözüm üretmeye çalışıyor. Bakanlık ayrıca **performansa dayalı ödeme sistemi** getirerek **daha fazla hasta bakılmasını teşvik ediyor**." (Zeynep Hanım, Hekim)*

Katılımcılar devlet kurumsal mantığı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından, hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla muayene sürelerinin azaltıldığını ifade etmektedirler. Katılımcı görüşlerine göre, meslek kurumsal mantığı ise hastaların ihtiyaç duyduğu doğru, kaliteli, nitelikli ve etkin sağlık hizmetine erişiminin sağlanması için mutlaka her hastaya yeterince muayene süresinin verilmesini önermektedir. Sevk zincirinin uygulanmamasında olduğu gibi muayene sürelerinin kısaltılması ve standartlaştırma çabası Türkiye'deki tüm hastaneleri ilgilendiren bir uygulama olmakla birlikte şehir hastanelerinin de bu problemden etkilendiği görülmektedir. Bu bağlamda diğer hastanelerde olduğu gibi şehir hastanelerinde de muayene sürelerinin kısa olması noktasında "devlet" ve meslek" kurumsal mantıklarının çatıştığını söylemek mümkündür.

- **Günlük Bakılan Hasta Sayısı**

Katılımcılara göre, Sağlık Bakanlığı'nın sevk zincirini uygulamaması, muayene sürelerini düşürmesi ve hekimlerin daha çok hasta bakmasını teşvik etmek için performansa dayalı ödeme sistemini uygulamaya koyması hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısını çok fazla artırmıştır. Bu durum hekimler üzerinde niceliksel yani hasta sayısı açısından baskı oluşturmaktadır.

Tablo 28. Günlük Bakılan Hasta Sayısından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Devlet Kurumsal Mantığı	Meslek Kurumsal Mantığı
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	Hasta yoğunluğunun azaltılması ve hastaların randevu bulabilmeleri için performansa dayalı ödeme sistemi uygulamaya alındı. Hekimlerin daha çok hasta bakması teşvik edildi.	Hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı çok fazla olması sağlık hizmetinin etkinliğini azaltmaktadır. Ayrıca hekimlerin mesleki açıdan güncel bilgileri takip etmesini zorlaştırmaktadır.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Hekim performansının değerlendirilmesinde, bakılan hasta sayısının bu kadar ön planda olması, sağlık hizmetlerinin niteliksel boyutunu yani hastaların doğru ve yeterli sağlık hizmeti almasına engellediğine yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Türkiye de maalesef sağlık sisteminde **seri üretim** şeklinde**; hasta bakalım, hasta bakalım, hasta bakalım**. ... Hastalara yeterince zaman ayıramadığımız ve **çok fazla hasta bakmak zorunda kaldığımız** için **hizmet kalitesizleştirildiğini** düşünüyorum. Ama devlet yani Bakanlık **daha fazla hasta bakılmasına yönelik performans sistemi çıkardı**. **Ne kadar çok hasta bakarsan** o kadar performans ücreti alırsın gibi. Kimse senin baktığın hastanın iyileşmiş iyileşmemiş bununla ilgilenmiyor. **Kaç hastaya baktın** buna bakıyor." (Elif Hanım, Hekim)*

"Avrupa'da bir uzman doktor günde ortalama en fazla yirmi hasta bakar. Bizim ***ülkemizde elli hastadan aşağı bakan yok. Çoğu yüzün üstünde hastaya bakıyor.*** *Avrupa'da bir vatandaş aile hekimine gider. Her ne şikâyeti olursa olsun, aile hekimi müsaade etmediği sürece bir üst kuruma gidemez. Şimdi bizim insanımız aile hekimine gitse, ikinci basamağa başvurmasa, birinci basamağa aile hekimine gitse, belki şifasını aile hekiminden görecek. Zaten aile hekimi eğer o kişinin gerek görürse, bir üst basamağa sevk edecektir. Hatta sırasını bile kendisi alacaktır. O zaman zaten üst basamaklarda yaşanmış olan hasta yoğunluğu zaten azalacak, acildeki yoğunluk zaten azalacak. Böylece sistem aslında kökünden çözülmüş olacak. ... Yani bir söz var işte* ***ülkemizdeki hasta sayısı Hindistan gibi****, aldığımız maaşlar Afrika gibi, tazminatlar Amerika gibi. Şimdi böyle olunca hali hazırda sistem işin içinden çıkılmaz bir hale geliyor" (Zeynep Hanım, Hekim)*

"Eski düzene göre, belki hastalar kendilerince rahat ediyor. Ama şu an çalışma düzeninde ***çok fazla hasta var.*** *Ve bu hasta sayısı da hekimin iş yükünü artırdı.* ***Hekim çok fazla hasta bakmak durumunda. Günde bakılan 130 hastadan sonra*** *131. hasta saat dörtte geldiyse bile ben niye bakılmadım, bakılabilir miyim diye isyan etme potansiyeline sahip. Düşünmüyor ki, ben 5., 10., 15., hasta olarak muayene edilsem daha iyi tedavi görürüm. 130. hasta olarak muayene edildiğimde kötü muayene edilebilirim veya doktor yanılabilir düşüncesinde değil. Bunu kabul ederek geliyor. Yeter ki doktorun odasına girsin, bir dakikada çıksın. Yani hastalar bundan çok memnun.* ***Genişçe, rahatça muayene etmek mümkün değil. Bir hekim günlük ortalama 100-110 hastaya bakmak zorunda kalıyor****. Sistem de buna müsaade ediyor. Tabi şu an* ***hekimler yarış atı modunda*** *olduğu için* ***herkes yarışa devam ediyor****" (Göktuğ Bey, Hekim)*

"Ne kadar kaliteli bakıldığından ziyade ***ne kadar çok hastaya bakıldığı dikkate alınıyor. Sayısal bir şey var yani****. Nasıl söyleyeyim bir üst solunuma bakan doktorla, ameliyatı yapan doktordan aynı sayıda hasta bakmasını bekliyorlar. Kanser tedavisi yapan doktordan da. Bu reel değil. Gerçekçi olmuyor. Yani* ***hekimler üzerinde sayı baskısı oluyor her yerde****. Çünkü bu kadar hasta bakıldı demek için. Ama kaliteden de bir sıkıntı olduğu zaman bu sefer kalitesiz baktın diye bu sefer ayrı baskı yapılıyor.* ***Yeter ki çok olsun hasta*** *devletin gözünde. K****ötü bir doktor günde beş, on tane hasta bakan doktordur****. Devlet vatandaşın randevu bulmasına,* ***hizmet alan hasta sayısının artırılmasına odaklanıyor****." (Alparslan Bey, Hekim)*

"Kalite dediğimiz şey nicel bir kavram değildir. Nitel bir kavramdır. Yani ölçülemez, ölçülebilir ama sayılamaz yani. ***100 tane hasta bakınca*** *ben kalite olmuyorum yani.* ***20 tane hasta*** *alırsınız ama daha kaliteli bir hizmet verebilirsiniz." (Kerem Bey, Hekim)*

"Yöneticilerin odaklandığı, şey baktığı şey yani; ***kaç hastanız var?*** *Daha doğrusu yöneticilerin değil de başhekimin böyle bir yaklaşımı var. Başka branşlarda da böyle bir yaklaşım olabilir. Başvuru sayısının çok yüksek olmadığı branşlarda da* ***hasta sayısında artış talebi*** *oluyor.* ***Biraz daha artır, daha fazla hasta al*** *mutlaka oluyordur. Yani* ***her birimde hasta sayısının artması,*** *hastane kazancı açısından önemseniyor. İkincisi işte bu sayıların artmasının prestij açısından değerlendirdiğimizde de yani yüksek hasta sayısı biraz prestij demek yani. Prestiji de artırıyor. Ama* ***hasta sayısı ne kadar artarsa bizim kazancımızda o kadar artıyor****." (Eslem Hanım, Hekim)*

"Sağlık Bakanlığı sevk zincirini uygulamaktan ziyade muayene sürelerini kısaltarak çözüm üretmeye çalışıyor. Bakanlık ayrıca performansa dayalı ödeme sistemi getirerek ***daha fazla hasta bakılmasını teşvik ediyor****. Sistemin sahipleri sistemin yanlışlığını kabullenmediği için, el atmadığı için, buna dahil olmadığı için hasta doktoru suçlar, doktor eninde sonunda işte çok hasta geldiği için hastaya kızar." (Zeynep Hanım, Hekim)*

Katılımcılara göre, devlet kurumsal mantığı çerçevesinde hasta yoğunluğunun azaltılması ve vatandaşın sağlık hizmetine daha hızlı bir şekilde ulaşabilmesi için hekimlerin daha fazla hasta bakmaları teşvik edilmekte ve buna yönelik uygulamalar

yapılmaktadır. Bu uygulamalar Sağlık Bakanlığı'nın muayene sürelerini düşürmeleri, performansa dayalı ödeme sistemi ile daha fazla hasta bakan hekimlerin ödüllendirilmesidir. Katılımcı görüşlerine göre, meslek kurumsal mantığı ise hekimler tarafından bakılan hasta sayısının artmasının, hastalara yeterince sürenin ayrılamaması, tıbbi görüntüleme ve tetkik isteminin artması, doğru ve uygun sağlık hizmetinin verilememesi, tıbbi hataların artması gibi olumsuz sonuçları olmaktadır. Ayrıca hekimlerin aşırı yoğunluğunun güncel tıbbi gelişmeleri, tedavi yöntemlerini, medikal cihazları takip edebilmeleri ve mesleki gelişimleri için kendilerine zaman ayıramama problemlerini de beraberinde getirmektedir. Meslek kurumsal mantığına göre hekimler tarafından bakılan günlük ortalama hasta sayısının düşürülmesi hem verilen sağlık hizmetinin kalitesini hem de hekimlerin mesleki gelişimleri açısından çok önemlidir. Günlük bakılan ortalama hasta sayısı Türkiye'deki tüm hastaneleri ilgilendiren bir uygulama olmakla birlikte şehir hastanelerinin de bu problemden etkilendiği görülmektedir. Bu bağlamda şehir hastanelerinde günlük bakılan hasta sayısı noktasında "devlet" ve meslek" kurumsal mantıklarının çatıştığını söylemek mümkündür.

4.3.2. Sağlık Hizmetine Bakış Açısından Kaynaklanan Çatışmalar

Katılımcılardan elde edilen verile göre, KÖİ ile kurulmuş olan şehir hastanelerinde meslek, devlet, şirket ve piyasa kurumsal mantıklarının sağlık hizmetine bakış açısında farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum, sağlık hizmeti sunumundaki amaçların ve hastalara bakış açılarındaki farklılaşmasından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda şehir hastanelerinde sağlık hizmeti sunumundaki amaç ve hastalara bakış açısının farklılaşması "meslek", "devlet", "şirket" ve "piyasa" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olmaktadır. Sağlık hizmetine bakış açısından kaynaklanan çatışmalar teması altında "Sağlık Hizmeti Sunumundaki Amaç Farklılığı", ve "Hastaya Yönelik Bakış Açısındaki Farklılıklar" alt temaları belirlenmiştir.

- **Sağlık Hizmeti Sunumundaki Amaç Farklılığı**

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde sağlık çalışanları hastaların tedavisini, kamu tarafı vatandaşın sağlık hizmetine erişimini, şirket ise yapmış olduğu yatırımın karşılığını almayı, kar elde etmeyi ve hasta memnuniyetini ön plana almaktadır. Katılımcıların görüşlerine bağlı olarak sağlık hizmeti sunumundaki amaç farklılıkları "meslek", "devlet", "şirket" ve "piyasa" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 29. Sağlık Hizmeti Sunumundaki Amaç Farklılıklarından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Devlet Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı	Piyasa Kurumsal Mantığı
Amaç Farklılığı	Hastaların doğru teşhis ve tedavisinin yapılması Hastaların iyileşmesi	Vatandaşın sağlık hizmetine erişimi Sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması	Yatırımın karşılığının alınması Hasta Memnuniyeti	Kar amacı Hasta Memnuniyeti Hasta sadakati

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Meslek kurumsal mantığı, hastaların doğru teşhis ve tedavisinin yapılarak sağlığına kavuşmasını amaçlanmaktadır. Devlet kurumsal mantığı, sağlık hizmetinin ülke geneline yaygınlaştırılması ve vatandaşın sağlık hizmetine erişiminin kolaylaştırılmasını amaçlamaktadır. Şirket kurumsal mantığı, şehir hastanelerine yapmış olduğu yatırımın karşılığını almak ve bu süreçte hasta memnuniyetini sağlamak amacındadır. Piyasa kurumsal mantığının ise, kar elde etmek, hasta memnuniyetini ve sadakatini sağlamak gibi amaçları bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunumundaki amaç farklılıklarının bulunduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastanelerinde bakış açılarındaki farklılığın temel sebebi hem yaptığımız iş hem sorumluluklarımız aynı zamanda amaçlarımız biraz farklı. Nasıl söyleyeyim.* ***Sağlık personeli hastaların iyileşmesi için mücadele ediyorlar****. En büyük amaçları ise hastaya doğru tanı ve teşhis koyarak iyileştirmek.* ***Bizim için bütçe, maliyet, sözleşmeden ziyade hastanın ihtiyacı olan sağlık hizmetinin verilmesi önemli****.* ***İşin mali kısmı ya da sözleşme kısmı bir hekimi bir hemşireyi ilgilendirmiyor****. Beni ilgilendirmiyor açıkçası. O benim görevim değil.* ***O kısmı devlet ve şirket çözecek****. Ben aldığım eğitime uygun olarak, teşhis ve tedavi vermekten sorumluyum. Türkiye'de sağlık hizmetleri* ***vatandaşlardan toplanan vergilerle finanse*** *ediliyor. Dolayısıyla* ***vatandaşın sağlık hizmetine erişiminin sağlanması*** *kamunun en önemli görevi. Sonuçta burası devlet hastanesi mantığında. Yani devlete ait, Sağlık Bakanlığı'na ait bir kurum. Gelen vatandaşın hizmeti görülecek. Vatandaşın mağdur olmaması en dikkat edilen hususlardan birisi. Bakış açıları farklı şimdi* ***kamu tarafı tamamen vatandaşın mağdur olmamasına*** *yönelik* ***özel tarafında anlaşma ve sözleşmelerindeki yazanların dışına çıkmamaya*** *yönelik çalışıyor. Çünkü sözleşme dışına çıkılan her şey özel şirket için ekstra maliyet demek. Haliyle* ***şirket maliyetlerin artmasını istemiyor****. Şirketin tek bir amacı var* ***yaptığı yatırımın karşılığını almak yani kar elde etmek****. Bunu yapabilmek için de sözleşmeye mutlak uyum gösteriyorlar. Maliyeti artıracak hiçbir talebi karşılamaya yanaşmıyorlar. Bu noktada sağlık hizmetinin aksaması, hastaların mağdur olması gibi unsurları bizim kadar gözettiklerini düşünmüyorum. Bu noktada, özel şirketin sağlık hizmeti sunumuyla ilgili pek bir endişeleri yok maalesef. Daha çok* ***yatırdıkları paranın karşılığında maliyeti düşürerek karlarını garanti altına almak çabasındalar****. ... Devletin amacı ise* ***vatandaşın talep ettiği sağlık hizmeti en kısa sürede almasını sağlamak*** *için çabalıyor. Vatandaşı memnun etmeye çalışıyor. Ama devlet şehir hastanelerinde her şeyi yapma kudretine de sahip değil. Hem sözleşme hem de kanunlar çerçevesinde hareket etmeye çalışıyor. Bu bazen verilecek hizmeti kısıtlayabiliyor ya da geciktirebiliyor." (Yusuf Bey, Hekim)*

> *"Asıl sağlık hizmeti veren hekim, hemşire, diyetisyen gibi* ***sağlık çalışanları hastaları tedavi etmek****, mesleki bilgilerini etik bir şekilde uygulamak amacındalar.* ***Bizler çok maliyet ve yönetim kısmıyla ilgilenmiyoruz. Devlet ise vatandaşın sağlık hizmetine ulaşmasına sağlamak amacında.*** *Ama bunu yaparken kanunlar çerçevesinde bunu*

yapmak zorunda. Şirket ise tamamen özel bakıyorlar. ***Şirket haliyle mali bakıyor yani kâr, zarar, maliyet, verimlilik çok önemli*** *hani direk özel bakıyorlar" (Asel Hanım, Hemşire)*

"Sağlık çalışanları almış oldukları eğitim nedeniyle ***hastaları iyileştirmek*** *için çabalıyorlar.* ***İşini etik kaygılar çerçevesinde*** *yapmaya çalışıyorlar. Bence bu noktada* ***gerekli fedakarlığı*** *da gösteriyorlar. … Devlet tarafının amacı sadece, yani hastaların tedavisini, muayenesini bir şekilde hastanenin kendi hizmetini devam ettirmek.* ***Vatandaşın sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak****. Uzman hekimden hizmet almasını sağlamak.* ***Vatandaşın daha kolay randevu almasını en kısa sürede randevu almasını sağlamak****. … Şirketin amacı da bu işlemler devam ederken* ***cebini doldurmak****. Şirketin tek bir amacı var;* ***para kazanmak****. Onlar buraya biz belirli bir* ***para yatırdık bu paranın geri dönüşünü*** *ne kadar artırırsak ne kadar* ***fazla kar elde edersek*** *veya* ***ne kadar maliyetleri düşürürsek kardır*** *şiarıyla hareket ediyor. Böyle olunca bazı çatışmalar, aksamalar, farklı düşünceler ortaya çıkması kaçınılmaz oluyor maalesef." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"****Firma kazandığı parayı düşünüyor****,* ***kamu tarafı da hastanın alması gereken hizmeti.*** *Hastaneler sözleşmeleri yaparken verilen sözler yerinde tutuluyor mu tutulmuyor mu? Buna bakılıyor.* ***Yani herkes kendi çıkarını düşünüyor*** *birazcık da. Belki de hastayı düşünen onu iyileştirmeye çabalayan bir tek biz sağlık çalışanlarıyız. Ben öyle algılıyorum.* ***Çünkü firma parasına bakıyor, devlet vatandaşın randevu alması doktora erişmesine bakıyor****. Kanun ve denetimlerde sıkıntı yaşamamak için şirketi denetlemeye odaklanmış durumdalar. Hem firma hem de devlet kendi çıkarlarına odaklanmış gibi.* ***İşte firma maliyetleri nasıl düşürürüm, daha çok para nasıl kazanabilirim, kamu denetlemelerde soruşturma geçirmeyeyim derdinde****. Bizler sağlık çalışanları olarak mevcut koşullarda* ***hastaları sağaltmak için uğraşıyoruz*** *diyebilirim." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

"Bazen hizmet sunumu konusunda idare ile ilgili firma arasında yaşanan problemler ivedilikle çözüme kavuşmamaktadır. ***Özel şirket sözleşme dışına çıkmıyor ve sağlık hizmetinin doğasına aykırı bir durum aslında.*** *Sağlıkta belirsiz ve riskli durumlar aniden ortaya çıkabilir. Olasılığı fazla. Bu sözleşmede yazmıyor olabilir. Şirket olarak haklı da olabilirsin. Bir sözleşme yapmışsın. Ama haklı olman doğru olduğun anlamına gelmiyor. Hasta mağdur olduktan sonra haklı olsan ne. Hastanın sorunu çözülmedikten sonra ya da hastaya tedavi uygulayacak ortamı oluşturmadıktan sonra haklı olsan ne olur olmasan ne olur. Bence* ***şehir hastanelerinde hasta memnuniyeti önemseniyor ama hastayı memnun etmekten önce hastaya doğru tedavinin verilmesi yani hastanın iyileştirilmesi önemli*** *olan. Bu kısım biraz göz ardı ediliyor sanki.* ***Yöneticilerin de eli kolu bağlı kalıyor sözleşmeden dolayı****. Yani bazen müdahale edilemiyor." (Aras Bey, Hekim)*

"Ülkemizde sağlık hizmeti vatandaşlara sunulan bir hizmettir. Devlet her vatandaşına sağlık hizmetini sunuyor. Bu anlamda vatandaşın beklentilerini karşılamaya çalışıyor. Sosyal devlet anlayışı gereği ***her vatandaşın sağlık hizmetine erişimin eşit bir şekilde kolayca*** *erişimini sağlanması gerekiyor. Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Hastanın hastaneye en kısa zamanda ulaşabilmesi, hastanın ihtiyacı olan* ***sağlık hizmetinin en kısa sürede*** *sunulmasıdır. Burada öncelikli olan hastadır yani. Hastanın hızlıca randevu alabiliyorsa, istediği şekilde muayenesini olabiliyorsa gerek laboratuvar olsun gerek görüntüleme olsun zamanında çektirebiliyorsa, hızlıca bir sonuca ulaşabiliyorsa, en büyük kriter bu olmalı bence.* ***Kamu işlerini mevzuat çerçevesinde yapmaya çalışıyor. Şirket ise kendi çıkarlarını korumak istiyor.*** *Yani* ***kamu sağlık hizmeti sunmak için kanunlara uymak*** *zorunda.* ***Şirket ise sağlık hizmeti sunarken maliyetlere ve karına odaklanmak*** *durumunda. Böyle olunca bazı sıkıntıların çatışmanın kargaşanın olması muhtemel tabi. …* ***Özel sektörün amacı bellidir kar elde etmek****. Özel sektör kar elde etmediği sürece sağlık hizmeti sunumuna yanaşmaz. Kar edemeyecekse neden yatırım yapsın. Hastaları müşteri olarak görür. Yani kar elde etmek için müşteri memnuniyetini en üst düzeye çıkarmaya çalışırlar. Bu özel sektörün doğasında var. Yadırgamamak*

*lazım. **Sağlık hizmetini bir ticaret gibi görüyor** sonuçta. ... Kamu ve özel tarafından özellikle doktorların ve hemşirelerin daha doğrusu hastayla birebir ilgilenen ve hastanın iyileşmesine yönelik doğrudan **sağlık hizmeti sunan personellerin talepleri hem kamu hem de özel şirket tarafından karşılanmalıdır**. Bu durum hem çalışan motivasyonunu hem de hasta memnuniyetini artıracaktır." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"Kamu tarafının en temel amacı; sağlık hizmeti sunmak ama onun bir arka planında **devletin vatandaşına daha iyi hizmet sunmak** istemesi var. Özel sektörün amacı ise gerçekten hastanenin temizliği, hasta kaydı, hasta takibi ve tüm özel sektörde olan güvenlik buna dahil keza işlemlerini karşılamaktır. Bir hizmet veriyorum ve **hizmetin karşılığını alıyorum** diye düşünüyorum. Yani özel firma olarak ki alıyoruz da yani. O yüzden girmiş olabilir. **Kâr amacı olabilir**. Özel sektörde **yatırdığı paranın karşılığını almak** amacı güdüyordur." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Ne olursa olsun günün sonunda ticari bir işletme. O **ticari işletme kar edebilmek** için elinden gelen her şeyi yapacaktır. Bende kamuyum, **kamunun amacına ulaşması** için, **ne kadar fazla vatandaş sağlık hizmetine ulaşırsa** o kadar iyi olacak. **Şirket kar için elinden geleni yapacak**. O yüzden ister istemez çatışmalarımız oluyor, yanlışlarımız oluyor, uyumsuzluklar oluyor, anlaşmazlıklar çok oluyor." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

*"Şirketin hemen hemen tüm faaliyetleri, tüm kararları, **kazanç sağlamak üzere kurulu**. Biz **aşırı hasta odaklı bakıyoruz**. Biz, bir hastaya hizmet verirken ben bundan ne fayda sağlarım, ben bundan ne kadar para kazanırım, gibi bir düşüncemiz yok. Bu anlamda sağlık çalışanları ile şirket yöneticileri arasında görüş farklılığı bulunmakta ve bu çok hissediliyor." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Kamudaki sağlık çalışanları sadece **hastanın tedavisinin yapılmasını yeterli görüyor**. Aslında hepimiz insanlara yardımcı oluyoruz. **Devlet vatandaşlarına böyle hizmet imkânı sunmuş.** Bu imkanlar kullanılarak sağlık hizmeti verilmeye çalışılıyor. Ancak günümüzde insanlar **ilgi** bekliyor. Sağlık hizmeti alırken **özen** bekliyor. **Empati** bekliyor. **Korkularının giderilmesini** istiyor. Alacağı **tedaviyi bilmek** istiyor. **Sadece hastalara muayene edilmesi tedavi edilmesi yeterli değil artık**." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Hastaya Yönelik Bakış Açısındaki Farklılıklar**

Sağlık hizmeti sunumundaki amaç farklılıkları hastalara yönelik bakış açılarında da farklılıklara neden olmaktadır. Katılımcılara göre şehir hastanelerinde kamu, özel ve sağlık çalışanları arasında hastalara yönelik bakış açılarında farklılıklar bulunmaktadır. Katılımcılar, şehir hastanelerinden sağlık hizmeti alan hastaların; sağlık çalışanları tarafından "hasta", kamu tarafından "vatandaş" ve şirket tarafından ise "müşteri" olarak gördüğünü ifade etmektedirler.

Tablo 30. Hastaya Yönelik Bakış Açısı Farklılıklarından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Devlet Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı	Piyasa Kurumsal Mantığı
Hastaya Bakış Açısı	Hasta	Vatandaş	Müşteri	Müşteri

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Meslek kurumsal mantığı sağlık hizmeti alan insanları, tedavi edilmesi gereken, sağlığına kavuşturulması gereken "hasta" olarak tanımlamaktadır. Sağlık çalışanları

hastalar için en önemli önceliğin, doğru teşhis ve tedavinin olması gerektiğini savunmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları hastaların isteklerinden ziyade sağlık ihtiyaçlarının karşılanması gerektiğini düşünmektedirler. Devlet kurumsal mantığı sağlık hizmeti finansmanının tüm vatandaşların vergileriyle finanse edildiğini ve bu nedenle tüm vatandaşların eşit koşullarda, sağlık hizmetine erişiminin sağlanması gerektiğini savunmaktadır. Şirket kurumsal mantığı, şehir hastanelerine yapmış olduğu yatırımın karşılığını almayı, piyasa kurumsal mantığı ise kar elde etmeyi önceliklendirdiği için hastaları müşteri olarak tanımlamaktadır. Şirket ve piyasa kurumsal mantıkları hastaları müşteri olarak tanımlaması nedeniyle hasta memnuniyetine, isteklerine ve sadakatine en önemli öncelik olarak kabul etmektedir. Şehir hastanelerinde hastalara yönelik bakış açılarında farklılıklarının bulunduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"**Sağlık çalışanları daha çok hastaların iyileştirilmesine odaklanmış** memnun etmeye yönelik ekstra çaba göstermiyorlar." (Yusuf Bey, Hekim)*

> *"Kamudaki sağlık çalışanları **sadece hastanın tedavisinin yapılmasını yeterli görüyor**. Aslında hepimiz insanlara yardımcı oluyoruz. Devlet vatandaşlarına böyle hizmet imkânı sunmuş. Bu imkanlar kullanılarak sağlık hizmeti verilmeye çalışılıyor. Ancak günümüzde insanlar **ilgi bekliyor**. Sağlık hizmeti alırken **özen** bekliyor. **Empati** bekliyor. **Korkularının giderilmesini** istiyor. Alacağı **tedaviyi bilmek** istiyor. **Sadece hastalara muayene edilmesi tedavi edilmesi yeterli değil artık**. ... Şöyle söyleyeyim, hani **müşteri bilinciyle yaklaşıldığı için özel sektörde hastaya**, getirisi olacağı düşünüldüğü için o yüzden biraz daha hassas yaklaşılıyor. Yani biz şirket olarak **hastalara müşteri bilinciyle yaklaşıyoruz. Müşterinin memnun olması için daha fazla özen gösteriyoruz**. Onların her şeyiyle ilgileniyoruz" (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"**Sağlık çalışanları hastalara yardım edilecek kişiler olarak bakıyor**. Bu nedenle **sadece tedavi etmekle ilgileniyor**. Ama bizim için **gelen kişi bir müşteridir**. Nasıl daha sonraki süreçte tekrar gelecek, memnun kalırsa doktorundan hemşiresinden veya hizmetlerden memnun kalırsa tekrar gelecek. Sana bir reklam, bir gelir sağlayacak. Hastanenin boş olmamasına neden olacak. Sen diyorsun ki ben köyüme gittiğim zaman ben o hastaneden memnun kaldım. Diğer köydeki insanlarda buraya gelecek. **Bu nedenle özel sektör için müşteri bir yerde**. **Hasta demiyorsun müşteri. Müşteri dediğinizde sizden hak talep edebilecek kişi** gibi görüp memnun etmeye çalışıyorsunuz. Ama ha**sta dediğinde hani bir hak talep etmesin ben tedavi edeyim daha ne istiyor** gibi bir bakış açısı doğuyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Şehir hastaneleri ile birlikte şirketin dahil edilmesi **şirket hastaları zaten müşteri olarak görmektedir.** Devlet sağlıkta dönüşümle birlikte getirdiği uygulamalar **hastaları müşteri gibi konumlanmasına** neden olmaktadır. ... Ama ben sağlıkçılar açısından **sağlık hizmeti sunanlar açısından hastaya müşteri gözüyle bakıldığını düşünmüyorum.** Daha o noktaya gelmemişizdir. O noktaya gelmemeliyiz diye düşünüyorum. Çünkü hastaya müşteri tanımlamasını eğer biz yapmaya başlarsak, işte orada sağlık sistemi göçmeye başlamış demektir. İdarecilerin memnuniyetin artması üzerinden baskıları çok fazla. Hastanın memnun olması için gereken ne? Zaten orda hizmet alıyor. Hastayı memnun etmek için ihtiyacı olan hizmetin dışında ne vermemiz gerekiyor? Zaten performans sistemi söz konusu olduğundan beri her zaman **hastaya müşteri olarak bakılmaya başlandı** maalesef." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"**Özel sektör müşteri olarak görüyor hasta olarak değil**, direk müşteri olarak görüyor. Aslında **özel sektör o kişinin sağlık hizmeti alıp almamasına değil**, işte hızlı tedavi olup **memnun olmasına bakıyor.** Tabi ne kadar çok hasta bakarsan ne kadar çok hasta girişi olursa o kadar mutlu oluyorlar." (Göktuğ Bey, Hekim)*

*"Özel şirket tamamen **hastaları memnun etmeye ya da isteklerine odaklanıyor** daha çok. İşte nedir konfor, gösteriş, güler yüz, yönlendirme. Her şeyin hızlı olmasını, daha çok hasta bakılmasını önemsiyorlar gibi. Ama kamunun sunduğu sağlık hizmetinde **hastalar memnun olmayabilir**. Çünkü bizim **asıl amacımız hastayı iyileştirmek, sağaltmak.** Bu anlamda **her zaman hastayı memnun edemeyebiliriz.** Hastanın hastalığı her zaman iyileşmeyebilir. Tedavisi uzun süreç gerektiren veya tedavisi olmayan hastalıklarda bir hekim olarak sizin yapabileceğiniz sınırlı olduğu durumlarda hastayı memnun edemeyebilirsiniz. ... Bir hekim olarak hastaların isteklerini ya da memnuniyetini düşünmek değil bizim görevimiz. Onun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini vermek. Yani öncelikle ona zarar vermemek, hastalığını teşhis etmek, doğru tedaviyi uygulamak ve hastayı sağaltmak bizim önceliğimiz. Hastaneler kaos ortamıdır aslında. Oteldeki gibi insanlar oraya dinlenmeye ya da eğlenmeye gelmiyor. Acılarını dindirmeye geliyor. Bundan dolayı siz **hastaya otel müşterisi gibi davranamazsınız**. ... Her şeyi hızlı yapamazsınız. Tornacı değiliz ki ya da her hasta aynı değil ki. Her hastaya aynı sürede aynı hızda aynı şekilde hizmet veremezsiniz. Bu mümkün değil. Gerçi bunu yöneticilere anlatamıyorsun şirketin anlamasını beklemek mümkün değil." (Aras Bey, Hekim)*

*"Sağlık sektörü diğer sektörlerden farklı dinamikleri bunulan bir sektördür. Hastalara hizmet vermek dikkat gerektiren bir iştir. Bu anlamda **özel sektör hastaları diğer sektörlerde hizmet verdikleri müşteriler gibi görmekte** ve buna göre hizmet vermektedir. **Bizim için önce hasta iyileşsin sonra memnun olsun**. Ama özel sektörde bu sıralama değişmiş gibi. Önce hasta memnun olsun. İyileşmesi özel sektör açısından önemli mi emin değilim. Aslında bu konuda **devlet açısından baktığımızda da hasta sağlık hizmetine erişimi sağlansın, hasta randevu bulsun hekime ulaşsın kaygısı var** ama sonrasını düşünüyorlar mı ya da önemsiyorlar mı emin değilim. Yani **hasta hastaneden randevu alsın hekime gözüksün yeterli**. İyileşmiş iyileşmemiş çok da önemsenmiyor gibi. Açıklamaları dinlediğinizde şu kadar hastane, şu kadar yatak yaptık, şu kadar hastaya hizmet verdik, ekim başına şu kadar hasta düşüyor gibi hep sayısal ifadeler duyarsınız. Tamam bunlar önemlidir. Ama bence bu hastalar iyileşiyor mu? ... Bence şu an sağlık hizmetinin özünden bir kopuş bir kayma söz konusu. Sağlık hizmetinde **önceliğimiz hastaların iyileşmesi hatta insanları hastalıktan korumak**. Ama şu an **biz hastaların memnuniyeti üzerine odaklanmış** gibi duruyor. Hastayı memnun edelim tamam kabul ama iyileştirmek daha önemli olduğunu düşünüyorum. **Hasta iyileşince zaten memnun olacaktır.** Diğer sektörde müşterilerin beklentileri farklı olurken **hastaların beklentileri çok farklıdır**. Hasta memnun etmek için tıp bilimine aykırı bir şey yapamazsın. Bir otel müşterisini memnun etmek için taleplerini karşılayabilirsiniz. Ama bazen hastanın sağlığı için bazı taleplerini karşılamanız mümkün değildir. Bu nedenle **doktor ve hemşireler hastanın sağlığına ulaşması için gerekli tedavi ve bakımın yapılması önceliktir**. Bazı uygulamalar hastayı memnun etmeyebilir. **Önce hasta iyileşsin sonra memnun olsun**." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"**Biz müşterimiz olan hastaların memnuniyetini ön planda tutuyoruz.**" (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Ülkemizde sağlık hizmeti vatandaşlara sunulan bir hizmettir. Devlet her vatandaşına sağlık hizmetini sunuyor. Bu anlamda vatandaşın beklentilerini karşılamaya çalışıyor. Sosyal devlet anlayışı gereği **her vatandaşın sağlık hizmetine erişimin eşit bir şekilde kolayca** erişimini sağlanması gerekiyor. Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Hastanın hastaneye en kısa zamanda ulaşabilmesi, hastanın ihtiyacı olan **sağlık hizmetinin en kısa sürede** sunulmasıdır. Burada öncelikli olan hastadır yani. Hastanın hızlıca randevu alabiliyorsa, istediği şekilde muayenesini olabiliyorsa gerek laboratuvar olsun gerek*

görüntüleme olsun zamanında çektirebiliyorsa, hızlıca bir sonuca ulaşabiliyorsa, en büyük kriter bu olmalı bence…" (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)

*"Sağlık hizmeti almak insanların **doğuştan elde edilen bir haktır**. Bu nedenle **tüm vatandaşların sağlık hizmetine eşit koşullarda erişiminin sağlanması** bir başarıdır." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"**Hiçbir vatandaşa karşı ayrımcılık yapmadan tüm vatandaşlarımıza eşit sağlık hizmeti sunmak** bizim odak noktamızı oluşturuyor. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan **her vatandaşımızın hastanelere erişiminin kolaylaştırılması**, otel konforunda hizmet alması bizim önceliğimizdir. Ülkenin her yerine bütçenin elverdiği ölçüde mevzuatlar çerçevesinde **sağlık hizmetini yaymaya çalışıyoruz**. …" (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

4.3.3. Bina ve Demirbaş Yönetiminden Kaynaklanan Çatışmalar

Şehir hastaneleri, KÖİ ile inşa edilmiştir. KÖİ sözleşmesi kapsamında, hastane binasının inşaatı ve hastane içerisinde kullanılacak demirbaş malzemelerin temini özel sektörün sorumluluğundadır. Ayrıca hem bina hem de temin edilen demirbaşların yönetimi, bakım ve onarımı 25 yıl boyunca yine özel sektör sorumluluğundadır. Sağlık çalışanları sağlık hizmetinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için hastane binasında bazı düzenlemeler talep etmekte ve bazı gerekli demirbaş cihazların temin edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Sağlık çalışanlarının bina ve demirbaşlara yönelik taleplerinin karşılanmasında kamu tarafı sözleşme gereğince bina ve demirbaş sorumluluğunun şirket tarafında olduğunu belirtirken, şirket tarafı ise sözleşmede yazılı olan tüm sorumlulukları yerine getirdiğini ve sözleşme dışı taleplerin karşılanamayacağını ifade etmektedir. Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde bina ve demirbaş yönetimi konusunda "meslek", "devlet" ve "şirket" kurumsal mantıkları arasında çatışma bulunmaktadır. Bina ve demirbaş yönetiminden kaynaklana çatışmalar teması altında "Fiziki Alanların Kontrolü" ve "Demirbaş Talebi" alt temaları belirlenmiştir.

- **Fiziki Alanların Kontrolü**

Şehir hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanları, daha iyi sağlık hizmeti sunulabilmesi için bazı fiziki alanların düzenlenmesi talep etmektedir. Kamu tarafı, fiziki alanların yönetim hakkının ve sorumluluğunun şirket tarafının sorumluluğunda olduğunu ve şirketin gerekli düzenlemeleri yapması gerektiğini ifade etmektedir. Şirket tarafı ise hastane binasının sözleşmeye uygun olarak yapıldığını, talep edilen düzenlemelerin sözleşmede bulunmadığını, sözleşme dışına çıkılamayacağını, binaların akıllı binalar olması nedeniyle bütüncül yapısının bozulmasının uygun olmadığını ve fiziki alanlardaki düzenlemelerin maliyetini karşılamalarının mümkün olmadığını belirtmektedir. Katılımcıların görüşlerine bağlı olarak hastane binasındaki fiziki alanlara yönelik talepler

"meslek", "devlet" ve "şirket" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 31. Fiziki Alanların Kontrolünden Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Devlet Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı
Fiziki Alanların Kontrolü	Sağlık hizmeti sunumu, sağlık personelin ihtiyacı ve tıbbi eğitim için bazı fiziki alanlarda düzenleme yapılması gerekmektedir.	Hastane binasındaki gerekli fiziki değişiklikler özel sektör tarafından yapılmalıdır.	Hastane binasının yönetimi 25 yıl boyunca şirkette. Kamu kiracı. Hastaneler akıllı binalardan oluştuğu için değişiklik yapmak hem çok maliyetli hem de çok zor.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Meslek kurumsal mantığı sağlık hizmeti sunumu, sağlık personelin ihtiyacı ve tıbbi eğitim için bazı fiziki alanlarda düzenleme yapılmasını talep etmektedir. Devlet kurumsal mantığı fiziki alanlara yönelik sağlık çalışanlarından gelen taleplerin sözleşme kapsamında şirket tarafından karşılanması gerektiğini ifade etmektedir. Şirket kurumsal mantığı ise hastane binasında fiziki değişiklik yapmanın sözleşme, maliyet ve bina yönetimi açısından uygun olmadığı belirtmektedir. Fiziki alanların kontrolünden kaynaklı kurumsal mantık çatışmalarının bulunduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şimdi sorunların **en başında fiziki yer temin sorunumuz** var. Bu binalar kurgulanırken bir plan dahilinde yapılmış. Bizim **kişi sayımız sürekli değişiyor**. Hastanemiz planlandı, açıldı. Ondan sonra bir **anda personel sayısı arttı.** Asistan alımlarına başlandı. Herhangi bir eğitim araştırma hastanesi olabileceğine yönelik gerekli ön planlama oluşmamış fiziken. **Gelen asistanlarımızın hiçbirine oda veremedik. Odaları paylaştık. Uzman hekimler olarak asistanlarımızla oda paylaşıyoruz.** Bu alanda on kişi varız. On kişiye bir bilgisayar, bir yazıcı, bir masa olmaz, en azından iki ya da üç tane olması lazım ki işleyiş devam etsin. **Bu alana diyor mesela ek bir çalışma masası getiremezsiniz.** Bu alana bir tane tanımlanmış. En büyük olumsuzluklar fiziki mekanların oluşturulmasında planlamalar çok eksik yapılmış, bir anda personel sayıları ile orantılı düşünülmemiş." (Yusuf Bey, Hekim)*

> *"Şehir hastanesinde mesela çoğu yerde **dinlenme odası düşünülmemiş**. Bir **hemşire dinlenme odası düşünülmemiş** mesela. Veya bir **doktor dinlenme odası düşünülmemiş**. Bunlar mesela yapılmak istendiği zaman bunlar şirkete söyleniyor. Ama burada bina özel şirketin. Biz burada kiracıyız. Dolayısıyla şirket bu tarz taleplere olumlu cevap vermiyor. **Şirket** binaların akıllı olduğunu, herhangi bir değişiklik durumunda alt yapının bozulacağını veya sistemin adapte edilmesinin mümkün olmadığını söylüyor. **Sözleşme dışına çıkamayacaklarını** ve bu değişikliklerin maliyetli olacağını söyleyerek **fiziki alanlarda değişiklik yapmıyorlar**. Devlet hastanesinde biz burayı dinlenme odası yapalım dediğimiz zaman dinlenme odası yapabiliyordunuz orayı." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"Şöyle benim gözlemimi söyleyeyim size, devlet hastanesinde hekim ve hemşireler sağlıkla ilgili veya hizmet sunumuyla ilgili bir talepleri olduğunda eğer hastanenin bütçesi varsa karşılanma eğiliminde oluyor genellikle. Çünkü hastaya doğrudan sağlık hizmeti sunan iki ana meslek olduğunuz için sizin talepleriniz değerli görülüyor. Burada her ne kadar devlet bunun değerli olduğunu görse de karşıda özel sektör var. İkili, karşılıklı anlaşma olmadığı sürece bu talepler sağlık açısından veya sağlık hizmeti sunumu açısından önemli olmasına rağmen onay bekliyor, onaylanmazsa da kalıyor. Ama*

*burada firma tarafı daha keskin olduğu için bazı konularda sıkıntı yaşanıyor açıkçası. **Camların açılmasını istiyorduk** mesela biz **klinikteki hemşire odaları, poliklinikteki doktor odaları açılır cam değil**. Mesela bunun talebini yaptık. Şirket diyor ki; **hayır sözleşmede bu camlar bu şekilde olması gerektiği için biz bunu değiştiremiyoruz**." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Çoğunlukla hastane personelinin en azından bir 5-10 dakika nefes alabileceği bir alan olurdu. Artık o yok. Yani **personelin dinlenmesi, hava alması için hiç bir alan yok. Yapay havalandırma, yapay ışıklandırma.** Binanın bir tarafındaki odalar sadece dışarıya bakıyor. Bir tarafındakiler bakmıyor. **Bazı birimlerin dışarı bakan penceresi hiç yok**. Koridorun öyle bir bölümünde kalmış. Yapay havalandırma ve yapay aydınlanma kesinlikle psikolojik anlamda da olumsuz etkiliyor. İlk açıldığımızda hepimizde çok ciddi baş ağrısı sorunu oldu. Güneşi göremiyor ve oksijen veremiyor olmaktan. Kapalı alan fobisi yaşadık, daha doğrusu kapalı alan sendromu yaşadık. Ve hala yapay havalandırmadan kaynaklı gün sonu muhakkak baş ağrısı muhakkak oluyor. Mesleki anlamda sağlık hizmetinin sunumunun dışında bunlar. Gerçekten bizi psikolojik anlamda fiziksel anlamda etkileyen faktörler. Yani sonuçta gün ışığından faydalanamamanın ruh sağlığı üzerinde etkisi olduğu tıbbi anlamda kanıtlanmış bir şey. Pencere açılmasını talep ettik ama **binada değişiklik yapılamadığını söylediler.** Sanırım **sözleşme süresi boyunca bina şirketin sorumluluğunda**. Kabul etmediler." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"Bir doktor odamız yok. Çok istedik. Bir doktor odası olmaz mı? İnsan öyle koca hastanede doktorların bir araya gelip, iki çift laf edeceği, bir nefes alacağı, oturacağı bir yer yani. Bir oda olmaz mı? Yapılmamış planlanmamış. Hani şirketin söylediği **bakanlığın planında doktor odası yok, yapmadık**. Ve **yapmak istemediler** de. Şimdi bir şey istiyorsunuz. Mesela bizim **polikliniklerimizin penceresi yok**. Bir havalandırma sistemi kurmuşlar. Hava alamıyorsunuz ve bu kötü bir şey. **Defalarca bunu dile getirdik. Başhekimlik tek başına tamam oralara pencere yapalım diyemiyor**. Yani şirkete **bağlısınız.** Ya da kapıya bir şey takılacak, kilit, başhekimlik karar veremiyor. Şirkete bağlı. Şirketin CEO'sunun bakması, olur demesi lazım. Mesela fiziki şartlarla ilgili bir şey söylediğinizde şirketin CEO'sunun söylediği Bakanlıkla bu şekilde anlaşıldı. Anlaşma bu şekilde, yaptığımız **sözleşme bu şekilde oluyor**. Yani şirket bunu böyle söylüyor. **Başhekimlikte şirket kabul etmeden kabul edemeyiz diyor**. Siz ortada kalıyorsunuz, niye yapmıyorlar bilmiyorum. … Anladığım kadarıyla şöyle, Bakanlığın bir şartnamesi varmış, adına şartname diyeyim. Bir şey hazırlanmış, şirkette aynısını yapmış. Yani siz bunu şirket sizin hani camdan nefes almak istediğinizi, o kişisel ihtiyacınızı önemsemiyor ki. Söylediğimizde de dediği şey şu; biz Bakanlıkla bu şekilde anlaştık. Bunu biz böyle yaptık. Nokta, bitti. Daha ne diyeceksiniz. İmzaladığımız anlaşma bu şekilde diyor." (Lina Hanım, Hekim)*

*"Kamu ile özel sektör işbirliği yaptı. Bu işbirliği kapsamında da sözleşme yapıldı. Sözleşme kapsamında özel sektör de önemli yatırımlar yaptı. Tabiki ki bu yaptıkları yatırımın karşılığını almak istiyorlar. Bunu yaparken de sözleşmedeki haklarını kullanıyorlar. Ama bazen sözleşme dışına çıkmak gerekebiliyor. Burada özel sektör sözleşme dışına çıkmak istemiyor. Burada bakış açısında farklılık olabiliyor. Farklılık olması da normal. Örnek vermek gerekirse bize göre son derece basit olan **bir bilgisayar kablosu çekmek veya bir kapı açmak veya bir bölme oluşturmak** sözleşmelere bağlı hareket edildiği için sanılandan daha uzun sürebiliyor. **Özel sektör tarafı sözleşmede yazmayan hiçbir şeyi yapmıyor.** Ama hastanenin işleyişinde bazı şeylerin yapılması gerekiyor. Bu sözleşmede yazmayan şeyler de olabiliyor bazen. **Özel şirket bu durumda katı olabiliyor**. Çünkü **bu işler ekstra maliyet oluşturuyor** ve **özel şirket bu maliyeti karşılamak istemiyor**. Bu bazen sorunlara neden olabiliyor." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"En büyük sorunumuz işleyişle ilgili demirbaş alımı ve **bina yönetimi** ile ilgili. Sözleşme burada bağlayıcı oluyor. Bina ve demirbaşla ilgili taleplerin karşılanması, bunun için uygulanacak prosedürler, karşılıklı görüşmeler uzun sürüyor. Eskiden olduğu gibi **binayla ilgili**, demirbaşlarla ilgili ya da yardımcı hizmetlerle ilgili doğrudan **kamu karar***

***alıcı durumda değil**. Bu alanlarda **özel şirket** hizmet veriyor. Sorumluluk onlarda. Dolayısıyla **karar hakkı da tabi olarak onlarda** oluyor. Bu durum bazen bizleri zorluyor. Eski alışkanlıklarımız ya da eski uygulamalarımız nedeniyle bazen adapte olmakta zorlanıyoruz. Eskiden bina konusunda ihtiyaç doğrultusunda gerekli düzenlemeleri yapabiliyorduk. Kendimiz karar alıp uygulayabiliyorduk. Ama şimdi **şirketin onaylamadığı bir şeyi yapamazsınız binayla** ilgili. Aynı şekilde demirbaş alımlarında bütçenin sunmuş olduğu imkanlar çerçevesinde alımlar yapabiliyorduk." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"Öncelikle tadilattan başlayalım. B**inaya çivi çakmak isteseniz firmadan izin almak zorundasınız. Zaten kendi başınıza yapamıyorsunuz.** Tüm tamirat, tadilat, alanla ilgili değişiklikler **zorunlu bile olsa** yapılması zorunlu bile olsa siz bunu yönetici bile olsanız, tüm yöneticiler 911 kaydı açıyorlar. Yine bunu komisyonda görüşüyorlar. Firma bunu uygun görüyorsa yapıyor." (Defne Hanım, Hemşire)*

- **Demirbaş Talebi**

Şehir hastanelerinde, sözleşme kapsamında demirbaşlar şirket tarafından karşılanmaktadır. Şirketin temin edeceği demirbaşlar, sözleşmede net bir şekilde belirlenmiştir. Oldukça dinamik bir alan olan sağlık sektöründe ihtiyaçlar da dinamiktir. Bu nedenle gerek dinamik bir sektör olan sağlık alanının değişkenliği gerekse sözleşmede eksik belirlenmiş olan demirbaşların temin edilmesinde sıkıntı yaşanmaktadır. Hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunum sürecinde bazı medikal cihaz ve demirbaşlara ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir. İhtiyaç duyulan demirbaşların temininde kamu tarafı, özel sektörün sorumluluğunda olduğunu belirtirken özel sektör tarafı, sözleşmedeki demirbaşların temin edildiğini, sözleşme dışında talep edilen demirbaşların temin edilmesinde sorumluluklarının bulunmadığını ifade etmektedir. Katılımcıların görüşlerine bağlı olarak, sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan demirbaşların teminine yönelik "meslek", "devlet" ve "şirket" kurumsal mantıkları arasında çatışma bulunduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 32. Demirbaşlara Yönelik Taleplerden Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Devlet Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı
Demirbaş Talebi	Hastaların doğru teşhis ve tedavisinin yapılabilmesi için bazı demirbaşlar eksik. Eksik demirbaşların tamamlanması gerekmektedir.	Şehir hastanelerinde demirbaşlar özel sektör tarafından getirilmesi gerekmektedir. Kamu bütçesinden alınırsa Sayıştay denetiminde sorgu çıkmaktadır.	Sözleşme dışında kalan demirbaşlar şirketin sorumluluğumda değildir.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Meslek kurumsal mantığı, sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan medikal cihazların ve demirbaşların tamamlanması gerektiğini ifade etmektedir. Devlet kurumsal mantığı, sözleşme kapsamında demirbaşların temini ve bakım onarımının özel sektör sorumluluğunda olduğunu belirtmektedir. Şirket kurumsal mantığı ise, sözleşmede

belirtilen medikal cihazların ve demirbaşların temin edildiğini, sözleşmede yazmayan demirbaşları temin etmelerinin mümkün olmadığını, bu konuda sorumluluklarının olmadığını düşünmektedir. Talep edilen demirbaşların temin edilmesi hususunda ortaya çıkan görüş ayrılıklarına ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"... Hastane ilk açıldığında, sözleşmede belirli sayıda poliklinik ayarlandığı için sözleşme gereği fazla doktor olduğunda, ekstra polikliniği açamıyoruz. Daha doğrusu odayı açıyorlar tamamda,* ***alet, edevat, cihaz temin edemiyoruz****. Sözleşme gereği deyip topu birbirlerine atıyorlar. İdare özele, özel kamuya birbirlerine top atıyorlar." (Göktuğ Bey, Hekim)*

> *"Diyabet hastalarının işte parmaktan kan şekeri ölçülüyor ya. Bu işlem için ilk iki ay için herkes eski hastanelerinden getirdiği cihazlarını kullandı. Bunlar sonra bittiler. Şimdi yöntem beyanında bazı şeyler ucu açık yuvarlak yazılmış. Yapılır ya da kesinlikle yapılmaz değil de yapılabilir, alınabilir verilebilir gibi. Orda laboratuvar kısmında hastanın tüm ölçümleri, kan ölçümleri, tüm değerleri ile ilgili firma tarafından yapılır diyor. Şimdi Bakanlık buna dayanarak diyor ki; kan şekeri bir ölçümdür, bunu firma karşılamak zorunda diyor. Firmada diyor ki; tamam biz diyor tüm laboratuvar sonuçlarını çalışmayı taahhüt etmiştim. O zaman hastanın kanını alın gönderin bana, ben size kan şekerini söyleyeyim diyor. Şimdi siz her seferinde hastanın kolunu deleceksiniz, kan alacaksınız bu bir, malzeme harcayacaksınız hem kanı almak için hem kanı koymak için iki, taşıma kullanacaksınız üç. Ama firma diyor ki; ben size* ***yöntem beyanında yazan standartlara uygun cihazı sunmuşum*** *diyor. Siz bunu diyor kullanmalısınız, kullanmak istemiyorsanız da* ***kamu olarak kendiniz parasını verirsiniz cihazı alırsınız*** *diyor." (Defne Hanım, Hemşire)*

> *"En büyük sorunumuz işleyişle ilgili* ***demirbaş alımı*** *ve bina yönetimi ile ilgili. Sözleşme burada bağlayıcı oluyor. Bina ve* ***demirbaşla ilgili taleplerin karşılanması****, bunun için uygulanacak prosedürler, karşılıklı görüşmeler uzun sürüyor. Eskiden olduğu gibi binayla ilgili,* ***demirbaşlarla ilgili*** *ya da yardımcı hizmetlerle ilgili doğrudan* ***kamu karar alıcı durumda değil****. Bu alanlarda* ***özel şirket*** *hizmet veriyor. Sorumluluk onlarda. Dolayısıyla* ***karar hakkı da tabi olarak onlarda*** *oluyor. Bu durum bazen bizleri zorluyor. Eski alışkanlıklarımız ya da eski uygulamalarımız nedeniyle bazen adapte olmakta zorlanıyoruz. Eskiden bina konusunda ihtiyaç doğrultusunda gerekli düzenlemeleri yapabiliyorduk. Kendimiz karar alıp uygulayabiliyorduk. Ama şimdi şirketin onaylamadığı bir şeyi yapamazsınız binayla ilgili. Aynı şekilde* ***demirbaş alımlarında bütçenin sunmuş olduğu imkanlar çerçevesinde alımlar yapabiliyorduk.****" (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

> *"Bize şehir hastanesinde olacak olan malzemelerin listesi geldi, ameliyathane listeleri. Bize hep şöyle söyleniyordu; bugün işte bu hastanede hizmet vereceğiz, yarın şehir hastanesinde hizmet vereceğiz. Yani ceketimizi alıp çıkacağız diye. Sonra baktık ki* ***bazı cihazlar eksik****.* ***Sözleşmede yok*** *yani. Malzeme olmayınca ameliyat yapabilen bir hekim değilim. Malzemesiz yapamam. Bizim malzemelerimiz yok. Biz ne yapacağız. Yeni hastaneye geçeceğiz. Ameliyatlar duracak falan. Mesela şey, en güncel şeyi söyleyeyim size, bizim hibrit ameliyat odalarımız var. Adam her şeyi döşemiş* ***anjiyo ünitesini almamış****. Şimdi anjiyo ünitesini niye almadın diyorsun.* ***Sözleşmede yazmıyor*** *diyor. Firmaya söylüyorsun* ***şu şu malzemeler eksik****. Bu malzemeler olmadan ben hastaya bakamam. Firma da diyor ki; ben* ***sözleşmede yazılı olan her şeyi aldım****.* ***Sözleşme dışına çıkmam. Ekstra para harcayamam****. Sözleşmeye eklerseniz ve bana paramı verirseniz alırım. Aksi takdirde alamam diyor. Firma da kendince haklı. Doğru şimdi bir anjiyo ünitesi almaya kalksan, yani çok büyük para. Devlette bunu firmaya itelemeye çalışıyor. Firmada bunu yemiyor. E* ***bakanlık ta alamıyor. Sayıştay korkusu nedeniyle****. ... Yarın*

bir gün işte Sayıştay geldiğinde bunu niye böyle yaptın, bunu niye şöyle yaptın dediği için inisiyatif alamıyorsunuz. Eliniz kolunuz bağlı" (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)

Sayıştay raporlarında, şehir hastaneleri sözleşmesi kapsamında yüklenici tarafından karşılanması gereken demirbaş, tıbbi cihaz ve aletlere yönelik şu eksiklikler tespit edilmiştir:

"Şehir hastanesi sözleşmeleri kapsamında şirket tarafından hastaneye teslim edilen cerrahi setlerin bir kısmının hekim tespitlerine göre kullanımının mümkün olmadığı, bir kısmının ise kullanıcılar tarafından ***uygun kalitede bulunmaması*** *nedeniyle kullanılamadığı, hastane yönetiminin elinde bulunan ve görevli şirket tarafından tedarik edilmesi gereken ekipmanların listesi (EK-13) ile görevli şirketin dikkate aldığı* ***listelerin birbirinden farklı*** *olduğu, EK-13'te yer alan tıbbi cihazların bir kısmının nihai kullanıcı olan* ***sağlık personelinin ihtiyacını karşılar nitelikte ve nicelikte olmadığı*** *... görülmüştür. ...Bununla birlikte, bazı görevli şirketler tarafından tedarik edilen cerrahi setlerin bir kısmının kullanılamadığına dair doktorlar tarafından düzenlenen tutanaklar bulunmaktadır. Bu nedenle cerrahi setlerin kalitesi ve standardına ilişkin düzenlenen tutanakların dikkate alınması önerilmektedir." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018:26, 31)*

Şehir hastanelerinde demirbaş eksikliği nedeniyle kapanan hastanelerden bazı cihazlar getirilmiştir. Eski hastaneden kamunun getirmiş olduğu bazı cihazların kalibre edilmesi, bazı cihazların da belirli sürelerle bakım onarımının yapılması gerekmektedir. Bu noktada, şehir hastanesindeki demirbaşların şirket tarafından karşılanması gerektiği için kalibrasyonun ve bakım onarımın da şirket tarafından yapılması gerekmektedir. Ancak şirket kendi getirdiği demirbaşları kalibre ederken veya bakım onarımını yaparken kamunun getirdiği demirbaşların kalibre edilmesinin ve bakım onarımın şirket sorumluluğunda değil kamunun sorumluluğunda olduğunu ileri sürmektedir. Bu durum, katılımcılardan Asya Hanım ve Hamza Bey tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

"Şehir hastanelerindeki biyomedikal cihazların, malzemelerin büyük çoğunluğunu firma sağladı. Ama firmada dediğim gibi 10 yıl önce yapıldığı için bu sözleşme, belirlenen sayılar şu anda ihtiyacın altında. O nedenle eski hastanelerimizde kullandığımız, hala kullanıma uygun olan, iyi durumda olan cihazlar da getirildi. Onlar da kullanılıyor. Ya da burada firmanın sağlamadığı, orada özellikli olan cihazlar getirildi. Onlar da kullanılıyor. Şimdi ***bu cihazların kalibrasyonunun yapılması gerekiyor****. Yılda bir defa kalibrasyon etiketlerinin olması gerekiyor.* ***Firma kendine ait olan cihazları yılda bir defa kalibre ediyor, etiketliyor****. Ama* ***kamunun getirdiği malzemelerin bir kalibrasyonu yok****.* ***Firma kamunun getirdiği cihazları kalibre etmek zorunda olmadığını söylüyor****. (Asya Hanım, Hemşire)*

"Kendi getirdiğim demirbaşın maliyetleri bana biniyor. Nedir, ***bakım onarımı, kalibrasyonu*** *benim ödediğim para o para. Kendi demirbaşımdan bahsediyorum. Şimdi şirketin getireceği de o da bizim demirbaş. Ama kamu özel mantığıyla alınan demirbaş, öbürü satın alma mantığıyla alınan demirbaş.* ***Kamu özel mantığıyla alınan bir ürünün tüm bakım onarımı her türlü kalibrasyonu şirketin uhdesinde. Bizim cihazların bütün sorumluluğu benim uhdemde****." (Hamza Bey, Kamu Yöneticisi)*

Sayıştay raporlarında şehir hastanelerinde bazı demirbaş, tıbbi cihaz ve aletlerin kapatılan hastaneden getirildiğine yönelik tespitleri şu şekildedir:

*"... yapılan incelemede, şehir hastanelerindeki cerrahi setlerin hem nitelik hem nicelik yönünden yeterli olmaması nedeniyle **kapanan hastanelerden çok sayıda cerrahi setin sağlık personelince şehir hastanelerine getirildiği** anlaşılmaktadır." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu,2018: 31)*

*"Şehir Hastaneleri Sözleşmelerinin "Ekipmanlar" başlıklı Eki olan Ek-13'de yer alan, firma tarafından tedarik edilecek ve toplam sabit yatırım tutarına dahil edilecek tıbbi ekipman sayılarının sağlık hizmetinin sunumunda yetersiz kalması nedeniyle **kapatılan hastanelerden tıbbi ekipman getirildiği** anlaşılmıştır. ... Sözleşme kapsamında tıbbi ekipmanların temini görevli şirketin sorumluluğundadır. Söz konusu sağlık tesislerinin ihale dönemlerinde tıbbi cihazlara ilişkin ihtiyaç tespiti için ayrıntılı bir çalışma yapılarak tıbbi cihaz listelerinin oluşturulması gerekmektedir. ... sözleşme hükümlerine istinaden, Ek-13'de ihtiyaç duyulan tıbbi ekipmanın listesi bulunmaktadır. Ancak Ek-13'de bulunan tıbbi ekipman listeleri incelendiğinde, tıbbi cihaz sayılarının açılan Şehir Hastanelerinin sağlık hizmet sunumuna ilişkin ihtiyaçları için yeterli olmadığı ve kapatılan hastanelerden tıbbi ekipman getirildiği tespit edilmiştir. ... Uygulamada kapatılan hastanelerden açılan Şehir Hastanelerine tıbbi ekipman getirilmektedir. Ancak bu noktada da İdare tarafından **kapanan devlet hastanelerinden getirilen tıbbi ekipmanların bakım ve onarımlarının kim tarafından yapılacağı sorunu** ortaya çıkmaktadır. … görevli şirket Ek-13'de yer alan ve şirket tarafından getirilen ekipmanların bakım ve onarımını sözleşme kapsamında yapmakta, ancak İdare tarafından getirilen tıbbi ekipmanların bakım ve onarımlarına ilişkin sözleşmede bir hüküm bulunmamaktadır. Çünkü yukarıda belirtilen sözleşme hükümlerinden de anlaşılacağı üzere, tıbbi ekipmanın getirilmesi sözleşme kapsamında görevli şirketin yükümlülüklerinden biri olup, tıbbi ekipman listesinin ihtiyaca binaen hazırlanarak tüm ihtiyaç duyulan ekipmanın şirket tarafından sağlanması esastır. ... Bu itibarla, Sözleşme eki Ek-13'de yer alan tıbbi ekipman listeleri hazırlanırken sağlık hizmet sunumu için gerekli olan tıbbi ekipmanlar ve ekipman sayılarının yapılacak ihtiyaç analizleri ile doğru bir şekilde belirlenmesinin ve yatırım döneminde tıbbi ekipman listelerinin güncellenmesi halinde kullanım bedeli revizyonunun yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir. (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu,2019: 77-78; 2020: 50-51)*

4.3.4. Personel Yönetiminden Kaynaklanan Çatışmalar

KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde hem kamu personeli hem de özel sektör personeli görev yapmaktadır. Kamu personeli asıl iş olarak tanımlanan sağlık hizmeti sunumundan sorumludur ve kamu yöneticilerine bağlı olarak görev yapmaktadır. Özel sektör personeli ise yardımcı iş olarak tanımlanan sağlık hizmeti sunumu için uygun koşulların oluşturulmasından sorumludur ve şirket yöneticilerine bağlı olarak görev yapmaktadır. Her ne kadar sağlık sektöründe aşırı iş bölümü ve görev tanımları bulunsa da sağlık alanın dinamik olması nedeniyle acil durumlar başta olmak üzere sağlık çalışanları görev tanımının dışına çıkmak zorunda kalmaktadır. Bu zorunluluk, sağlık çalışanlarının fedakarlık yapmaları ve özgecil hizmet sunmaları gibi mesleki normlar haline gelmiştir. Hastaların ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanları hastanın zarar görmemesi ve sağlığına kavuşabilmesi için görev tanımında olsun ya da olmasın sağlık hizmeti sürecini yürütmektedirler. Şehir hastanesinde görev yapan şirket çalışanlarının görev tanımları, sözleşmeye bağlı olarak oluşturulan yöntem beyanında net olarak

belirlenmiştir. Özel sektör çalışanları, bu görev tanımı dışına kesinlikle çıkmamaktadır. Görev tanımı dışına çıkılmamasına yönelik şirket yöneticilerinin de sıkı denetimi söz konusudur. Şirket yöneticileri kendi personellerinin sağlık eğitimi olmadıklarını, bu nedenle hastalara yönelik inisiyatif almalarının mümkün olmadığını, yöntem beyanı dışına çıkılmasının hastalara zarar verme riskini alamayacaklarını ifade etmektedirler. Bu bağlamda meslek kurumsal mantığı ile şirket kurumsal mantığı arasında çatışma bulunmaktadır.

Şehir hastanesinde personel havuz sistemi ve buna bağlı olarak personel rotasyonu uygulaması bulunmaktadır. Özel sektör çalışanlarının belirli aralıklarla görev yerleri değiştirilmektedir. Çok büyük hastaneler olan şehir hastanelerinde, alanda personel ihtiyacı söz konusu olduğunda talep açılarak personel havuzundan ek personel görevlendirilmektedir. Hem rotasyon uygulaması hem de havuz sistemi nedeniyle birimlerde çalışan özel sektör personeli sürekli değişmektedir. Şirket yöneticileri personel verimliliği, denetim, kişisel ilişkilerin hizmet sürecini aksatmasını önlemek ve maliyetleri düşürmek amacıyla rotasyon ve havuz sistemini katı bir şekilde uygulamaya çalışmaktadır. Bu konuda sağlık çalışanları ise, sürekli personel hareketliliğinin sağlık hizmeti sunum sürecini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Sağlıkta her birimin kendine özgü işleyişi, dinamikleri ve belirli kuralları bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları, sürekli personel rotasyonu uygulaması veya ihtiyaç duyulduğunda personel havuzundan sürekli farklı personellerin yönlendirilmesinin acil servis, ameliyathane, yoğun bakım gibi farklı dinamikleri olan birimlerde aksamalara neden olduğunu ifade etmektedirler. Personel havuz sistemi ve rotasyon uygulaması genel olarak uygulanmasının yanı sıra sağlık çalışanları bazı özel birimlerde personel sabitlemesinin yapılmasını talep etmektedir. Bu bağlamda personel havuz sistemi ve rotasyonu açısından meslek kurumsal mantığı ile şirket kurumsal mantığı arasında çatışma bulunmaktadır.

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde personel yönetimi "meslek" ve "şirket" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olmaktadır. Personel yönetiminden kaynaklanan çatışmalar teması altında "Aşırı İş Bölümü ve Net Görev Tanımları" ve "Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonu" alt temaları belirlenmiştir.

- **Aşırı İş Bölümü ve Net Görev Tanımları**

Şehir hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumunun dinamik yapısı nedeniyle özel sektörün aşırı iş bölümü ve görev tanımlarının net ve katı

bir şekilde uygulanmasının uygun olmadığını belirtmektedir. Sağlık çalışanları özellikle acil durumlarda her bir hastane çalışanının görev tanımında olsun ya da olmasın yardımcı olması gerektiğini düşünmektedir. Şirket tarafı ise, çalışanlarının sağlık eğitiminin olmaması nedeniyle görev tanımı dışına çıkmalarının hastalara zarar verme ihtimali bulunduğu için kesinlikle yöntem beyanında bulunan görev tanımlarına mutlak uyum sağlamaya çalıştıklarını ifade etmektedir. Katılımcıların görüşlerine bağlı olarak özel sektör çalışanlarının aşırı iş bölümü ve net görev tanımlarının bulunması "meslek" ve "şirket" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 33. Aşırı İş Bölümü ve Görev Tanımların Net Olmasından Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı
Aşırı İş Bölümü ve Net görev tanımları	Sağlık hizmeti sunumu, belirsiz ve karmaşık bir süreçtir. Görev tanımlarının bu kadar net olması mümkün değildir. Bazı durumlarda özellikle aciliyet gerektiren durumlarda hasta için görev tanımlarının dışına çıkılması gerekmektedir.	Görev tanımları yöntem beyanında net olarak belirlenmiş ve yöntem beyanı dışına çıkılması mümkün değildir. Herkes görevini yapsın.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Meslek kurumsal mantığı, sağlık hizmeti sunumu sürecinde özellikle acil durumlarda özel sektör çalışanlarının verilen talimatlara "benim görev tanımımda yok" diyerek yardımcı olmadıklarını ve bunun uygun olmadığını düşünmektedir. Bazı durumlarda görev tanımı dışına çıkılması gerektiğini ifade etmektedir. Meslek mantığına göre belirsiz, aciliyeti olan, dinamik ve insan hayatını etkileyen bir sektörde bu kadar keskin iş bölümü ve görev tanımının olması mümkün değildir. Şirket kurumsal mantığına göre "herkes görevini yapsın" anlayışı bulunmaktadır ve kesinlikle görev tanımı dışına çıkılması müsaade edilmemektedir. Şehir hastanelerinde özel sektör çalışanlarının aşırı iş bölümü ve net görev tanımları nedeniyle çatışmalarının bulunduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Açıkçası **özel taraf çok daha net**. Hani **görev tanımları** çerçevesinde neler yapılacağı belli onların. Şu cümleyi çok duydum; **benim görev tanımıma girmiyor**. Yani **kimin görev tanımına giriyor o zaman**. Bu çok büyük bir sorun. Bu görev tanımlarını kim belirlemiş? Bir iş var ortada yapılması gereken ama hiçbir kimse üslenmiyor o işi. Sağlık hizmeti verilen hastanelerde **görev tanımlarının bu kadar keskin sınırlarla belirlenmiş olması ve kesinlikle bu sınırlar dışına çıkılmaması sağlık hizmetinin doğasına aykırı**." (Elif Hanım, Hekim)*

> *"Şirket **net görev tanımlarıyla, iş bölümüyle** her şeyi yapılandırabileceğini düşünüyor. Yani **sağlık hizmetlerinin belirsizliğinin** tamamıyla yapılandırılamayacağını atlayıp, sanki bir otel gibi, otelde her şeyi yapılandırabilirsiniz. Ama sa**ğlık hizmetinin aciliyeti var, belirsizliği var, bir kaos ortamı olabiliyor** ve o an o **personelin fedakârlık yapması** gerekebilir. Fazladan kişi çalışması gerekebilir. **Mesai saati uzayabilir. Bir sürü belirsizlik var**." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

"Burada biraz daha farklı işler. Çünkü bizim çok ait hissetmediğimiz bir dil var onlarda. ***Görev tanımları var ve o görev tanımları onlar açısından çok net.*** *Hani böyle çok keskinler. Firma* ***görev tanımlarının esnetilmesinin sözleşmeye aykırı*** *olduğunu söylüyor. Ayrıca çok çalışan olduğu için* ***yönetimi ve denetimi kaybetmek istemiyoruz*** *diyorlar.* ***Çalışanların kişisel ilişki kurmalarının verimliliklerinin ve işe özenlerinin azalacağını*** *düşünüyorlar. Yani ortak dili bulmakta zorlanıyoruz. Şimdi bizim* ***sağlık sektöründe çok fazla keskin bir görev tanımımız yok****. Özellikle* ***hemşireler, hekimler, bunu biz yaparız, şunu asla yapmayız deme lüksümüz yok****. Çünkü insana hizmet ediyoruz.* ***İnsana yapılan hizmetin içinde her şey keskin olamıyor, net sınırlar koyamıyorsunuz.*** *Önemli olan hasta sağlığı ve güvenliği olduğu için* ***biz bu sınırları hasta lehine hep esnetmek tarafındayız****." (Asya Hanım Hemşire)*

"Şirketin sözleşme ve yöntem beyanına göre ***her personelin görev tanımı*** *var. Şirket çalışanları bu* ***görev tanımlarının dışına kesinlikle çıkmıyorlar****. Aldıkları talimat bu yönde. Şunu diyebiliyor; ben şirket elemanıyım, bu* ***benim görevim değil diyebiliyor****. Mesela ameliyat sonrası* ***dezenfektan ekibi başka bir ekip, temizlik ekibi başka bir ekip, hastayı getiren başka bir ekip, götüren başka bir ekip.*** *Ama devlet hastanesinde temizliği de dezenfektanı da mesela aynı kişi yapıyordu. Hatta taşımayı da aynı kişi yapıyordu. Gidiyordu, servisten alıyordu, ameliyata götürüyordu. Sonrasında temizliğini yapıyordu falan derken hastayı da götürüyordu. Yani devlet hastanesinde bu yapılıyordu. Yani* ***devlet hastanesinde insanlar işi olmadığı halde bile o işleri yapabiliyordu****. Devlet hastanesinde bir* ***güvenliği sedye taşırken görebilirsiniz*** *ama burada ben bu zamana kadar görmedim.* ***Ekstra bir iş yaptıklarını görmedim****. ... Ama* ***burada kişinin işi neyse o işi yapıyor*** *sadece* ***başka ekstra bir iş yaptıramıyorsunuz****." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

"Özel sektörde çalışan personel tabiki kendi üst yönetiminden aldığı emirlere göre hareket ediyorlar. ***Görev tanımlarının dışına çıkamıyorlar****. Ama* ***biz biraz daha inisiyatif kullanabiliyoruz.*** *... Hani işten geç çıkma, erken çıkma, yemeğe geç gitme, erken gelme ya da yemek yiyememe gibi şeyler. Bu hani* ***çalışmaya, insana, hastaya olan saygımızdan*** *olan bir durum." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

"Hasta kabul kayıt firmaya ait polikliniklerde. Şimdi bunların ***5-6 maddelik iş tanımları*** *var.* ***Bu tanımların dışında hiçbir şey yapmıyorlar****. Kalem oynatmıyorlar. Asla bir fazladan kağıt yazmazlar. Asla yazılanı imzalamazlar, bir kayıt açmazlar, dedikleri tek şey;* ***görev tanımımızda yok****. Bizim kamu olarak sıkıntı yaşadığımız, alışmakta zorlandığımız cümle buydu. Birine bir şey söylediğimizde* ***bu benim görev tanımımda yok*** *demesi. Çünkü biz kamuda buna alışmamışız.* ***Kamuda herkes her görevi yapar****. Yeter ki hastanın işi yürüsün, orada bir iş yürüsün diye." (Defne Hanım, Hemşire)*

"Şehir hastanesinin sistemi çok farklı. Niye? ***Temizlikçin ayrı bir eleman, taşıma için ayrı bir eleman, hastaya bakmak için oda destek adı verilen ayrı bir eleman var.*** *Şimdi o arkadaşlarda şöyle; hastanenin açıldığı dönemlerde oryantasyon dönemlerinde yoğun bir şekilde eğitim almışlar.* ***Bu benim görev tanımım değil diyor****. Bir dakika ya!* ***Görev tanımı ne?*** *Oradan bir adam tutuyorsun diyorsun ki; abi bunu temizler misin? Hocam diyor; ben taşımayım. Diyorsun ki; taşıma ne? Oradan diyorsun ki; ya şu hastaya şöyle pozisyon vermemiz lazım. Hocam diyor benim görevim temizlik.* ***Devlet hastanesindeyken*** *mesela bizim bir personelimiz vardı. İşte abi* ***getirir, götürür, yıkar, süpürür, ondan sonra taşır, giydirir, her şeyi yapardı*** *yani.* ***Hastayı konsültasyona götürür, konsültasyona getirir, eczaneye götürür. Temizliğe girer bir kişiydi. Ve söylediğin an yapıyordu.*** *Çünkü devletsin. Hemşirede olsan, doktorda olsan yapıyordu. Çünkü emir niteliğindeydi. Şimdi biz tabi o abiye alışkın olduğumuz için temizlikle görevlendirilmiş kişiye diyoruz ki abi şunu şuradan taşır mısın? İşte* ***özel sektörde bu benim görev tanımımda değil diyebiliyor.*** *Ayrıca bizler bunu pandemi sürecinde daha net anladık, her ne kadar anlamayanlar olsa da sağlık çalışanları özellikle doktorlar ve hemşireler hastayla ilgili bir süreç olduğunda,* ***gerekli fedakarlığı yapıyor bu zamansa zaman, emekse emek****." (Ömer Asaf, Hekim/Yönetici)*

"Devlet hastanelerinde doktor ve hemşireler diğer kalan tüm personele emir verebiliyor ve o emri uygulatabiliyor. Yani doktor bir şey istediğinde oluyor. Ama şehir hastanelerinin sisteminde bunun için çağrı açması gerekiyor veya ***her önüne gelene her işi yaptıramayınca*** *biraz şok durumundalar. Hekimler diyor ki, benim bir çok işim var hastaya bakacağım. Görevliye söylüyorum görevli diyor ki;* ***görev tanımımda değil****, çağrı merkezini arayın dediklerinde ben niye uğraşıyorum bunlarla gibi serzenişlerde bulunuyorlar. O* ***kamu hastanesinden gelen alışkanlık, konfor, rahatlık, ne derseniz artık onu sürdürmek istiyorlar*** *aslında. Çünkü insanlar alıştığı şeyi çok değiştirme taraftarı değil. Ama yöntem beyanında bizim işi nasıl, ne şekilde yapacağımız, harfi harfine, noktası, virgülüne açıkça yazıyor. Şirket ile Sağlık Bakanlığı arasında mutabık kalınarak yazıya dökülmüş olan dört yüz sayfalık yöntem beyanından bahsediyoruz.* ***Yöntem beyanımızda görev tanımları net bir şekilde var****. Örneğin bir* ***temizlik personeline bir koltuğu çektiremez*** *sağlık çalışanı. Bu gibi durumlarda çağrı oluşturmak zorunda. Ona göre alana* ***temizlik personeli gerekliyse temizlik personeli, taşıma personeli gerekliyse taşıma personeli*** *yönlendiriliyor. Bir* ***güvenlik görevlisi****, bir* ***temizlik görevlisi*** *kesinlikle bir* ***hastayı taşıyamaz*** *çünkü bunun eğitimini almıyorlar.* ***Bunun için taşıma personelimiz var****. Yani yaptığımız bütün işlerin görev tanımı yöntem beyanında var. Kim ne yapacağını biliyor. Yine de yöntem beyanı dışında beyanda olmayan birçok talep geliyor. Bu şekilde bazı* ***görevimiz olmayan şeyleri*** *istedikleri oluyor. Bunlar* ***bizim görev tanımımızda yok****.* ***Herkesin kendi işini en doğru bir şekilde yapması gerekiyor****. Yani kuralsızlık insana doğru bir şey getirmez diye düşünüyorum ben. Bunu Türkiye şartlarında devlet hastanelere baktığımız zaman mesela bir hasta bakıcı diye bir sistem vardır. Her şeye o bakar hastayı da taşır, temizliğini de yapar, hasta bakımını da yapar, her şeyi yapar. Şimdi böyle bir sistemden böyle bir sisteme geçip kaliteyi sağlamaya çalışıyoruz. Kamu çalışanlarını bunu tam olarak anlayamadı henüz." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Şu an için şehir hastanesinde oturması gereken adapte olunması gereken en önemli şey ***görev tanımları*** *konusu. Şimdi şehir hastanelerinde kamu personeli ile özel şirket personeli birlikte çalışıyor.* ***Özel şirket personellerinin görev tanımları net bir şekilde ve yazılı olarak belirlenmiş****. Kamu ile özel ortaklık kurarken bu sözleşmeye bağlanmış. Bizim açımızdan, biz özel sektör çalışanları* ***bu görev tanımı dışına kesinlikle çıkmamız mümkün değil****. Ama kamu personeli* ***eski alışkanlıklarını burada da devam ettirmek istedikleri için çatışmalar çıkıyor****. Nasıl oluyor? Bu* ***sizin göreviniz diyorsun bu zamana kadar bizim görevimiz değildi ki*** *diyor. Hani dediğim gibi kamuda kimin ne iş yapacağı tam belli değildi bu zamana kadar. Ama burada herkesin kimin ne görevi olduğu açık açık yön veriyorlar.* ***Bu sizin, bu da bizim görevimiz. Siz bizim işi yapmayın, bizde sizin işi yapmayalım****. Önceden böyle bir mantık yoktu tabiki, herkes her işi yapardı. Yorulanlar daha çok yorulurdu, yorulmayanlarda daha çok rahat ederlerdi. Şimdi dediğim gibi herkes kendi görevini biliyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

- **Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonu**

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde uygulanan personel havuz sistemi ve rotasyon uygulaması sağlık hizmeti sunumu sürecinde bazı aksamalara ve sorunlara yol açmaktadır. Sağlık çalışanları yardımcı personelin birimlerde sabitlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Bunun gerekçesi olarak sağlıkta her birimin kendine özgü bir işleyişi ve iş yapış şekli bulunmaktadır. Birimler arasındaki farklılıklar gerek rotasyon uygulaması nedeniyle sürekli değişen personelin gerekse havuz sisteminden her talepte gönderilen farklı personelin adaptasyon sürecini uzatmaktadır. Sağlık çalışanları her gelen personele birimi adapte etmek için gerekli eğitimleri vermenin zaman ve emek kaybına yol açtığını

ayrıca hastaların ve hizmet sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olduğunu ifade etmektedir. Tüm bu nedenlerle meslek kurumsal mantığına göre özellikli birimlerde (ameliyathane, yoğun bakım, palyatif bakım, acil servis, psikiyatri, fizik tedavi vb.) rotasyon ve havuz sisteminin uygulanmamasını ve personelin sabitlenmesini talep etmektedir. Bu taleplere şirket yöneticileri ise, yapılacak işlerin yöntem beyanında net bir şekilde tanımlandığını, bu nedenle işleri her personel aynı verimlilikte ve etkinlikte yerine getirebileceğini düşünmektedir. Ayrıca çok büyük hastaneler olan şehir hastanelerinde binlerce personel çalışmaktadır. Bu nedenle personelin yönetimi, denetimi, verimliliği, sözleşme ve yöntem beyanına uyumu, sistem dahilinde süreçleri yönetme gibi amaçlarla personel havuz sistemi ve rotasyon uygulamasının devam etmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Katılımcıların görüşlerine bağlı olarak şehir hastanelerinde uygulanan personel havuz sistemi ve rotasyon uygulaması "meslek" ve "şirket" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 34. Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonundan Kaynaklanan Kurumsal Mantık Çatışmaları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı
Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonu	Hastanelerde her birimin iç dinamiği vardır. Özellikli birimler vardır. Bu nedenle bazı birimlerde o birimin sistemini, iç dinamiğini, özelliğini bilen sabit personel olması gerekir. Bazı birimlerde rotasyon uygulayamazsınız.	Şehir hastaneleri büyük işletmeler. Bu nedenle denetimi sağlamak, personelin verimliliğini ve işine gösterdiği özeni artırmak, personelin atıl kalmasını, uzun süreli çalışmalarda kişisel ilişkiler kurulmasını, samimiyet arttıkça artan kişisel istekleri ve kişiye bağlı düzeni engellemek için personel havuz sistemini kullanmak ve rotasyon uygulaması yapmak zorundayız.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Meslek kurumsal mantığını benimseyen katılımcılar, personelin her birimin özelliğine göre adaptasyonunun sağlanması ve adapte edilen personelin sabitlenmesini talep etmektedir. Bu bağlamda havuz sisteminin ve rotasyon uygulamasının bazı birimlerde uygulanmaması gerekmektedir. Şirket kurumsal mantığına göre, personel havuz sistemi ve rotasyon uygulamasından verimlilik, maliyet, informal ilişkilerin süreçleri aksatması, sisteme bağlı yönetim anlayışı, sözleşme ve yöntem beyanına uyum gibi nedenlerle vazgeçilmesi mümkün değildir. Şehir hastanelerinde personel havuz sistemi ve rotasyon uygulaması konusunda görüş ayrılıkları bulunduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Şehir hastanelerinde* ***şirketin personel havuzu*** *var.* ***Acil durumlarda o havuzdan personel gönderiliyor****. Ama sağlık hizmeti özelliği gereği* ***acil durumlar olabiliyor****. Bazı* ***birimlere özgü, özel durumlar olabiliyor****.* ***Her ihtiyaç duyulduğunda farklı personelin hizmet vermesi bazen uygun olmayabiliyor.*** *Özellikli birimlerde* ***personelin sabitlenmesi, rotasyon uygulanmaması*** *gerekir. Şirket bu konuda çok rijit. Hani dediğim gibi biraz özel buna fazla rijit bakıyor. Bu çok sistematize. Evet olsun ama sağlık*

bakımında bu kadar sistematize, bu kadar yazı odaklı, bu kadar işte süre bazlı, burada böyle, şurada şöyle dakika falan olmayabiliyor. Acil durum oluyor, ani şeyler oluyor, ona uyamadığımız zamanlar oluyor ve o hizmeti almamız gerekiyor o anda." (Asel Hanım, Hemşire)

"Şehir hastanelerinde ***personel havuzu uygulaması*** *var. Gerekli durumlarda* ***talep açıldığında o havuzdan personel gönderiliyor. Her talepte farklı personelin gelmesi*** *ya da* ***personel rotasyonu nedeniyle farklı personelin hizmet vermesi*** *hizmetlerin aksamasına neden olabiliyor. Şirket* ***personel havuzu uygulamasını*** *personel verimliliğini sağlamak ve maliyeti düşürmek için oluşturulduğunu,* ***yöntem beyanında*** *da bulunduğunu söylüyor. Biz yöntem beyanına uygun hareket ediyoruz diye kestirip atıyorlar. Daha doğrusu sözleşmeyle özel sektöre bırakılmış hizmetlerde yöntem beyanı var. Şirket yöntem beyanına uygun hareket ettiği sürece kamu tarafının yapacağı bir şey kalmıyor." (Yusuf Bey, Hekim)*

"Şehir hastanelerinde uygulanan ***personel havuzu, yani personel rotasyonu*** *özellikle* ***spesifik alanlarda yoğun bakım, ameliyathane vb. gibi alanlarda sorun oluşturuyor****. Buralarda çalışan özel sektör personeli kamu personeli tarafından bazı eğitimlere tabi tutularak adaptasyonu sağlanıyor. Ancak* ***personelin sürekli değişmesi nedeniyle sürekli bu süreç başa dönüyor****. Bizim amacımız şuydu; bizim kliniğimizde* ***bizim çalıştığımız birimi bilen, oranın yürütümünü öğrenen insanlarla sabit bir şekilde çalışalım****. Çünkü* ***her kliniğin içinde kendi iç dinamiği vardır****. O iç dinamiği de genelde sorumlu hemşireler tarafından verilir. Şimdi siz bir çalışan için işte bütün emeğinizi veriyorsunuz, ona bir şeyler anlatıyorsunuz, kliniğinizi anlatıyorsunuz, onu belli bir seviyeye getiriyorsunuz sonra bir bakıyorum,* ***o eleman oradan alınmış başka bir yere verilmiş. Bana başka bir eleman verilmiş. Haydi aynı şeyleri tekrar bu sefer baştan anlatmak zorunda kalıyorsunuz.*** *Bizim arzumuz şuydu hem temizlik hem destek elemanları* ***bizim kliniğimize özel olsun. Bizi bilsin ve biz hep onlarla muhatap olalım****. Özel sektör ise* ***personelin verimliliği için rotasyon ve havuz sistemi uyguladıklarını*** *söylüyor. Yani genel amaç sanıyorum, elamanları en iyi şekilde değerlendirip* ***daha az elemanla, daha çok iş üretmek üzerine kurulu bir sistemleri*** *var. Bu konuda çok anlaşabildiğimizi söyleyemeyeceğim mesela. …" (Asya Hanım, Hemşire)*

"Bizim muzdarip olduğumuz konulardan biri de ***personel havuz uygulaması****. Yani* ***özellikli branşlar, özellikli yerler sürekli oraları değiştirirsen*** *o personel oraya aşina değil. Dolayısıyla yeni gelen personel* ***bir hafta, on gün yavaş çalışıyor. İşler aksıyor o esnada aksaklık olabiliyor****. Transport konusunda* ***nereye getireceğini nasıl getireceğini bilmiyor****. Bir iki dakikalık şeyler ama bir hastanın hayatı kurtarılıyor yani. Biz bire bir şahit oluyoruz yani. O kanın beş dakika gecikmesi bizim için ölümcül olabiliyor yani. Ölümcül sonuçlar doğurabiliyor. Bu sorunun çözümü de ancak* ***ameliyathane içerisindeki benim o anki yaşadığım stresi gören, bire bir şahit olan personelin gidip onu getirmesi lazım****. Burada da işte personelden hesap sorabilmeliyim. Ya bak ben sana teslim ettim barkodu, kanı neyse sen getirecektin. 15-20 dakikada bunu getirmen lazımdı. Niye getiremedin? … Şirket personelinin kim olduğunu ben bilmek istiyorum. Talep oluşturduğumuz zaman havuzdan bir personel geliyor. Kim olduğunu bilmiyorum, neden geldiğini bilmiyorum. Özellikle acil vakalarda bizi zorluyor." (Kerem Bey, Hekim)*

"Sağlık sektöründe şöyle bir şey var; ***her birimin kendine özgü işleyişi var.*** *Eskiden* ***sabit personeller varken bir zaman sonra deneyim yoluyla o birimin özelliklerini benimseyebiliyorlardı****. Burada öyle bir şey yok.* ***Her personel her yerde****. Ama şu an bir birime ait hissetmedikleri için biraz aksaklık oluyor. Özel sektörün şey bakış açısı var;* ***verimli çalıştırmak*** *personeli.* ***Daha az kişiden maksimum verim almak****. Şimdi her birime personel vermektense* ***merkeze toplayıp*** *hem görev taleplerini göreyim hem de her personel her yere yetişsin. Öbür türlü* ***her birime personel verse atıl kalabilir*** *gibi bir bakış açısı var yani." (Defne Hanım, Hemşire)*

"En çok yaşanan sorunlardan biri ***personel havuz sistemi***. ***Personel talepleri bu havuzdan karşılanıyor. Her talepte farklı personel geliyor. Ya da personeller sürekli değişiyor.*** *Böyle olunca hastanede* ***her birimin farklı özellikleri, dinamikleri*** *var.* ***Bu dinamikler bilinmediğinde sorunlara yol açabiliyor****. Tam bir personel birime adapte oluyor. Sende bu esnada adama işi öğretiyorsun. İşte şöyle yapacaksın, şu aleti böyle temizleyeceksin, bu aleti böyle yıkayacaksın diyorsun, adam tamam diyor.* ***Sonra bir bakmışsın o adam yok****.* ***Hadi tekrar başla****. Firma* ***yöntem beyanına uygun hareket ediyor olabilir****. Ama fiiliyatta bu durum soruna yol açıyor. Onlar da diyor ki; hayır olmaz. Böyle* ***uzun süreli çalışmalarda kişisel bağlantılar*** *devreye giriyor,* ***insanlar profesyonelliğini unutuyor****. Ondan sonra kişisel bağlantılar devreye giriyor." (Ömer Asaf Bey, Hekim)*

"Bugün çalıştığın sekreterini senin haberin olmadan şefimiz emretti diye veya sorumlumuz emretti diye değiştirebiliyorlar. Doktorun hiç haberi olmadan. Sabit sekreteri varsa doktorun, ertesi gün a kliniğinden başka hiç alakasız başka bir yere geçebiliyor. Sonra doktor buna karışamaz diyor sorumlusu. Yani sizin sorumlunuz benim, doktor değil. Ben istediğim şekil ayarlayabilirim modunda. …her gün beraber çalıştığınız sekreterin ***bir gün başkası, öbür gün bir başkası*** *hem sizin iş yapış şeklinizi bilemeyebilir. Siz karşıdaki sekreterin söylediğinizi ne kadar anladığını tekrar tekrar kontrol etme durumunda kalıyorsunuz. Bir de* ***sekreter ben bugün buradayım, yarın nasıl olsa değilim diye işini sallayabiliyor. Ciddiye almayabiliyor****." (Göktuğ Bey, Hekim)*

"Çok gereksiz dayatmaları oluyor. ***X personeli illa benim alanımda çalışacak, başka bir kata gitmeyecek, bunun alanını değiştiremezsiniz, benim alanımda kalacak, personeli ben yetiştirdim gibi dayatmalar oluyor.*** *Bütün sağlık malzemelerini ben öğrettim diyor. Aslında* ***personel onun şahsi işini yapıyordur*** *orada. Bulaşığını yıkıyordur. Kimseyi zan altında bırakmak istemiyorum ama bunlarla karşılaştığımız için örnek vermek istiyorum. Hemşire odada otururken hastanın bakımına, yani alt değişimini yapmak için personel yönlendirdikleri durumlarda oluyor. Bunlar* ***bizim tamamen görev tanımımız dışında****. O yüzden dayatmaları olabiliyor bazen. Bu nedenle* ***personel rotasyonu*** *uyguluyoruz.* ***Sağlık çalışanı ve şirket personeli arasında bir yakınlık olmasın*** *diye. Çünkü* ***rotasyon yapmazsak*** *biz* ***kamu personelinin isteklerini kesemiyoruz****. Bu* ***istekler samimiyet arttıkça kişiselleşebiliyor****. Ya da* ***bizim personelin işine özen göstermelerinde azalmalar olabiliyor****. Bu nedenle* ***havuz sistemi ve rotasyon uygulaması*** *kullanıyoruz." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

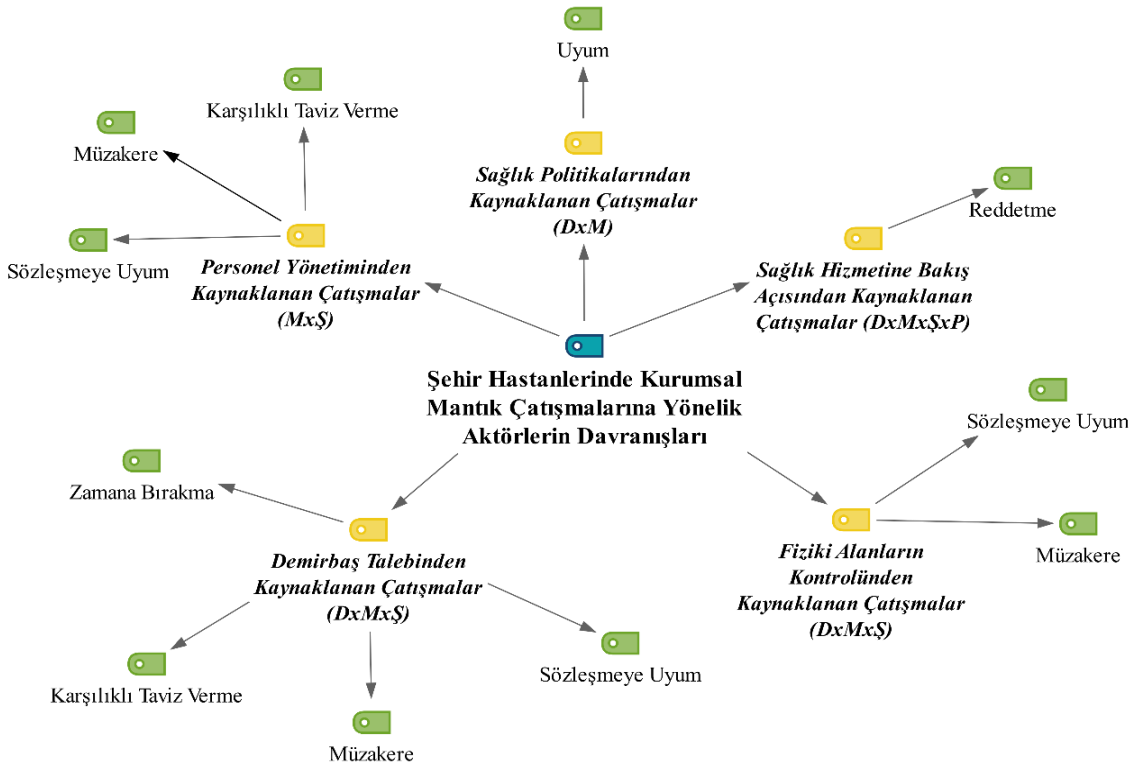
"Çok büyük bir işletme, çok büyük kurumlar olduğu için şehir hastaneleri personelin her zaman birebir yanında olamadığımız için ihtiyaç hallerinde ***merkezi yardım masasından*** *talep açıyorlar. Talepleri oradaki sistemden arkadaşlar bize yönlendiriyorlar. Bizde bu şekilde bu talebi karşılıyoruz.* ***Personel havuz sistemi ve rotasyon uygulaması*** *var bizde.* ***Hizmeti bu şekilde veriyoruz. Bu şekilde*** ***personelin verimli çalışmasını*** *sağlıyoruz.* ***Personelin denetimini sağlamış*** *oluyoruz. Ayrıca* ***bizim personelimizin kamu personeli ile samimi olmalarını*** *ve* ***kişisel ilişkilerle iş yapılmasını*** *önlemiş oluyoruz. Aksi taktirde* ***görev tanımlarının dışına çıkılarak kontrol edemeyeceğimiz olaylara önlem alamayız****." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Şehir hastanelerinde şirket kısmı maliyet açısından personel verimliliği çok önemsenmiş. Bu nedenle ***personel havuz sistemi*** *var.* ***Talep usulü çalışıyorlar.*** *Yani oradan değerlendiriyorlar gün içinde ve hatta bunu şöyle yapıyorlar: işte son bir hafta, son iki hafta, son bir ay üzerinden değerlendirip personel sayısını ona göre bile dengeleyebiliyorlar. Ama bu bazen bizleri yorabiliyor. Toplantılarda dile getirildiğinde şirketin de kendine göre haklı sebepleri var. Şirket genellikle bu tarz taleplere* ***personel havuzu uygulaması personel verimliliği, maliyet düşürme ve kişisel ilişkilerin kurulmasından kaynaklı aksamaları gidermek*** *için oluşturuldu. Bu kadar büyük bir kampüste* ***kişilere bağlı bir düzen oluşturulmasını engellemeye*** *çalışıyoruz.* ***Kişilere değil, sisteme bağlı bir düzen kurmaya çalışıyoruz****. Bu konuda esnememiz şu an için mümkün değil. Gibi cevaplar veriyor. …" (Asel Hanım, Hemşire)*

4.4. ŞEHİR HASTANELERİNDE KURUMSAL MANTIK ÇATIŞMALARINA YÖNELİK AKTÖRLERİN DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılara "Size göre hem kamu hem özel sektörün entegre olduğu şehir hastanelerinde yaşanılan sorunlar nelerdir?" ve sonda olarak "Karşılaştığınız sorunları nasıl çözüyorsunuz? Çözülemeyen sorunlar nelerdir? Görevinizi yaparken karşılaştığınız sorunları çözemediğinizde ne yapıyorsunuz? Sizce görevinizi yaparken karşılaştığınız sorunların çözülmeme nedenleri nelerdir? Bu sorunların nasıl çözülebileceğini düşünüyorsunuz?" soruları yöneltilerek şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantık çatışmalarında aktörler tarafından geliştirilen davranışlar belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilere göre KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde çatışan kurumsal mantıklara yönelik aktörlerin geliştirdiği davranışlar "Uyum", "Reddetme", "Sözleşmeye Uyum", "Müzakere", "Karşılıklı Taviz Verme" ve "Zamana Bırakma" olduğu belirlenmiştir. Şehir hastanelerinde kurumsal mantık çatışmalarına yönelik aktörlerin davranışlarına ilişkin kavram haritası Şekil 16'da gösterilmiştir.

Şekil 16. Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantık Çatışmalarına Yönelik Aktörlerin Davranışlarına İlişkin Kavram Haritası



Kaynak: Yazar tarafından Maxqda 2020 programı kullanılarak oluşturulmuştur.

4.4.1. Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Hükümetin ve Sağlık Bakanlığı'nın sevk zincirinin uygulanmaması, hasta başvurularının ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yoğunlaşmasına neden olmaktadır.

Hasta yoğunluğu artınca hastaların randevu bulması ve hekime erişimi kısıtlanmaktadır. Hastaların sağlık hizmetine erişiminin sağlanması için devlet kurumsal mantığı bağlamında, Sağlık Bakanlığı muayene sürelerin kısaltılması ve performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanmasıyla çözüm üretmeye çalışmaktadır. Ancak meslek kurumsal mantığı bağlamında ise hekimler bu durumun hastalara yeterince vakit ayrılamamasına ve etkili sağlık hizmetin sunulamamasına yönelik eleştirileri bulunmaktadır. Her ne kadar hekimler sevk zincirinin uygulanması, hastalara yeterli muayene sürelerinin ayrılması ve günlük bakılan hasta sayısının düşürülmesini talep etseler de sağlık hizmeti sunumuna dair kurallara uymak zorunda kalmaktadırlar.

Tablo 35. Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Çatışma Nedenleri	Devlet Kurumsal Mantığı	Meslek Kurumsal Mantığı	Aktör Davranışları
Sevk Zincirinin Uygulanmaması Muayene Süreleri Günlük Bakılan Hasta Sayısı	Vatandaşın istediği sağlık hizmetine erişiminin sağlanması için muayene sürelerinin düşürüldü ve performansa dayalı ödeme sistemi uygulamaya alındı.	Hastalar sevk zinciri içerisinde en uygun sağlık kurumu ve hekimden sağlık hizmeti alması, yeterli muayene sürelerinin ayrılması ve günlük bakılan hasta sayılarının düşürülmesi talep edilmektedir.	Sağlık çalışanları fedakarlık yaparak ve özgecil hizmet sunarak kurallara uyum sağlamaya çalışmaktadır.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yaptıkları için dinlenme sürelerinden fedakarlık yaparak ve ekstra çaba göstererek hizmetlerine devam ettiklerini ifade etmektedirler. Diğer bir deyişle, hekimler hastaların mağdur olmaması ve sağlıklarına kavuşmaları için gerekli fedakarlıkları yapmalarının mesleki sorumlulukları olduğunu ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Yakın zamanda MHRS üzerinden uygulanan muayene dakikası 10 dakikadan 5 dakikaya düşürüldü. Şimdi siz mesela hayal edin kendinizi bir hasta olarak, 5 dakikada uzman bir hekimden nasıl bir sağlık hizmeti alabilirsiniz. Veya uzman bir hekim 5 dakikada bir hastaya nasıl bir sağlık hizmeti verebilir. ... Bunu standart süreyle sınırlamak mantıklı değil. Bazı durumlarda gerekli olan hastaya bilgi ve eğitim vermek mümkün değildir. Böyle olunca yani muayene süreleri sınırlı olunca* ***mecbur bu sürelere uymaya çalışıyoruz. Hekimler fedakarlık yaparak sürece uyum sağlamaya çalışıyor. Bazen mola vermeden öğle yemeğini atlayarak ya da akşam geç çıkarak günlük hastaları yetiştirmeye çalışıyoruz****. ... Biz hekimler olarak mevcut sistemde çok yoğun çalışmak zorunda kalıyoruz.* ***Elimizden de bir şey gelmiyor değiştirmek için****. ... Bir günde, sekiz saatte yani, bu şartlar altında hekimler gerçekten* ***özverili bir şekilde*** *gayet işte* ***herkese yetişebilmek herkese bakabilmek için elinden geleni yapıyor****." (Zeynep Hanım, Hekim)*

> *"Bizim için* ***öncelik hep hastadır, hasta kıymetlidir****. ... Eksik gördüğümüz yerde sıkıntı yaşadığımız yerde* ***biz daha fazla özveride bulunduk****.* ***Biz daha fazla kendimizden fedakârlık ettik.*** *Ya işte bu kadar oluyor, elimizden bu kadar geliyor yapmadık yani ne varsa* ***yapabileceğimizin en maksimumunu yaptık****.* ***Fedakarlıkta bulunmayı doğal sayan bir kafa*** *bizimkisi." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"Genel olarak meslek ahlakı, mesleğe bakışı, insanlara yardım etme duyguları sorunlara yönelik **fedakârca çalışmasına** neden oluyor. Çoğu sağlık çalışanında da görüyoruz bunu. Diğer **kendi görev tanımlarına girmeyen bir çok şeyi yapıyorlar** hastaların mağdur olmaması adına. … Ben bunu yapamamış olsam, yapamadım desem, o işler aksasa, o işler dönmese **hasta mağdur olmuş olacak**. Hani **bu göze alabildiğimiz bir durum olmadığı** için açıkçası bence **bizim vicdanımızdan kaynaklanan bir şey**. Maalesef hekim olarak bu duruma **adapte olmaktan başka şansımız yok.** Ama mesleki açıdan baktığımızdan sağlıklı bir durum değildir. Sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum." (Elif Hanım, Hekim)*

*"**Gecesini gündüzünü bayramını tatilini her şeyini bırakıp bazen de gitmeyip görevinin başında 7/24 duran kişidir** hekim. ...**Bir çay molası bir kahve molası böyle bir lüksümüz yok**. İşte bugün öğlene kadar bir yudum su içmedim. Öğlen biraz su içtim sonra öğleden sonrada aynı şekilde. ... Genelde hekimlerimizin % 90 ı böyle düşünüyor. Böyle olması da gerekiyor." (Göktuğ Bey, Hekim)*

*"... **özveride** bulunuyoruz, **belki bir saat geç çıkıyoruz**, bu şekilde kendimizden **fedakarlık** yaparak o şekilde işleri bir şekilde **yetiştirmeye çalışıyoruz**. Hiçbir zaman **hastayı, hastanenin işleyişini mağdur edecek** şekilde şeylerde bulunmuyoruz." (Ecrin Hanım, Sağlık Personeli)*

*"Karşılaştığım sorun şu, **verilen sürede hastaları yetiştiremiyorum. Hastaya sürem yetmiyor**. Çözüm? Çözüm yok. Kendi **dinlenme süremden gidiyor**. Kendi **molamdan gidiyor**. **Öğle aramdan oraya feda ediyorum**." (Lina Hanım, Hekim)*

*"Buradaki insanlar **elinden gelenin fazlasını yapmaya** çalışıyor, ben şahidim." Miraç Bey Sağlık Personeli)*

4.4.2. Sağlık Hizmetine Bakış Açısından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Şehir hastanelerinde "devlet", "meslek", "şirket" ve "piyasa" kurumsal mantıkları bulunmaktadır. Söz konusu bu dört kurumsal mantık sağlık hizmeti sunumundaki amaç ve hastalara bakış açısı nedeniyle çatışmaktadır. Devlet mantığı vatandaşın sağlık hizmetine erişime odaklanması, meslek mantığının ise hastaların doğru teşhis ve tedavi ile sağlığına kavuşmasına odaklanmaktadır. Bu odak farklılığı uygulamalarda çatışmaya neden olmaktadır. Meslek kurumsal mantığı hastaların erişimini kolaylaştırmak için Sağlık Bakanlığı tarafından alınan bazı kararlar etkili sağlık hizmeti sunumunu zorlaştırdığını ifade etmektedir. Şirket ve piyasa mantıklarının sağlık hizmeti sunumundaki amaçlarının ve hastalara bakış açılarının uyumlu olduğu görülmektedir. Hem şirket mantığı hem de piyasa mantığı yapılan yatırımın karşılığının alınması, kar amacı, hasta memnuniyeti ve hasta sadakatini sağlama amaçlarına ulaşabilmek için hastaları müşteri olarak kabul etmektedir. Meslek kurumsal mantığı ise hastaları müşteri olarak kabul etmenin sakıncalı taraflarının olduğunu düşünmektedir. Ayrıca meslek kurumsal mantığına göre hastaların sağlığına kavuşmasının memnun olmaları için en önemli unsur olduğunu, bu nedenle hastaların isteklerinin değil ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi gerekmektedir. Şirket ve piyasa mantığına göre ise hastaların tedavi

dışında da istek ve beklentileri olduğunu, bu istek ve beklentilerin sağlık çalışanları tarafından göz ardı edildiğini düşünmektedir.

Tablo 36. Sağlık Hizmetine Bakış Açısından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Çatışma Nedenleri	Devlet Kurumsal Mantığı	Meslek Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı	Piyasa Kurumsal Mantığı	Aktör Davranışları
Amaç Farklılığı	Vatandaşın sağlık hizmetine erişimi Sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması	Hastaların doğru teşhis ve tedavisinin yapılması Hastaların iyileşmesi	Yatırımın karşılığının alınması Hasta memnuniyeti	Kar amacı Hasta memnuniyeti Hasta sadakati	Reddetme
Hastaya Bakış Açısı	Vatandaş	Hasta	Müşteri	Müşteri	Reddetme

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Devlet kurumsal mantığı, vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetini istediği sağlık kurumundan ve istediği hekimden almasını savunmaktadır. Devlet kurumsal mantığı, sağlık hizmetini vatandaşlara eşit bir şekilde sunulması ve kolayca erişiminin sağlanması gereken bir kamu görevi olarak kabul etmektedir. Meslek kurumsal mantığı ise hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini en uygun basamakta sağlanması gerektiğini ifade etmektedir. Meslek kurumsal mantığı, sağlık hizmetini hastaların iyileşmesine yönelik sunulması gerektiğini önermektedir. Bu bağlamda devlet kurumsal mantığı ile meslek kurumsal mantığı arasında çatışma bulunduğu söylemek mümkündür. Devlet kurumsal mantığı vatandaşın sağlık hizmetine erişimini önceliklendirirken, meslek kurumsal mantığı hastaların sağlığına kavuşmasını önceliklendirmektedir. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Aslında bu konuda **devlet açısından baktığımızda da hasta sağlık hizmetine erişimi sağlansın, hasta randevu bulsun, hekime ulaşsın kaygısı var.** Ama sonrasını düşünüyorlar mı ya da önemsiyorlar mı emin değilim. Yani **hasta hastaneden randevu alsın hekime gözüksün yeterli**. İyileşmiş, iyileşmemiş çok da önemsenmiyor gibi. Açıklamaları dinlediğinizde şu kadar hastane, şu kadar yatak yaptık, şu kadar hastaya hizmet verdik, ekim başına şu kadar hasta düşüyor gibi hep sayısal ifadeler duyarsınız. Tamam bunlar önemlidir. Ama bence bu hastalar iyileşiyor mu?" (Ebrar Hanım, Hemşire)*

> *"Ülkemizde sağlık hizmeti vatandaşlara sunulan bir hizmettir. Devlet her vatandaşına sağlık hizmetini sunuyor. Bu anlamda vatandaşın beklentilerini karşılamaya çalışıyor. Sosyal devlet anlayışı gereği **her vatandaşın sağlık hizmetine erişimin eşit bir şekilde kolayca** erişimini sağlanması gerekiyor. Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Hastanın hastaneye en kısa zamanda ulaşabilmesi, hastanın ihtiyacı olan **sağlık hizmetinin en kısa sürede** sunulmasıdır. Burada öncelikli olan hastadır yani. Hastanın hızlıca randevu alabiliyor olması istediği şekilde muayenesini olabiliyorsa gerek laboratuvar olsun gerek görüntüleme olsun zamanında çektirebiliyorsa, hızlıca bir sonuca ulaşabiliyorsa, en büyük kriter bu olmalı bence…" (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

"Kamu tarafının en temel amacı sağlık hizmeti sunmak ama onun bir arka planında ***devletin vatandaşına daha iyi hizmet sunmak*** *istemesi var…" (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

"Sağlık hizmeti almak insanların ***doğuştan elde edilen bir haktır****. Bu nedenle* ***tüm vatandaşların sağlık hizmetine eşit koşullarda erişiminin sağlanması*** *bir başarıdır." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"****Vatandaşların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti*** *için uygun koşulları oluşturmaya ve sağlık personeli için uygun tedavi vermesi için gerekli altyapıyı oluşturuyoruz." (Poyraz Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"****Hiçbir vatandaşa karşı ayrımcılık yapmadan tüm vatandaşlarımıza eşit sağlık hizmeti sunmak*** *bizim odak noktamızı oluşturuyor. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan* ***her vatandaşımızın hastanelere erişiminin kolaylaştırılması****, otel konforunda hizmet alması bizim önceliğimizdir. Ülkenin her yerine bütçenin elverdiği ölçüde mevzuatlar çerçevesinde* ***sağlık hizmetini yaymaya çalışıyoruz****. …" (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

Şirket ve piyasa kurumsal mantıklarının sağlık hizmeti sunumuna yönelik yatırımın karşılığının alınması, kar amacı, hasta memnuniyeti ve hasta sadakatini sağlama gibi amaçları bulunmaktadır. Bu amaç doğrultusunda şirket ve piyasa kurumsal mantıkları hastaları müşteri olarak kabul etmektedir. Sağlık hizmetinden kar amacı gütmenin ve hastalara müşteri olarak kabul edilmesinin daha ilgili, daha özenli, daha kaliteli hizmet verildiğini, müşteri memnuniyeti ve sadakatinin daha fazla önemsendiğini düşünen katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"… **müşteri bilinciyle yaklaşıldığı için özel sektörde hastaya**, getirisi olacağı düşünüldüğü için o yüzden biraz daha hassas yaklaşılıyor. Yani biz şirket olarak **hastalara müşteri bilinciyle yaklaşıyoruz**. Müşterinin memnun olması için daha fazla özen gösteriyoruz. Onların her şeyiyle ilgileniyoruz. … Kaliteli hizmet vermek istiyoruz, **insanları memnun etmek istiyoruz** önceliğimiz bu. Şimdi her insan **özel hissedilmek ister.** Biz aslında bu bakış açısıyla yaklaşıyoruz. Hastanın psikolojisi hassas oluyor. Bir hastanın bir hasta yakınının **beklentisi bizden daha farklı bir ilgi**. Hani bizimle ilgilenilsin, bizi memnun etsinler. Şirkette aslında bunu tam anlamıyla karşılıyor diyebilirim. (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"… bizim için **gelen kişi bir müşteridir**. Nasıl daha sonraki süreçte tekrar gelecek, memnun kalırsa doktorundan, hemşiresinden veya hizmetlerden memnun kalırsa tekrar gelecek. … Memnuniyet önemli özel sektör para kazanmaya bakar. Daha fazla hastaya sahip olmaya bakar. Bunun içinde ne yapması gerekiyor. Hastasına gelen insanlara **müşterisine daha iyi davranması** gerekiyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"**Özel sektör müşteri olarak görüyor hasta olarak değil, direk müşteri olarak görüyor**. Aslında özel sektör o kişinin sağlık hizmeti alıp almamasına değil, işte hızlı tedavi olup, **memnun olmasına bakıyor.** Tabi ne kadar çok hasta bakarsan ne kadar çok hasta girişi olursa o kadar mutlu oluyorlar." (Göktuğ Bey, Hekim)*

*"Özel sektör **hastaları müşteri olarak** görür. Yani kar elde etmek için müşteri memnuniyetini en üst düzeye çıkarmaya çalışırlar. Bu özel sektörün doğasında var. Yadırgamamak lazım. **Sağlık hizmetini bir ticaret gibi görüyor** sonuçta." (Çınar Bey, Kamu Yöneticisi)*

*"Özel sektör **hastaları** diğer sektörlerde hizmet verdikleri **müşteriler gibi görmekte** ve buna göre hizmet vermektedir." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

*"**Biz müşterimiz olan hastaların memnuniyetini ön planda tutuyoruz.**" (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Hasta memnun olsa da memnun olmasa da **yakınlarına bunu anlatıyor**. **Olumlu anlatırsa yakınları da bizi tercih edebilir**. **Gelen bir hasta üç hasta olarak tekrar geri geliyor bana**. Öyle olunca da **portföyümüzü biraz daha genişletebildik**." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Aslında taburculuk sonrası bile **hastanın tekrar o hastaneyi, o kurumu, o hekimi, o hemşireyi tercih etmesini sağlamak.** Hastanın memnun edilmesi önemli. **Memnun olsun ki tekrar gelsin.**" (Asel Hanım, Hemşire)*

Bazı katılımcılar sağlık çalışanlarının hastaları sadece tedavi etmekle ilgilendiklerini ve hastalara yardım edecek kişiler olarak gördüğüne yönelik eleştirilerde bulunmaktadırlar. Bu durumun hastalara yeterli ilgi gösterilmemesine neden olduğunu düşünen katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Sağlık çalışanları **hastalara yardım edilecek kişiler** olarak bakıyor. Bu nedenle **sadece tedavi etmekle** ilgileniyor." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"... Kamudaki sağlık çalışanları **sadece hastanın tedavisinin yapılmasını yeterli görüyor**." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"**Sağlık çalışanları daha çok hastaların iyileştirilmesine odaklanmış** memnun etmeye yönelik ekstra çaba göstermiyorlar." (Yusuf Bey, Hekim)*

Sağlık hizmeti sunumundaki amaç ve hastalara bakış açısı açısından meslek kurumsal mantığı ile şirket ve piyasa kurumsal mantığı arasında çatışma bulunmaktadır. Meslek kurumsal mantığının sağlık hizmeti sunumundaki temel amacı, doğru teşhis ve tedavinin verilmesi ile hastaların iyileştirilmesidir. Ayrıca meslek kurumsal mantığı hastaların müşteri olarak görülmesine karşı çıkmaktadır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"Sağlık personeli nezdinde, sağlık hizmetini sunanların gözünde **hastalar tabiki müşteri değil**. **Bu çokta kötü bir tanımlama.**" (Eslem Hanım, Hekim)*

*"Şehir hastaneleri ile birlikte şirketin dahil edilmesi **şirket hastaları zaten müşteri olarak görmektedir.** Devlet sağlıkta dönüşümle birlikte getirdiği uygulamalar **hastaları müşteri gibi konumlanmasına** neden olmaktadır. ... Ama ben sağlıkçılar açısından **sağlık hizmeti sunanlar açısından hastaya müşteri gözüyle bakıldığını düşünmüyorum. Daha o noktaya gelmemişizdir. O noktaya gelmemeliyiz diye düşünüyorum**. Çünkü **hastaya müşteri tanımlamasını eğer biz yapmaya başlarsak işte orada sağlık sistemi göçmeye başlamış demektir.** İdarecilerin memnuniyetin artması üzerinden baskıları çok fazla. Yani hastanın memnun olması için gereken ne? Zaten orda hizmet alıyor. Hastayı memnun etmek için ihtiyacı olan hizmetin dışında ne vermemiz gerekiyor?" (Eslem Hanım, Hekim)*

Hastanın memnun olmasını, mutlu olmasını, sağlığına kavuşması ve kısa sürede hastaneden taburcu edilmesine bağlayan, hastaların isteklerinin değil ihtiyaçlarının karşılanmasının daha önemli ve öncelikli olduğunu düşünen katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"**Hastanın memnuniyeti, mutluluğu önemli**. Hastayı en kısa sürede en kaliteli hizmetle en memnun şekilde taburcu edebilmek" (Asel Hanım, Hemşire)*

*"Bir hekim olarak benim odak noktam **hasta memnuniyeti**. Bunun için de doğru teşhis ve tedavi kadar hastaya ilgi göstermek, **onları memnun etmek önemli**. Halkın seviyesine göre onların dilinden de biraz anlıyorum. Onların istediği gibi davranıyorum konuşuyorum. Böyle olunca da herkes memnun oluyor." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Benim içinde en doğru işlerden bir tanesi bir kere dokunduğum kişilerden yani hastalardan **güler yüzle kapıma tekrar gelmeleri**. Bunun için de doğru teşhis ve tedavi kadar **hastaya ilgi göstermek**, onları memnun etmek önemli. Hekimin başarısı bir kere **hekimin tabiki hastaya gösterdiği ilgisinden** geçiyor. Karşıma güler yüzle çıkması o zaman doğru iş yaptığımı hissediyorum. Hani hastayla karşılıklı ilişki, o samimiyeti yakalamayı çok seviyorum." (Yusuf Bey, Hekim)*

*"... Özel şirket tamamen **hastaları memnun etmeye ya da isteklerine odaklanıyor** daha çok. ... Ama kamunun sunduğu sağlık hizmetinde **hastalar memnun olmayabilir**. Çünkü bizim **asıl amacımız hastayı iyileştirmek, sağaltmak.** Bu anlamda **her zaman hastayı memnun edemeyebiliriz.** Hastanın hastalığı her zaman iyileşmeyebilir. Tedavisi uzun süreç gerektiren veya tedavisi olmayan hastalıklarda bir hekim olarak sizin yapabileceğiniz sınırlı olduğu durumlarda hastayı memnun edemeyebilirsiniz. ... Bir hekim olarak hastaların isteklerini ya da memnuniyetini düşünmek değil bizim görevimiz, **onun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini vermek.** Yani öncelikle ona zarar vermemek, hastalığını teşhis etmek, doğru tedaviyi uygulamak ve hastayı sağaltmak bizim önceliğimiz. Hastaneler kaos ortamıdır aslında. Oteldeki gibi insanlar oraya dinlenmeye ya da eğlenmeye gelmiyor. Acılarını dindirmeye geliyor. Bundan dolayı siz **hastaya otel müşterisi gibi davranamazsınız.** (Aras Bey, Hekim)*

*"... **özel sektör hastaları diğer sektörlerde hizmet verdikleri müşteriler gibi görmekte** ve buna göre hizmet vermektedir. **Bizim için önce hasta iyileşsin sonra memnun olsun.** Ama özel sektörde bu sıralama değişmiş gibi. Önce hasta memnun olsun. İyileşmesi özel sektör açısından önemli mi? Emin değilim. … Bence şu an sağlık hizmetinin özünden bir kopuş bir kayma söz konusu. Sağlık hizmetinde **önceliğimiz hastaların iyileşmesi hatta insanları hastalıktan korumak**. Ama şu an **biz hastaların memnuniyeti üzerine odaklanmış** gibi duruyor. Hastayı memnun edelim tamam kabul ama iyileştirmek daha önemli olduğunu düşünüyorum. **Hasta iyileşince zaten memnun olacaktır.** Diğer sektörde müşterilerin beklentileri farklı olurken **hastaların beklentileri çok farklıdır.** Hasta memnun etmek için tıp bilimine aykırı bir şey yapamazsın. Bir otel müşterisini memnun etmek için taleplerini karşılayabilirsiniz. Ama bazen hastanın sağlığı için bazı taleplerini karşılamanız mümkün değildir. Bu nedenle **doktor ve hemşireler hastanın sağlığına ulaşması için gerekli tedavi ve bakımın yapılması önceliktir**. Bazı uygulamalar hastayı memnun etmeyebilir. **Önce hasta iyileşsin, sonra memnun olsun**." (Ebrar Hanım, Hemşire)*

4.4.3. Fiziki Alanların Kontrolünden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Şehir hastanelerinin fiziki alanların planlanmasındaki eksiklerin giderilmesi ve gerekli değişikliklerin yapılması için sağlık personelinin bazı talepleri bulunmaktadır. Kamu yöneticileri bu talepleri onaylarken, şirket tarafı sözleşmeye uygun olmadığı için hastane binasında değişiklik yapmayı kabul etmemektedir. Daha etkin sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan fiziki değişiklikler konusunda devlet ve meslek kurumsal mantığı uyum sağlarken şirket mantığı sözleşmeye uyum gösterme eğilimindedir. Büyük

ve maliyetli değişiklik taleplerinde sözleşmeye uyum sağlanırken, daha makul değişiklik talepleri yapılan müzakereler çerçevesinde yerine getirilmektedir.

Tablo 37. Fiziki Alanların Kontrolünden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Çatışma Nedenleri	Devlet Kurumsal Mantığı	Meslek Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı	Aktör Davranışları
Fiziki Alanların Kontrolü	Hastane binasındaki gerekli fiziki değişiklikler özel sektör tarafından yapılmalıdır.	Sağlık hizmeti sunumu, sağlık personelin ihtiyacı ve tıbbi eğitim için bazı fiziki alanlarda düzenleme yapılması gerekmektedir.	Hastane binasının yönetimi 25 yıl boyunca şirkette. Kamu kiracı. Hastaneler akıllı binalardan oluştuğu için değişiklik yapmak hem çok maliyetli hem de çok zor.	Sözleşmeye Uyum Müzakere

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Hastane binasındaki sağlık çalışanlarının fiziki değişiklik taleplerinde, şirketin genellikle sözleşme dışına çıkmadığını ve bu nedenle kamunun sözleşmeye uyum göstermek zorunda kaldığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"... burada bina özel şirketin. Biz burada kiracıyız. Her şey bizim kararımızla olmuyor maalesef. Bunu şirket yöneticileri talep etseniz bile onay vermeden* ***çivi bile çakamıyorsunuz*** *burada. Odalarda bazı değişiklikleri sağlık personeli olarak biz talep ettik. Bizim yönetimimiz değişiklik taleplerimizi kabul ettiler. Ama şirket bunu kabul etmedi. Şirket bu tarz taleplere olumlu cevap vermiyor. Şirket binaların akıllı olduğunu, herhangi bir değişiklik durumunda alt yapının bozulacağını veya sistemin adapte edilmesinin mümkün olmadığını söylüyor.* ***Sözleşme dışına çıkamayacaklarını*** *ve bu değişikliklerin maliyetli olacağını söyleyerek fiziki alanlarda değişiklik yapmıyorlar." Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

> *"Şimdi mesela bir ev yaptırıyorsunuz. Arsanız var. Müteahhitte diyorsunuz ki işte 3+1 ev yap. Olur yaparım. Ne kadar? Şu kadar. Tamam. Evi teslim alıyorsunuz. Diyorsunuz ki ya bu yanlış olmuş. Ne yapacağız? Buraya bir de kiler yapalım. Müteahhit kileri yapar mı? Yapmaz. Çünkü anlaşmada yok. Ve sen diyorsun ki bunu yapacaksın. Niye? Ben devletim. Ne alakası var kardeşim. Sen bana bunun parasını verdin mi, verecek misin? Vermeyeceksin. Planda, programda, projede böyle bir şey var mı? Yok. E ne istiyorsun benden? Ama ev de kilersiz olur mu? Olmaz. Anlaşma yapmışsın işte. Her şeyi yazmışsın. Evin sıhhi tesisatını yazmamışsın.* ***Sözleşmede yazmıyor*** *yani. Müteahhitte demiş ki yazmadığına göre yapmamam lazım herhalde. Adam evi teslim ediyor. Bir bakıyorsun muslukta su yok. Niye yok? Sıhhi tesisatsız ev mi olur?* ***Ama sözleşmede yok****. Sözleşmeyi kim yaptı Bakanlık. Bakanlık yaptıysa benim suçum ne? Doğru haklısın senin suçun yok. Bakanlığa soruyorsun diyorsun ki ey Bakanlık böyle bir problem var. Nasıl çözeceğiz bunu? Ya işte şudur da budur da falan. Aranızda anlaşın, aranızda uzlaşın. Neyine anlaşacaksın? Neyine uzlaşacaksın? Adam para vermeden ıslak zemin yapar mı? Yapmaz." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Bazı durumlarda özellikle çok maliyet gerektirmeyen ya da binada çok büyük inşaat gerektirmeyen taleplerin kamu tarafı ile özel şirket tarafının yapmış olduğu müzakereler sonucunda, uzun zaman alsa da karşılandığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

"... sağlık personelinin fiziki alan değişikliğine dair talepleri oluyor. Bu talepler ***kamu ile özel toplantılarda karşılıklı oturulup konuşuluyor, değerlendiriliyor ve karar alınıyor****. Eğer şirket açısından çok büyük maliyet gerektirmiyorsa ya da binanın fiziki yapısı mümkünse zor da olsa şirket yapıyor. Ama* ***genel eğilim sözleşme dışına mümkün mertebe çıkmamak üzerine*** *diyebilirim." (Masal Hanım, Kamu Yöneticisi)*

"İlk etapta planlandığı gibi kullanılamayan alanlar oldu. Bir yoğun bakım olacaktı ama başka bir yoğun bakım oldu. Yine yoğun bakım ama başka bir branşın yoğun bakımı oldu. Bunların yer değişiminde bile ***tabelalar özel sektörün onayı*** *veya daha doğrusu girişimi olmadan* ***onlardan bağımsız gerçekleştirilemedi****.* ***Odaların tabelalarının değişmesi bile epeyce bir zaman aldı****." (Eslem Hanım, Hekim)*

*"****Talepler, talep edilen işin maddi boyutuna göre değişiyor, yapılıp yapılamaması****. Şimdi küçük boyutta bir şeyse, küçük bir yazılımla halledilebilecek, bir küçük bağlantıyla ya da ellerinde olanla, işte sürüm yükseltilebilecek bir şeyse evet çözüyorlar. Genelde bunu çok sıkıntı etmiyorlar. Ama* ***büyük çaplı fiziki değişikliklerde sözleşme dışına çıkılmıyor kesinlikle****." (Defne Hanım, Hemşire)*

Camların açılmasını istiyorduk *mesela biz.* ***Klinikteki hemşire odaları, poliklinikteki doktor odaları açılır cam değil****. Mesela bunun talebini yaptık. Şirket diyor ki;* ***hayır sözleşmede bu camlar bu şekilde olması gerektiği için biz bunu değiştiremiyoruz****. Ve bunu idare çözmeye çalıştı. Yani elinden geldiği kadar pencere açmaya çalıştı. Ve* ***elliye yakın bir pencere açtırabildi.*** *Hani bunun için sizin tekrar dilekçe vermeniz ve bunun onaylanması işte idare tarafının da bunu onaylaması gerekiyor. Eğer onay verilirse yani küçük inşaatlardan bahsediyorum kısmen çözülüyor. Bu sorun* ***kaç aylar, zaman geçti*** *ama sonunda* ***kısmen de olsa çözüldü.****" (Asya Hanım, Hemşire)*

"Yeni alanlar açılmaya çalışılıyor ama alanların çoğu hasta odaları olduğu için oralara müdahale edilemiyor. Odaların sayıları ile oynanamıyor. Ancak depo alanları veya başka amaçlı planlanmış, boş alanları, odalara çevirmeye çalışılıyor. Tabi bunlarda da projeyle oynama gerektirdiği için büyük uğraşlar gerektiriyor. Biz ***fiziki değişiklik isteklerimizi*** *normal yollarla çözmeye çalışıyoruz. Normal yollarla olumsuz yanıt alınıyor. Bu sefer kendi bulunduğumuz binanın kamu yönetimi ile görüşüyoruz. Kamu kısmında başhekimlik, başhemşirelik bunlarla görüşüyoruz ve durumu aktarıyoruz. Ondan sonra yerinde bir inceleme yapılıyor,* ***taleplerimiz haklı bulunuyor. Belki bir ay belki iki ay sonra güçbela bir şekilde çözmeye çalışıyoruz.*** *Ama hiç bir zaman hiçbir işimiz direk yollardan olmuyor." (Yusuf Bey, Hekim)*

4.4.4. Demirbaş Talebinden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Şehir hastanelerinde kullanılacak olan demirbaş ve medikal cihazların KÖİ yapılan şirket tarafından sağlanması gerekmektedir. Ancak bazı demirbaş ve medikal cihazların sözleşmede olmaması nedeniyle şirket tarafından tedarik edilmemiştir. Bu durumda sağlık personeli etkin sağlık hizmeti sunulabilmesi için eksik olan ve ihtiyaç duyulan demirbaş ve medikal cihazların tahsis edilmesini talep etmektedir. Kamu yöneticileri de bu eksikliklerin tamamlanması gerektiğinin farkındadır. Ancak şirket sözleşmede yazılan tüm demirbaş ve cihazların getirildiğini, ekstra taleplerin karşılanmasının şirkete büyük maliyet oluşturacağını ve bu nedenle sözleşme dışına çıkmalarının mümkün olmadığını ifade etmektedir. İhtiyaç duyulan demirbaş ve medikal cihazların devlet bütçesi tarafından karşılanması durumunda Sayıştay denetimlerinde

harcama yetkilisi olan yöneticiler için risk barındırmaktadır. Bu nedenle her iki taraf sözleşmeye uymak durumunda kalmaktadır.

Tablo 38. Demirbaş Talebinden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Çatışma Nedenleri	Devlet Kurumsal Mantığı	Meslek Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı	Aktör Davranışları
Demirbaş Talebi	Şehir hastanelerinde demirbaşlar özel sektör tarafından getirilmek zorundadır. Kamu bütçesinden alınırsa Sayıştay denetiminde sorgu çıkmaktadır.	Hastaların doğru teşhis ve tedavisinin yapılabilmesi için gerekli olan demirbaşların ve medikal cihazların tamamlanması gerekmektedir.	Sözleşme dışında kalan demirbaşlar şirketin sorumluluğumda değildir.	Sözleşmeye Uyum Müzakere Karşılıklı Taviz Verme Zamana Bırakma

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Kamu ve özel taraf arasında yapılan müzakereler sonucunda her ne kadar sözleşme dışına çıkılamasa da bazı taleplerin şirket tarafından karşılandığı, bazılarının eski kapatılan hastanedeki cihazların getirilerek çözüldüğü, bazı büyük maliyet getiren cihazlara yönelik henüz bir çözüm yolu bulunamadığı ve ilgili taleplerin zamana bırakıldığı katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. Katılımcılardan Asya Hanım, taleplerin sözleşmeye uygun olmadığı için karşılanmadığına yönelik görüşleri şu şekildedir:

> *"... Ben sözleşmeyi çok detaylı bilmiyorum açıkçası. **Ama küçücük bir talebiniz bile olduğunda eğer o sözleşmede yoksa hani onu yaptıramadığınızı biliyorum**. Çok basit bir şey söyleyeyim bir bilgisayar var, ikinci bilgisayar lazım buraya diyor mesela. **Hayır diyor, sözleşmede bu yok.** Dolayısıyla bunu yapamazsınız. İşte ek bir şey, masa, sandalye istiyorsunuz. Diyor ki yok ben buraya bu kadar öngördüm. Daha fazlası **sözleşmemizde yok** diyor." (Asya Hanım, Hemşire)*

Bazı katılımcılar talep edilen demirbaş ve medikal cihazların sözleşmeye mutlak olarak uyulmaya çalışılmakla birlikte kamu ve özel taraf arasında gerçekleşen müzakereler sonucunda karşılandığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Sözleşme kapsamında biz neleri sağlamamız gerekiyorsa onları sağlamamız gerekiyor zaten. **Sözleşmeye mutlak uyum gösteriyoruz.** Tabiki yani mesela şöyle düşünün bir mouse vermek sözleşme kapsamındadır, bir laptop talebi sözleşme kapsamında değildir. Dolayısıyla yapılmaması gereken bir taleptir zaten o. Yapılması iki taraf içinde zararlı olabilecek bir taleptir. Çünkü verdiğiniz laptopun maliyetini istersiniz. **Sözleşmenin çok fazla dışına çıkılmıyor** diyelim. **Sözleşmenin dışına çıkılacağı zamanda özel sektörle kamu tarafı koordinatörlükte oturup görüşüyorlar**." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"Örnek vermek gerekirse bize göre son derece basit olan **bir bilgisayar kablosu çekmek** veya **bir kapı açmak** veya **bir bölme oluşturmak** sözleşmelere bağlı hareket edildiği için sanılandan daha uzun sürebiliyor. **Özel sektör tarafı sözleşmede yazmayan hiçbir şeyi yapmıyor**. Ama hastanenin işleyişinde bazı şeylerin yapılması gerekiyor. Bu sözleşmede yazmayan şeyler de olabiliyor bazen. Özel şirket bu durumda katı olabiliyor. Çünkü bu işler ekstra maliyet oluşturuyor ve özel şirket bu maliyeti karşılamak istemiyor. Bu bazen*

*sorunlara neden olabiliyor. Ama bu sorunlar **karşılıklı oturup konuşularak aşılıyor** bir şekilde. Bazen kamu tarafı fedakârlık yapıyor. Bazen özel sektör fedakârlık yapıyor. Çok da detay vermeyeyim. Ama **karşılıklı olarak çözmeye çalışıyoruz**." (Ali Bey, Hekim/Yönetici)*

*"Kamu işlerini **mevzuat çerçevesinde** yapmaya çalışıyor. Şirket ise **kendi çıkarlarını korumak** istiyor. Böyle olunca karışıklık olabiliyor bazen. Aslında çoğu zaman. Bakış açısı farklılıkları ya da amaç farklılığı nedeniyle. Yani **kamu sağlık hizmeti sunmak için kanunlara uymak** zorunda. Şirket ise **sağlık hizmeti sunarken maliyetlere ve karına odaklanmak** durumunda. Böyle olunca bazı sıkıntıların çatışmanın kargaşanın olması muhtemel tabi. Bu sıkıntılar **komisyonlarda müzakere edilerek çözülmeye** çalışılıyor genellikle." (Çınar Bey, Kamu yöneticisi)*

*"Mesela yakın zamanda şahit olduğum bir olay, biz talepte bulunduk. Bir **alana yazıcı ve bilgisayar kurdurmamız** gerekiyordu. Teknik altyapının orda olmadığı söylendi. Ki gerçekten de yoktu. Yani odada internet altyapısı bağlantıları çekilmemiş. Çünkü orası bir dinlenme alanı olarak planlanmış. Oraya internet altyapısı döşenmemişti. Bizler orayı asistan odası yapmak istedik. Projeye uygun olmadığı için reddedildi. Tekrar talep ettik. Bir daha reddedildi. En son kamu kısmındaki başhekimle bu durumu görüştük. Ve alanı gösterdik. Alan yerinde incelendi. Kendisi bizatihi olarak özel iştirakin gerekli yetkilileriyle görüştü, yaklaşık bir hafta içinde **hem internet altyapısı hem bilgisayar hem yazıcı o alana** geldi." (Yusuf Bey, Hekim)*

Şehir hastanelerinde şirket sözleşmede yükümlü olduğu demirbaş ve medikal cihazları tahsis etmekle birlikte eksik olanların karşılanmasına yönelik yapılan müzakerelerde çözüm üretilemediği zaman sözleşmeden taviz vermek durumunda kalmıştır. Katılımcılardan Eymen Bey bazı cihaz taleplerinin şirket tarafından hastaneye bağışlanarak karşılandığını şu şekilde ifade etmiştir:

*"Cihaz talepleri ilk başta başhekimlik çözüm üretmeye çalıştı. Çözüm üretilemeyince **bazı cihazlar şirket tarafından bağışlandı** diye biliyorum." (Eymen Bey, Özel Sektör Yöneticisi)*

Sayıştayın 2019 yılında yapmış olduğu denetimde Ankara Bilkent ve Bursa Şehir Hastanelerinde bazı tıbbi cihazların bedelsiz olarak idareye verildiğine yönelik tespiti şu şekildedir:

*"Ankara Bilkent ve Bursa Şehir Hastanelerinde yukarıdaki maddelerde değinilen ek mutabakatlar ile Kemoterapi İlaç Hazırlama, TPN ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin görevli şirket tarafından sunulmasından vazgeçilerek İdare tarafından yürütülmesi konusunda anlaşmaya varıldığı, ancak söz konusu hizmetler kapsamından **görevli şirketler tarafından getirilen ve İdareye bedelsiz olarak devredilen cihazların** Bakanlıkça stok yönetimi için kullanılan MKYS sistemine kaydedilmediği ve muhasebeleştirilmediği anlaşılmıştır." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2019: 38)*

Sağlık personeli tarafından talebi yapılan demirbaş ve medikal cihazların karşılanmasına yönelik yapılan müzakerelerde sonuç alınamadığı durumlarda kamu tarafı taviz vermek durumunda kalmıştır. İhtiyaç duyulan bazı demirbaş ve medikal cihazların, kapatılarak şehir hastanesine taşınan devlet hastanelerinden getirildiğini ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

"... Hastane ilk açıldığında sözleşmede belirli sayıda poliklinik ayarlandığı için sözleşme gereği fazla doktor olduğunda ekstra polikliniği açamıyoruz. Daha doğrusu odayı açıyorlar tamamda, ***alet, edevat, cihaz temin edemiyoruz****.* ***Sözleşme gereği deyip topu birbirlerine atıyorlar.*** *İdare özele, özel kamuya birbirlerinin arasında top atıyorlar. Polikliniği kendimiz oluşturduk iyi kötü. Önceden başka bir alet vardı. O şimdi başka bir odaya geçti. O aleti ben* ***eski devlet hastanesinden kendim getirttim. Atıl vaziyetteydi****. Yani o alet olmasaydı benim devam edeceğim, poliklinik yapacağım, işleyişimi devam ettireceğim bir şey olamazdı. Olması gerekiyordu o aletin. Yani burada* ***eski hastaneden getirip de kullandığımız cihazlar var****. Yani havuz diyelim. Kapanan devlet hastanelerinin havuzları oluşuyormuş. Boş olanlar veya işte kullanılmayanlar aktarılabiliyor bu şekilde." (Göktuğ Bey, Hekim)*

"... ama bütün cihazlar bizim değil. ***Bir kısmı eski hastaneden getirmek zorunda kaldık****. Yetmedi çünkü sayısal olarak. Yani her bir cihaz maliyet gerektiriyor. Elimizde de vardı. Ne yaptık? Yenisini satın almak yerine, eski hastanedekileri getirdik. Ama eskilerin dijitalleştirme adına bir sistem entegrasyonu yok." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

"Bize şehir hastanesinde olacak olan malzemelerin listesi geldi, ameliyathane listeleri. Bize hep şöyle söyleniyordu, bugün işte bu hastanede hizmet vereceğiz, yarın şehir hastanesinde hizmet vereceğiz. Yani ceketimizi alıp çıkacağız diye. Sonra baktık ki ***bazı cihazlar eksik****.* ***Sözleşmede yok*** *yani. ... Firmaya söylüyorsun* ***şu şu malzemeler eksik****. Bu malzemeler olmadan ben hastaya bakamam. Firma da diyor ki ben* ***sözleşmede yazılı olan her şeyi aldım****.* ***Sözleşme dışına çıkmam. Ekstra para harcayamam****. Sözleşmeye eklerseniz ve bana paramı verirseniz alırım. Aksi takdirde alamam diyor. Firma da kendince haklı. ... İhtiyacımız olan bütün malzemeleri* ***eski hastaneden şehir hastanesine aktardık****. Çöp kutumuza kadar götürdük. Kanepemize kadar götürdük. Tüplü televizyonumuza kadar götürdük yani. O kadar hani sözde biz ceketimizi alıp gidecektik.* ***Eski hastanedeki ihtiyacımız olan tüm makine cihazları şehir hastanesine götürdük. Başka da bir çözüm bulamadık açıkçası****." (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Sayıştay raporlarında şehir hastanelerinde bazı demirbaş, tıbbi cihaz ve aletlerin kapatılan hastaneden getirildiğine yönelik tespitleri şu şekildedir:

"... yapılan incelemede, şehir hastanelerindeki cerrahi setlerin hem nitelik hem nicelik yönünden yeterli olmaması nedeniyle kapanan hastanelerden çok sayıda cerrahi setin sağlık personelince şehir hastanelerine getirildiği anlaşılmaktadır." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018: 31)

Şehir hastanelerinde ihtiyaç duyulan demirbaş ve medikal malzemelerin bir kısmı kapatılan devlet hastanelerinden getirilmiştir. Bu medikal cihazların bazıları yılda bir kez kalibre edilmesi gerekmektedir. KÖİ sözleşmelerinde şirket tarafından tahsis edilen bu cihazların bakım onarımı ve kalibrasyonu da şirket tarafından yapılmak zorundadır. Ancak şirket eski devlet hastanelerinden getirilen cihazların bakım onarımı ve kalibrasyonunun yapılmasını üstlenmemektedir. Kamu tarafı da bunun devlet bütçesinden yapılmasını kabul etmemektedir. Bu cihazların kalibrasyonun sorunu hala çözülmemiş olup zamana bırakılmıştır. İlgili katılımcı görüşleri şu şekildedir:

"Kendi getirdiğim demirbaşın maliyetleri bana biniyor. Nedir, ***bakım onarımı, kalibrasyonu*** *benim ödediğim para o para. Kendi demirbaşımdan bahsediyorum. Şimdi şirketin getireceği de bizim demirbaş ama kamu özel mantığıyla alınan demirbaş. Öbürü satın alma mantığıyla alınan demirbaş. Kamu özel mantığıyla alınan bir ürünün tüm*

bakım onarımı her türlü kalibrasyonu şirketin uhdesinde. ***Bizim cihazların bütün sorumluluğu benim uhdemde****." (Hamza Bey, Kamu yöneticisi)*

"... Biyomedikal cihazların, malzemelerin büyük çoğunluğunu firma sağladı. Ama sözleşme 10 yıl önce yapıldığı için bu sözleşmede belirlenen sayılar şu anda ihtiyacın altında. O nedenle ***eski hastanelerimizde kullandığımız, hala kullanıma uygun olan, iyi durumda olan cihazlar da getirildi.*** *Onlarda kullanılıyor. Ya da burada firmanın sağlamadığı orada özellikli olan cihazlar getirildi. Onlarda kullanılıyor. Şimdi* ***bu cihazların kalibrasyonunun yapılması gerekiyor. Yılda bir defa bir kalibrasyon etiketlerinin olması gerekiyor****. Firma kendine ait olan cihazları yılda bir defa kalibre ediyor etiketliyor. Ama* ***kamunun getirdiği malzemelerin bir kalibrasyonu yok.*** *Firma kamunun getirdiği cihazları kalibre etmek zorunda olmadığını söylüyor. Kamu da sayıştay denetimlerinde sıkıntı yaşamamak için yapamadı. Bu kalibrasyonlarla ilgili hastanelerin hepsi il sağlığa bağlı olduğumuz için normal kağıt üzerindeki hiyerarşik yapıda orda bir ihale açılması kalibre edilmesi gerekiyor. En az 2-3 aydır bunlarla uğraşıyorlar.* ***Hala da kalibre olmadı****. En son çünkü kalite değerlendirmesinde kalibrasyon etiketlerinin eksik olduğundan kaldık." (Defne Hanım, Hemşire)*

Katılımcılardan Ömer Asaf Bey, şehir hastanelerinin sözleşmesinde olmadığı için eksik olan bazı yüksek maliyetli cihazların ne şirket tarafından ne de kamu tarafından karşılanmadığını, eksikliğin devam ettiğini ve çözümün zamana bırakıldığını şu şekilde ifade etmiştir:

"Mesela şey, en güncel şeyi söyleyeyim size, bizim hibrit ameliyat odalarımız var. Adam her şeyi döşemiş ***anjiyo ünitesini almamış****. Şimdi anjiyo ünitesini niye almadın diyorsun,* ***sözleşmede yazmıyor*** *diyor. ... Firma da kendince haklı. Doğru şimdi bir anjiyo ünitesi almaya kalksan, yani çok büyük para. Devlette bunu firmaya itelemeye çalışıyor. Firmada bunu yemiyor. E* ***bakanlık ta alamıyor. Sayıştay korkusu nedeniyle****. ... Yarın bir gün işte Sayıştay geldiğinde bunu niye böyle yaptın, bunu niye şöyle yaptın dediği için inisiyatif alamıyorsunuz.* ***Eliniz kolunuz bağlı****. ... bu tür sorunları çözmek için çeşitli mekanizmalar var. Uzlaştırma komisyonları kuruluyor. Belli aralıklarla İl Sağlık Müdürlüğü'nün başkanlığında, firma temsilcisi başhekim oturup konuşuyorlar. Olayı çözmeye çalışıyorlar. Çözülemezse herhalde Sağlık Bakanlığı'nın bir ilgili birimi var orada toplanılıyor. Eğer orada da çözülemezse, şerh konuluyor işte yasal süreç başlıyor.* ***Çözümsüzlük sarmalı içinde gidiyor****. Şimdi ne oldu peki?* ***Hibrit ameliyathane salonunu biz kullanamıyoruz. Boş duruyor öyle. Atıl duruyor.*** *" (Ömer Asaf Bey, Hekim/Yönetici)*

Sayıştay tarafından yapılan incelemede de şehir hastanelerinde çözülemeyen bazı konulara ilişkin Bakanlığın yanıt vermediği ya da yeterli yönlendirme yapmadığına yönelik tespiti şu şekildedir:

"İdare tarafından verilen cevapta, personele sözleşme hukuku ile finans konularında eğitimlerin verildiği ve halihazırda da taşra teşkilatı tarafından ihtiyaç duyulduğunda destek verildiği ifade edilmişse de taşra teşkilatınca çözümlenemeyen ve tereddüt edilen hususlarda Bakanlık talimat ve/veya görüşüne ihtiyaç duyulmasına rağmen, Bakanlığın çeşitli birimlerince ***yanıt verilmediği veya yanıt verilmekle birlikte zamanında ve yeterli açıklıkta görüş ve yönlendirme yapılmadığı*** *resmi yazışmaların incelenmesinden anlaşılmaktadır." (Sağlık Bakanlığı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, 2018: 33)*

4.4.5. Personel Yönetiminden Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Şehir hastanelerinde KÖİ kapsamında asıl iş ve yardımcı iş ayrımı bulunmaktadır. Asıl iş olarak sağlık hizmetleri, yardımcı iş ise sağlık hizmeti dışında kalan tüm hizmetlerdir. Yapılan KÖİ sözleşmesi kapsamında yardımcı işler şirkete bırakılmış durumdadır. Şirket üstlenmiş olduğu bu işleri nasıl yerine getireceğini, sözleşmeye bağlı olarak yöntem beyanında belirtmiştir. Çok büyük açık ve kapalı alana sahip sağlık kampüsü olan şehir hastanelerinde çok sayıda şirket personeli çalışmaktadır. Şirket personeli sayısının çok yüksek olması, hizmet verilen alanın çok büyük olması gibi nedenlerle ilgili yöntem beyanlarında aşırı iş bölümü ve görev tanımları yapılmıştır. Şirket hem personelin verimli bir şekilde yönetilmesi hem yöntem beyanında yazılı olan taleplerin karşılanma sürelerine uyulması hem de personelin denetiminin yapılabilmesi için yöntem beyanına mutlak bir şekilde uyulmasını sağlamaya çalışmaktadır. Yöntem beyanına göre hiçbir personel görev tanımı dışında başka bir iş veya görev yapamaz, yaptırılamaz.

Sağlı personeli, şirketin hazırlamış olduğu yöntem beyanında iş bölümünün aşırı olduğunu ve görev tanımlarının çok keskin ve net olmasının sağlık hizmetinin doğasına aykırı olduğunu düşünmektedir. Sağlık hizmetleri dinamik, çok fazla acil durumla karşılaşılan, taleplerin planlanamadığı, belirsizlik ve kaos içeren bir sektördür. Sağlık personeline göre bu kadar dinamik olan bir sektörde net görev tanımlarının olması ve bu görev tanımlarının dışına kesinlikle çıkılmaması hastaların mağdur olmasına, sağlık hizmetinin aksamasına neden olabilmektedir.

Tablo 39. Aşırı İş Bölümü ve Net Görev Tanımlarından Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı	Aktör Davranışları
Aşırı İş Bölümü ve Net görev tanımları	Sağlık hizmeti sunumu, belirsiz ve karmaşık bir süreçtir. Görev tanımlarının bu kadar net olması mümkün değildir. Bazı durumlarda özellikle aciliyet gerektiren durumlarda hasta için görev tanımlarının dışına çıkılması gerekmektedir.	Görev tanımları yöntem beyanında net olarak belirlenmiş ve yöntem beyanı dışına çıkılması mümkün değildir. Herkes görevini yapsın.	Sözleşmeye Uyum Karşılıklı Taviz Verme

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Şehir hastanelerinde aşırı iş bölümünün bulunması, görev tanımlarının net olması ve bu konuda sözleşme ve yöntem beyanı dışına çıkılmamasına yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir:

*"... Özellikle **görev tanımlarının kamu tarafından bilinmemesi gereksiz gerginliklerin ortaya çıkmasına neden olabilir**. Oysa en baştan sözleşmeyle her şey belirlenmiş. Sözleşmeye bağlı olarak şirket yöntem beyanı hazırlamış. Bu yöntem beyanını kamu onaylamış. Artık bundan sonra **her iki taraf da üstüne düşeni yapmakla mükellef**. ..." (Eylül Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

*"Sağlık çalışanları fedakarca çalışırken **şirket tarafı görev tanımı dışına çıkmıyor**. Yine fedakarlık bize kalıyor. Herkes kendi işine yönelmek zorunda olduğunu biliyor artık. **Kimse kimsenin işine müdahale etmiyor**." (Nehir Hanım, Kamu Yöneticisi)*

*"**Net olmak zorundayız** öyle söyleyeyim. Bizim **görev tanımımız bu bunun dışına çıkamayız**. Eğer bir sıkıntınız varsa, başhekim ile görüşün, eğer oradan talimat geldiğinde tabiki yerine getiririz diyoruz. Zaten **onlarda bunun uygulanmadığını bildikleri için** konu oraya kadar gitmiyor." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

Katılımcılar, şirket personelinin görev tanımı dışına çıkmaması nedeniyle sağlık personelinin fedakarlık yaparak uyum sağlamak zorunda kaldığını şu şekilde ifade etmektedir:

*"Çalışanların görev tanımı dışındaki işleri yapmaları kesinlikle yasak olduğunu söylüyorlar. **Sözleşme dışına kesinlikle çıkmıyorlar.** Ama onlarda sanırım yeterince düzenlenmiş değil. Çünkü hep bir eksik var. Hep bir eksikler bizim tarafımızdan tamamlanıyor. Şirket çalışanları **görev tanımında yoksa yapmıyor. Sözleşmeye mutlak uyum var** burada. Böyle olunca **bizler fedakarlıkta bulunmak zorunda kalıyoruz.** Açıkçası biz yapıyoruz o işleri ben taşıma personeli de oldum. Hemşirelikte yaptım. O işler bitene kadar çözülene kadar orada oluyoruz. Diğer bölümlerin branşlarını da biz tolere ediyoruz. Biz kapatıyoruz. Eğer ortada bir görev tanımı yoksa işler bir şekilde yürüsün de nasıl yürüdüğü önemli değil şeklinde bir anlayış olduğu için işler yürüdüğü sürece de kimse hiçbir şey yapmıyor. Açıkçası ben şahsım adına konuşayım, artık yeter deyip te **kimseyi mağdur etmek istemiyorum.** Yapabileceğim bir şeyse yapıyorum ama böylede hiçbir yere varamıyoruz. Her yere koşmaya çalışıyoruz açıkçası ama yeterince değer görmediğimizi düşünüyorum. Ben bunu yapamamış olsam, yapamadım desem, o işler aksasa, o işler dönmese **hasta mağdur olmuş olacak.** Hani **bu göze alabildiğimiz bir durum olmadığı** için açıkçası bence **bizim vicdanımızdan kaynaklanan bir şey.** Maalesef hekim olarak bu duruma **adapte olmaktan başka şansımız yok.** Ama mesleki açıdan baktığımızdan sağlıklı bir durum değildir. Sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum" (Elif Hanım, Hekim)*

*"Özel sektör tarafı öyle bir yapılandırılmış ki, **hiç kimse görev tanımı dışında iş yapmıyor**. Ama sağlık hizmeti doğası gereği belki de en az yapılandırabileceği, işte görev tanımlarını en az netleştirebileceği bir alan. Ben o firma elemanına ne dersem deyim onun o **görev tanımında yoksa yapmıyor**. Yapmayacağını bildiğim için hiç bir zaman oradaki elemanla bir tartışmaya girmedim. Kamu çalışanları bunu hep **kendisinden fedakârlık yaparak** bunu çözüyor." (Defne Hanım, Hemşire)*

*İşte **özel sektörde bu benim görev tanımımda değil diyebiliyor.** Ayrıca bizler bunu pandemi sürecinde daha net anladık, her ne kadar anlamayanlar olsa da sağlık çalışanları özellikle doktorlar ve hemşireler hastayla ilgili bir süreç olduğunda, **gerekli fedakarlığı yapıyor bu zamansa zaman, emekse emek**." (Ömer Asaf, Hekim/Yönetici)*

Katılımcılardan bazıları, görev tanımlarının net olmasının ve görev tanımlarının dışına çıkılamamasının sahada yol açtığı problemler hem kamu hem de özel sektör açısından görüldüğünü ve bu konuda karşılıklı taviz verilerek problemlerin çözülmeye çalışıldığını ifade etmektedir. Ancak görev tanımlarındaki karşılıklı bu esnemelerin

sistemsel ya da yazılı olarak değil uygulama düzeyinde olduğu katılımcılar tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

> *"Özel şirket çalışanları bizim isteğimizle yani sağlık tarafının isteğiyle patronlarının istediği aralarında çok kaldılar, yani çok sıkıştılar. Bize de hayır diyemiyorlar, onlara da hayır diyemiyorlar. Yani bu görev tanımı dediğimiz mevzu konusunda çok sıkıntı yaşadık ilk başlangıçta. Patronlar onlara görev tanımının dışına asla çıkmayacaksınız diyor. Ama sağlık hizmeti öyle bir keskinlik içermiyor. Ben diyorum ki hayır bu hastanın iyiliğineyse sen bunu da yapmak durumundasın. Görev tanımı diye bir şeyle kısıtlayamazsın. Burada çok sıkıştı özel sektör çalışanları. Evet bunu yapmak zorunda olduğunu hissediyor, ama bir taraftan da yukardan korkuyor. Ya bana hani işte görev tanımıma uymayan şeyi yaptın diye beni işten çıkartırlarsa. Ya bana bu konuda sıkıntı yaratırsa şeflerimiz diye. Bu konuda en sıkıntı yaşayan gruplardan biride onlardı bence. Ama **birbirimize alıştıktan sonra bir denge sağlamayı öğrendik.** İşte **biz onları zora sokmayacak taleplerde** bulunmadık. Onlarda işte bu konuda **bizim isteklerimizi hayır demeden bir denge kurmayı öğrendiler** yavaş yavaş. Şu aşamada onlar bu kadar **siyah beyaz olmadığını** anladılar durumun. Biraz daha bizim gibi **gri alanlarında** olduğunu ve **bu gri alanlarda ortak hareket etmemiz gerektiğini** anladılar. Ama bunun için dediğim gibi çok uzun zaman geçti." (Asya Hanım, Hemşire)*

> *"Bizi böyle çok detaycı, her şeyde sorun çıkarmaya çalışan taraf gibi gördüler en başta. Görev tanımı ile bunu halledebileceklerini düşündüler. Yani görev tanımları her sorunu çözeceğini bizimde kabul edeceğimizi düşündüler. Ama bunun **böyle olmadığını** kendileri de olayın içine girdikten sonra **tecrübe kazandıktan sonra öğrendiler.** Sekreterlerde diğer şirket çalışanları da **sağlıkta hizmetin kalın kırmızı çizgilerle çizemeyeceklerini öğrendiler.** Yani **sağlık hizmeti doğası gereği her zaman biz kalın kırmızı çizgilerle çizemeyiz**. Böyle böyle **onlarda esnemeleri gerektiğini öğrendiler**. Şu an daha **ortak bir noktada yürüyoruz beraber**." (Defne Hanım, Hemşire)*

> *"Gerçekten de **sağlık hizmetlerinde görevlerin bu kadar net bir şekilde belirlenemeyeceğini** anladılar. Mesela önceden ameliyathanede biz onu bilmeyiz, biz onu yapmayız, işte o medikal malzeme biz taşımayız falan filan diyorlardı. Şimdi her şey değişti. **Onlar bizim elimiz ayağımız oldu. Olayı fark ettiler yani**. Çok zorda kalmadıkları sürece görev tanımlarının dışına yine çıkmıyorlar. Çünkü öyle emir almışlar ve atılma korkusuyla bunu yapıyorlar. Ama onlarda zamanla durumu fark ettiler. **Artık kendilerini de riske atmadan yardımcı oluyorlar**." (Ömer Asaf Bey, Hekim)*

> *"... bir hasta hani müdahele edilmesi gerekiyor. Acil oluyor. Tabiki hastaya doğrudan kendi başına müdahele etmiyor. Ama eğer sağlık personeli yardım istediyse acil ise, zor bir durumsa, personel yardımcı oluyor. **O gibi durumlarda biz zaten sesimizi çıkarmıyoruz**. Çünkü öncelik hasta sağlığı. **Esnediğimiz konular illaki oluyor**." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"... sağlığın ne kadar acil ne kadar önemli bir şey olduğunu görmüş olabilirler, öğrenmiş olabilirler. **Az da olsa görev tanımında olmasa da yardımcı olmaya çalışıyorlar**. İlk başlardaki gibi katı değiller. Biz de **onları zor durumda bırakmamaya çalışıyoruz**." (Miraç Bey, Sağlık Personeli)*

Şehir hastanelerinde her personelin sadece kendi işini zamanında yaptığı ve kişiye bağlı olmayan bir sistemin oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir. Ayrıca şirket personeli sürekli rotasyon uygulamasına tabi olmaktadır. Personel havuz sistemi ile her talep çağrısında ilgili personel merkezden yönlendirilmektedir. Personel havuz sistemi ile her personelin denetimi yapılabilmekte, verimli çalışması sağlanabilmekte ve gelen

taleplere yönelik gerekli veriler tutulabilmektedir. Şirketin personel havuz sistemi ile personel rotasyonu sağlamak, çalışanların kişisel ilişkiler kurarak görev tanımları dışına çıkmalarını engellemek, verimliliği artırmak ve maliyetleri düşürmek gibi amaçları bulunmaktadır.

Yardımcı işleri yapan şirket personeli ile asıl işi yapan sağlık personeli bir arada birlikte görev yapmaktadır. Bazı durumlarda sağlık personeli ile şirket personeli çok yakın ve uzun süreli birlikte çalışmaları gerekmektedir. Özellikle yoğun bakım, ameliyathane, palyatif bakım gibi süreçlerin daha hassas olduğu alanlarda sağlık personeli şirket personelinin rotasyona tabi olmamasını ve sabitlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Sağlık personeli personel rotasyonu uygulandığında şirket çalışanın birimin iç dinamiklerini, yapılan işi, yöntemi, dikkat edilmesi gerekenleri bilmediği için her gelen personele bunları anlatmak ve adapte etmek çok zaman alıcı ve yorucu olduğunu belirterek bu personellerin sabitlenmesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 40. Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonundan Kaynaklanan Çatışmalara Yönelik Aktörlerin Davranışları

Çatışma Nedenleri	Meslek Kurumsal Mantığı	Şirket Kurumsal Mantığı	Aktör Davranışları
Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonu	Hastanelerde her birimin iç dinamiği vardır. Özellikli birimler vardır. Bu nedenle bazı birimlerde o birimin sistemini, iç dinamiğini, özelliğini bilen sabit personel olması gerekir. Bazı birimlerde rotasyon uygulayamazsınız.	Şehir hastaneleri büyük işletmeler. Bu nedenle denetimi sağlamak, personelin verimliliğini ve işine gösterdiği özeni artırmak, personelin atıl kalmasını, uzun süreli çalışmalarda kişisel ilişkiler kurulmasını, samimiyet arttıkça artan kişisel istekleri ve kişiye bağlı düzeni engellemek için personel havuz sistemini kullanmak ve rotasyon uygulaması yapmak zorundayız.	Sözleşmeye Uyum Müzakere

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Şehir hastanelerinde personel havuz sistemi ve personel rotasyonu ile ilgili çatışmalara yönelik sözleşme ve yöntem beyanına uyum sağlanmak zorunda kalındığını ifade eden katılımcı görüşleri şu şekildedir:

> *"Ayşe diyor benim alanımda çalışacak diyor. Hani sebebini gerekçesi* ***ben bu adamı yetiştirdim*** *diyor. Hani benim* ***işleyişimi biliyor****, benim* ***ne istediğimi biliyor*** *diyor, bu alandan ayrılmayacak diyor. Biz dayatıyoruz. Hayır biz bu personelimizi kesinlikle burada bırakmayacağız. Bizim böyle bir uygulamamız yok. Ben size temizlik personeli hizmeti veriyorum. Ayşe'yi* ***illa bu alanda çalıştıracağım diye bir uygulamam yok*** *benim. Hani* ***sözleşmede de böyle bir şey yok*** *diyorum. Kurallar göz önünde bulundurulması gerekiyor. Tek çözüm noktası* ***yöntem beyanına uyum sağlanması****." (Zümra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

> *"... Bizim arzumuz şuydu hem temizlik hem destek elemanları* ***bizim kliniğimize özel olsun. Bizi bilsin ve biz hep onlarla muhatap olalım****. Özel sektör ise* ***personelin verimliliği için rotasyon ve havuz sistemi uyguladıklarını*** *söylüyor.* ***Özel sektör çalışanları kamu çalışanlarının görevlerini yapmasınlar diye rotasyon uygulandığını***

***söylüyor**. Yani genel amaç sanıyorum elamanları en iyi şekilde değerlendirip **daha az elemanla daha çok iş üretmek üzerine kurulu bir sistemleri** var. Bu konuda çok anlaşabildiğimizi söyleyemeyeceğim mesela. O sabitlemeyi bir türlü sağlayamadık. **Şirket sözleşme dışına çıkmak istemiyor**. Şimdilik bu kısır döngü bu şekilde devam ediyor." (Asya Hanım, Hemşire)*

*"... Şirket genellikle bu tarz taleplere **personel havuzu uygulaması personel verimliliği, maliyet düşürme ve kişisel ilişkilerin kurulmasından kaynaklı aksamaları gidermek** için oluşturuldu. Bu kadar büyük bir kampüste **kişilere bağlı bir düzen oluşturulmasını engellemeye** çalışıyoruz. **Kişilere değil sisteme bağlı bir düzen kurmaya çalışıyoruz.** Bu konuda esnememiz şu an için mümkün değil. Gibi cevaplar veriyor. Böyle durumda genellikle **sözleşmede ve yöntem beyanında ne yazıyorsa o uygulanıyor**." (Asel Hanım, Hemşire)*

Katılımcılardan Ömer Asaf Bey ve Zümra Hanım, personel havuz sisteminin ve personel rotasyonu uygulamasının genel olarak uygulanmaya devam etmekle birlikte yapılan müzakereler sonucunda özellikli birimlerde uygun olmadığı görülmüş olup kısmi personel sabitlemelerinin yapıldığını ifade etmektedir.

*"... biz bunu o kadar dile getirdik ki artık **bazı yerlerde, özel birimlerde kısmen de olsa elemanlarımız sabitlendi**. Yani özel birimlerde görev yapan şirket elemanları öyle **belirgin bir şekilde görev yerlerinde bir değişiklik yapmıyorlar.** Yani oraya veriyorlar. O işi öğrendiyse, oraya adapte olabildiyse **orda çalıştırmaya devam ediyorlar**. Ama ilk baştaki yaklaşımları öyle değildi. Üç ayda bir yerleri değişecekmiş, tüm hastanede çalışacaklarmış falan filan. Artık öyle değil. En azından bazı yerlerde" (Ömer Asaf Bey, Hekim)*

*"Sözleşme dışına kolay kolay çıkılmaz ama **hastane biliyorsunuz esnek bir yer**. Yani hastane ve hastanecilik nasıl bir mevzuata tamamen dökülemese de **esnetmemiz gereken zaman** dilimleri olabiliyor. Ameliyathane olsun, yoğun bakım olsun, doğumhane, yeni doğan, acil servisler gibi alanlarda **personelimizi çok sık değiştirmiyoruz**. Ama genel olarak mevzuatın dışına çıkılan çok fazla bir kapsam yok." (Azra Hanım, Özel Sektör Yöneticisi)*

5. BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TARTIŞMA

Türkiye'de sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetinde erişim, maliyet, verimlilik, kalite, teknoloji, medikal teknoloji, bilişim teknolojileri gibi konuların ön plana çıkarılması ve bu kapsamda özel sektörün tecrübe ve finansal imkanlarından yararlanmanın önün açılması için 2003 yılında SDP uygulamaya konulmuştur. SDP kapsamında özel hastanelerin SGK ile anlaşma imzalanması ve özel hastanelerden alınan sağlık hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınması sağlanmıştır. Bu durum Türkiye'de kısa süre içerisinde özel hastane sayılarının hızla artmasına neden olmuştur. SDP'nin ikinci aşaması olarak enerji, ulaşım, altyapı gibi sektörlerde yaygın bir şekilde uygulanmakta olan KÖİ projelerine sağlık sektörü de dahil edilmiştir. KÖİ ile çok eski olan kamu hastanelerinin yenilenmesi amaçlanmaktadır. Sağlık sektöründe KÖİ, şehir hastaneleri ile vücut bulmuştur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ile 7 farklı şirket grubu

arasında yapılan KÖİ kapsamında, 17 ilde 18 şehir hastanesi kurulmuş ve 25 yıl boyunca Sağlık Bakanlığı ile özel şirket tarafından birlikte işletilecektir.

Bu araştırma ile Türkiye'de şehir hastanelerine yönelik algılar, şehir hastanesinde bulunan çoklu kurumsal mantıklar, şehir hastanelerindeki çoklu kurumsal mantıkların çatışma nedenleri ve çoklu kurumsal mantıkların çatıştığı durumlarda aktörlerin geliştirdiği davranışlar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda veri toplama süreci yaklaşık bir yıl sürmüş olup 10'u hekim, 2'si şehir hastanesinde yönetici pozisyonunda olan hekim, 4'ü hemşire, 2'si sağlık personeli, 4'ü özel sektör yöneticisi ve 5'i kamu yöneticisi olmak üzere toplam 27 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından Isparta, Manisa, Konya, Eskişehir, Ankara, İstanbul, Tekirdağ, Kocaeli, Kütahya ve İzmir olmak üzere 10 ilde bulunan şehir hastanelerinde gözlem yapılmıştır. Gözlem aşamasında katılımcılardan elde edilen verilerin yerinde inceleme olanağı elde edilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, KÖİ özel şirketlerinin web siteleri, Sayıştay raporları doküman analizi ile incelenmiştir. Bu bölümde, katılımcı görüşmeleri, gözlem ve doküman incelemesi sonucunda elde edilen araştırma bulgularının değerlendirilmesi, mevcut literatürle karşılaştırılması ve geliştirilen önerilere yer verilmiştir. Araştırmanın tartışma kısmı araştırmanın bulguları kapsamında aşağıdaki üç ana bölümden oluşturulmuştur:

- KÖİ ile kurulan şehir hastanelerine yönelik algıların değerlendirilmesi
- Şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıkların değerlendirilmesi
- Şehir hastanelerinde çoklu kurumsal mantıkların çatışma nedenleri ve kurumsal mantıkların çatışmalarına yönelik aktör davranışlarının değerlendirilmesi

5.1. ŞEHİR HASTANELERİNE YÖNELİK ALGILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma nitel araştırma desenlerinden durum çalışması olarak kurgulandığı için öncelikle Türk sağlık sisteminde KÖİ ile ilk kez uygulamaya konulan şehir hastanelerine yönelik katılımcıların algıları ortaya konulmuştur. Bu bağlamda katılımcıların, şehir hastanelerini nasıl tanımladıkları, neden kurulduğu, avantaj ve dezavantajlarının neler olduğunu ve hangi konularda eleştirdikleri belirlenmiştir.

Katılımcılardan elde edilen görüşler kapsamında şehir hastanelerini; "kamu-özel işbirliği ile kurulan, yönetilen ve işletilen, sağlık hizmetleri açısından kapsamlı, fiziksel ve teknolojik olarak donanımlı, beş yıldızlı otel konforunda hizmet veren, kompleks ve sosyal hastane kampüsleri" olarak tanımlamak mümkündür. Katılımcılar şehir hastanelerini tanımlarken KÖİ ile kurulmasını, verilen sağlık hizmetinin kapsamlı

olmasını, hastane binasının donanımlı, konforlu ve kompleks olmasını ve sunulan sosyal imkanları ön plana çıkartmaktadır.

Araştırmada şehir hastanelerinin kurulma nedenleri de belirlenmeye çalışılmıştır. Katılımcılara göre şehir hastanelerinin kurulma nedenlerinden birincisi sağlık hizmeti sunumundaki paradigma değişimidir. Kamudaki verimsiz uygulamalar yıllardır hem politik hem de bilimsel alanda tartışılmaktadır. Bu tartışmalar sağlık sektöründe de yoğun bir şekilde sürmektedir. Kamu yönetiminde ve kamu hizmeti sunumunda paradigma değişimi, neoliberal politikalardan da etkilenerek verimsiz alanların kamuya göre görece daha başarılı olduğu kabul edilen özel sektöre bırakılmasını gündeme getirmiştir.

1980'li yıllardan itibaren yaygınlaşan neoliberal politikalar devlet tarafından sunulan hizmetlerin özel sektöre devredilmesine (Miraftab, 2004: 90), devletin icracı konumdan düzenleyici konuma geçmesine (Kotz, 2002: 65) ve tüm sektörlerde rekabetin önceliklendirilmesine (Harvey, 2005: 65) yönelik "yeni kamu yönetimi" uygulamalarını (Lane, 2000: 3) tavsiye etmektedir. Neoliberal politikalar bağlamında yeni kamu yönetimi; kamu hizmeti sunumunda verimlilik, rekabet, performansa dayalı sözleşme, müşteri memnuniyeti, piyasa teşvikleri ve deregülasyon kavramlarının uygulanmasını benimsemektedir (Savas, 2001: 1736).

Neoliberalizmin yaygınlaşmasıyla birlikte özellikle 1990'lardan itibaren ulaşım, eğitim, güvenlik ve sağlık gibi sektörlerde gerçekleşen reformların önemli bir kısmını KÖİ projeleri oluşturmuştur (Pierre, 2000: 332). Kamunun finansman, yatırım, bakım onarım, yönetim ve hizmet sunum sürecindeki verimsizlikler, başarısızlıklar özel sektörün kamu hizmetine dahil edilmesi düşüncesini ön plana çıkartmıştır. Özel sektörün kamu hizmetinin sunumuna dahil edilmesi hem finansman hem de hizmet süreci acısından avantajları olacağına dair görüş sağlık sektöründe bir çok ülkede paradigma değişimine neden olmuştur. Bu paradigma değişimi sonucunda bir çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sektöründe dönüşüm programlarının başlatılmasına neden olmuştur. Türkiye'de uygulamaya konulan SDP kapsamında, sağlık hizmetinin sunumunda özel sektörün daha aktif rol alması sağlanmıştır. SDP'nin ikinci aşaması olarak sağlık sektöründe KÖİ projeleri yaygınlaşmış ve bu kapsamda 17 ilde 18 şehir hastanesi açılmıştır.

Kamudaki verimsiz alanların özel sektöre bırakılmasında, kamunun temel yeteneklerine daha fazla odaklanması düşüncesi etkili olmuştur. Prahalad ve Hamel

(1990) tarafından işletmelerin daha fazla pazara erişmesini sağlayan, rekabet avantajı kazandıran, rakipleri tarafından taklit edilmesi ve ikame edilmesi zor olan, müşterileri için önemli fayda sağlayan mal ve hizmetleri üretebilmesi için temel yeteneklerini belirleme, geliştirme ve kullanmaya odaklanması gerektiğini ileri sürülmektedir. Temel yetkinlikler örgütsel başarıya katkı sağlayan kilit unsurlardır (Ljungquist, 2007: 396). İşletmelerin temel yetenekleri dışında kalan faaliyetlerini de dış kaynak kullanımına bırakması önerilmektedir. Dış kaynak kullanımı, işletmenin temel yetkinlikleri olmayan ürün veya hizmetlerin işletme dışındaki kaynaklardan tedarik edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Dış kaynak kullanımı, şirketlerin kaynaklarını ana işlerine yeniden odaklamalarını sağlamaktadır (Lankford ve Parsa, 1999: 310). Sağlık sektöründe, klinik mükemmelliği korurken kârlılığı, kaliteyi ve verimliliği artırmaya çalıştıkça, sağlık hizmetlerinde klinik olmayan hizmetlerin dış kaynak kullanımı giderek daha yaygın hale gelmektedir (Berry, Letchuman, Ramani ve Barach, 2021: 2879). KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde asıl iş ve yardımcı iş ayrımı bulunmaktadır. Asıl iş olarak sağlık hizmetlerinin sunumu Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak yürütülmektedir. Yardımcı iş ise sağlık hizmeti dışında kalan hastanedeki tüm işler şirkete bırakılmış durumdadır. Şehir hastanelerinde yardımcı işler özel şirkete bırakılarak hem kamunun hem de sağlık personelinin asıl işi olan hastalara sağlık hizmeti sunulmasına odaklanması sağlanmıştır.

Katılımcılara göre şehir hastanelerini kurulma nedenlerinden ikincisi; devletin benimsemiş olduğu politikalardır. Sağlık sektörüne yapılacak yatırımlar için gerekli bütçenin ayrılamaması, siyasi nedenler ve tercih edilen sağlık politikaları KÖİ ile hastanelerin kurulmasını gündeme getirmiştir. Araştırma katılımcılarına göre sağlık sektörüne yapılan yatırımların görünür, medyatik ve popüler hizmetler olması nedeniyle hükümet, oy kazanmak amacıyla KÖİ ile şehir hastanelerini faaliyete geçirmeyi tercih etmiştir. Ayrıca katılımcılar, hükümetin sağlık sistemini geliştirmek, hasta yoğunluğunu azaltmak, sağlık hizmetlerinde kalite ve hızı artırmak, hastaların özel hastane seviyesinde, konforunda ve anlayışında hizmet almasını sağlamak amacıyla bir çok ilde şehir hastanesini KÖİ kapsamında faaliyete geçirildiğini düşünmektedir. Bazı katılımcılar ise şehir hastanelerinin kurulmasında sağlık hizmetlerinin tek bir sağlık kampüsünde sunularak hastaların başka hastanelere sevkinin engellenmesi ve böylece hastaların hem zaman hem de maliyet olarak yaşamış olduğu mağduriyetlerin giderilmesi amaçlandığını ifade etmektedirler. Gökkaya, (2020: 231) tarafından yapılan araştırmada da şehir

hastanelerinin KÖİ kapsamında yapılmasının bütçe yetersizliği gibi ekonomik gerekçelerin yanı sıra siyasi bir tercih olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

English, (2005: 291) hükümetlerin vatandaşların kamu hizmeti sunumunda mükemmellik beklentilerinin karşılanması, kamu borcunu azaltma, bütçe yetersizliklerinden kaçınma ihtiyacı gibi nedenlerle KÖİ aracılığıyla hizmet sunmaya istekli hale geldiğini ileri sürmektedir. Hükümetler finansal riski ve siyasi riski azaltmak için KÖİ yatırımlarını desteklemektedir. Hükümetler altyapı ve tesis yapımında başlangıç yatırımlarından kurtulmak, bütçedeki yükü azaltmak, kamu hizmeti sunumunda verimlilik, performans ve kaliteyi artırmak, siyasi avantaj sağlamak için KÖİ projelerini yaygın olarak kullanmaktadır (Delmon, 2011: 12-13; Boardman, Poschmann ve Vining, 2005: 163; Fitzgerald, 2004: 4). Coghill ve Woodward (2005: 90-91) ise hükümetlerin KÖİ'yi tercih etmesinde, KÖİ ile yapılan yatırımların sözleşme süresinin sonunda kamuya geçmesi, işbirliği kavramının halk tarafında olumlu çağrışım yapması, halkın özelleştirmeye yönelik muhalif tavrını engellemesi, gibi politik nedenleri olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca uluslararası kuruluşlar ve bir çok gelişmiş ülke tarafından benimsenen KÖİ'lere karşı alternatif politikaların geliştirilememesi muhalif görüşleri baskılamaktadır.

Katılımcılara göre şehir hastanelerinin kurulma nedenlerinden sonuncusu ise mevcut hastanelerin fiziksel, teknolojik ve personel yetersizliklerinin bulunmasıdır. Katılımcılar mevcut hastanelerin çok eski olması, sağlık hizmeti sunumu için ihtiyacı karşılamaması, fiziki kapasite yetersizlikleri, zaman içerisinde mevcut hastane binalarına bir çok ek alanlar yapılması, bakım onarım maliyetlerinin yükselmesi, depreme veya olası afetlere karşı dayanıksız olması, koğuş tipi hasta odalarının günümüz şartlarına uygun olmaması gibi nedenlerle Türkiye'deki bir çok hastanenin ivedilikle yenilenmesinin gerekli olduğunu düşünmektedir. Ayrıca araştırmada katılımcılardan elde edilen görüşler doğrultusunda, uzman hekimlerin ve medikal teknolojilerin büyük merkezi hastanelerde toplanarak hekim ve teknolojik yetersizliğinin giderilmesi amacıyla şehir hastanelerinin kurulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gökkaya, (2020: 231) tarafından yapılan araştırmada da şehir hastaneleri yatırımlarının gerekçelerinde yeni sağlık tesislerine ihtiyaç duyulduğunu, hastane binalarının ve kullanılan medikal teknolojilerin eskidiğini ve yenilenmeleri gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. KÖİ yatırımlarının çoğunun gerekçesini kamu tarafından yapılması gereken altyapı açığının azaltılması ve mevcut altyapıların

geliştirilmesi oluşturmaktadır (Chinyio ve Gameson 2009: 11; Sarmento ve Renneboog, 2016: 102).

Araştırmada şehir hastanelerinin "sağlık hizmetleri", "hastalar", "tesisleşme", "yönetim süreci" ve "sağlık personeli" açısından avantajları bulunduğu tespit edilmiştir. Katılımcılara göre bütün hastanelerin bir kampüs içerisinde toplanmış olması, tüm branşlarda sağlık hizmeti verilebiliyor olması, hekimler başta olmak üzere bir çok sağlık profesyoneline tek merkezden erişilebiliyor olması, teşhis ve tedavi için gerekli olan güncel tüm cihaz ve medikal teknolojinin olması, tetkik ve analiz için kapsamlı ve gelişmiş laboratuvarların olması gibi bütüncül sağlık hizmeti sunumu açısından şehir hastanelerinin önemli avantajları bulunmaktadır. Ayrıca hastaların sağlık ihtiyaçları tek merkezden hızlı bir şekilde sunulması hastalar açısından hem zaman hem de maliyet açısından önemli avantajlar sağlamaktadır.

Şehir hastanelerinde yatarak tedavi alan hastalara yönelik en önemli avantajlardan biri de adeta otel odası gibi içerisinde tuvalet, banyo, televizyon, internet, buzdolabı, refakatçi koltuklarının bulunmasıdır. Nitelikli tek kişilik veya maksimum iki kişilik hasta odaları hastaların konforlu, rahat hizmet almalarına ve hasta mahremiyetinin sağlanmasına olanak sağlamaktadır. Tesisleşme açısından avantajlarını bahsederken katılımcıların sıklıkla eski görev yaptıkları hastanelerle kıyaslama yaptıkları görülmüştür. Katılımcılar tarafından şehir hastanelerinin yeni, modern, konforlu, ferah, geniş hastane binaları, nitelikli tek kişilik veya en fazla iki kişilik hasta odaları, helikopter pistleri, ücretsiz açık ve kapalı otoparkı, sosyal donatı alanları, her kolona yerleştirilen sismik izolatörler sayesinde depreme dayanıklı, güvenlikli binalar gibi tesisleşme açısından avantajlar sağladığı vurgulanmaktadır. Şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin yanı sıra hem çalışanların hem de hasta ve hasta yakınlarının tüm ihtiyaçları düşünülerek ticari alanlar oluşturulmuştur. Bu ticari alanlarda kafeteryalar, cafe, restoran, kuaför, oto yıkama, market, banka ve teknolojik aletlerden giyime kadar alışveriş yapılacak yerler bulunmaktadır.

Katılımcılar, şehir hastanelerinde görev yapan çalışanların kendi işlerine odaklanmasına yönelik bir sistem kurulduğunu düşünmektedirler. Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde asıl iş ve yardımcı iş ayrımı nedeniyle hem kamu yöneticileri ve sağlık çalışanları hem de özel sektör yöneticileri ve çalışanları sorumlu oldukları işlere daha iyi odaklanmaları sağlanmıştır. Özellikle sağlık personeli, hastalara daha fazla zaman ayırma ve sağlık hizmeti sunumuna odaklanmışlardır. Kamu yöneticileri sağlık

hizmeti sunumuna yönelik faaliyetleri yönetirken sağlık hizmeti dışında kalan tüm hizmetleri denetlemektedirler. Şehir hastanelerinde sağlık personeli başta olmak üzere hem kamu hem de özel sektörün kendi işine daha iyi odaklanması avantaj olarak değerlendirmek mümkündür. Kamu ve özel sektör tarafının kendi sorumluluklarına odaklanması her iki sektörün de uzmanlıklarından daha iyi faydalanmalarına neden olmaktadır. Sağlık profesyonelleri hastalara odaklanırken özel sektör sağlık hizmeti sunumu için uygun ortamın oluşturmasına odaklanmaktadır (Chinyio ve Gameson, 2009: 12).

Şehir hastanelerinde sağlık hizmeti dışında kalan tüm hizmetlerin özel sektöre bırakılmış olması, özel sektörün otelcilik anlamındaki tecrübe ve yetkinlikleri, hastaların almış oldukları hizmet sürecinin daha kaliteli, daha ilgili ve daha konforlu hale getirmiştir. Chinyio ve Gameson'a göre (2009: 4), özel sektörün bazı hizmetlerin sunumunda kamu sektöründen daha donanımlı ve tecrübelidir. Bu nedenle KÖİ'lerde bazı kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün yönetim becerileri ve uzmanlığından yararlanılması avantaj sağlamaktadır. Savaş, Keleş ve Göktaş, (2020: 28) tarafından yapılan araştırmada da şehir hastanelerinde yüklenici firmanın özel hastane konforunda hizmet sunmaya odaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

KÖİ, sağlık hizmeti sağlayıcılarının altyapıyı yönetmek yerine klinik hizmetlere odaklanmasına olanak sağlamaktadır (Barlow vd., 2013: 148). Böylece sağlık hizmeti sunumunda hem kamu hem de özel sektörün güçlü yönleri ortaya çıkmaktadır. Hastalara daha etkin sağlık hizmeti sunumu sağlanacak ve hasta memnuniyeti sağlanmış olacaktır (Tiffin ve Hall, 1998: 13). Şehir hastanelerinde yapılan memnuniyet araştırmalarında (Çınar, Türkoğlu ve Tütünsatar, 2017: 230; Gökkaya, İzgüden ve Erdem, 2018: 141-142; Gökkaya ve Erdem, 2021; Sarcan ve Yenimahalleli Yaşar, 2021: 185) hastaların personelin yaklaşımı, hastanenin fiziki yapısı, araç gereçlerin kalitesi, poliklinik ve hasta odalarının konforu, temizliği ve ferahlığı, otelcilik, yemek, güvenlik ve görüntüleme hizmetleri konularında memnun olduklarını tespit edilmiştir.

Şehir hastanelerinde oluşturulan talep sistemi kişiden bağımsız bir şekilde süreçlerin yönetilebilmesini amaçlamaktadır. Şehir hastanelerinde çalışanlar taleplerini sistem üzerinden telefon veya mail aracılığıyla iletmektedir. İletilen uygun talepler, şirket tarafından sözleşme ve yöntem beyanında belirtilen süre içerisinde karşılanmak zorundadır. Talepler zamanında karşılanamadığında cezai müeyyideler uygulanmaktadır. Bu sistem şehir hastanelerinde süreçlerin yönetilmesini ve takibini kolaylaştırmaktadır.

Savaş, Keleş ve Göktaş, (2020: 28) şehir hastanelerinde kullanılan merkezi yardım masasının işleyişinin yönetimsel süreçlerin karmaşıklığını önlediği, performans takibinin yapılmasına olanak sağladığını ve taleplere hızlı bir şekilde yanıt verilerek zaman tasarrufu sağlandığını tespit etmişlerdir.

Şehir hastanelerinin sağlık çalışanları açısından da bir takım avantajları bulunmaktadır. Çok büyük sağlık kampüsleri olan şehir hastanelerinde aynı branşta görev yapan bir çok uzman hekimin ve hemşirenin bulunması, sağlık çalışanlarının mesleki gelişim ve dayanışma açısından avantaj sağlamaktadır. Şehir hastanelerinde hekimlerin konsültasyon imkanlarının artması, mesleki gelişim açısından deneyim paylaşımı yoluyla hekimlerin birbirlerinden öğrenmeleri ve çok büyük bir ekiple çalışmanın güven duygusu oluşturması gibi avantajları bulunmaktadır. Ayrıca katılımcılara göre bölgelerinde çatı kurum haline gelen şehir hastaneleri çok fazla, farklı ve çeşitli tıbbi vakayı tecrübe etmelerine olanak sağlamaktadır.

Günlük çalışma hayatında pek çok görev, ekipler halinde işbirliği içinde yapılmaktadır. Özellikle sağlık hizmeti sunumunda görevlerin çoğunun tek başına çalışan kişiler tarafından gerçekleştirilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmeti farklı meslek gruplarının birlikte çalıştığı, yardımlaşma ve bilgi paylaşımının yoğun olduğu bir ekip işidir. Etkili ekip çalışmasının modern sağlık kuruluşlarında hasta bakımı sağlamak için çok önemli olduğu tartışmasız bir gerçektir. Sağlık sektöründe yüksek düzeyde yardım etme davranışı ve bilgi paylaşımı ekiplerin, ekip üyelerinin çeşitli mesleki geçmişlerinden daha iyi yararlanmalarına olanak sağladığı görülmektedir (Moser, Dawson ve West, 2018: 78). Sağlık sektöründe ekiplerin ve ekip üyelerinin dayanışması, bilgi ve deneyim paylaşımı, güven duygusunun oluşması hasta bakımının kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (West, Topakas ve Dawson, 2014: 355).

Küçük ekipler gelecek vaat eden fikirlerin keşfedilmesinde daha başarılı iken, büyük ekipler bilinen sorunları çözme, mevcut durumu geliştirme ve ortak hareket etme kültüründe daha başarılıdırlar. Mevcut bilim ve teknolojiyi geliştirmek için büyük ekiplere ihtiyaç duyulmaktadır (Wu, Wang ve Evans, 2019: 381). Büyük bir ekiple çalışmak, örgütlerde işlerin tamamlanma hızının armasına, bilgi, deneyim ve uzmanlığa erişimde avantaj sağlamaktadır. Ekip üyelerinin deneyim paylaşımı yoluyla birbirinden öğrenmesi gerçekleşmektedir. Diğer taraftan ekip büyüdükçe iletişim, koordinasyon, motivasyon kaybı, iş tatminini azalması ve çatışma gibi sorunların artma olasılığı da bulunmaktadır (Staats, Milkman ve Fox, 2012: 132). Aubé, Rousseau ve Tremblay (2011:

368) tarafından yapılan araştırmada, ekip büyüklüğü arttıkça grup deneyiminin kalitesinin de düştüğü sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca araştırmacılar yöneticilerin örgütleri asalaklık, kişilerarası saldırganlık, övünme ve kaynakların kötüye kullanılması gibi üretkenlik karşıtı davranışlardan korumak için aşırı büyük ekipler oluşturmaktan kaçınmasını önermektedir. Örgütlerin ekiplerden daha fazla fayda elde edebilmesi için ekip üyelerinin paylaşılan hedeflere bağlılığını sağlamak, bilgi paylaşımını, düzenli grup üyesi etkileşimini ve karar alma üzerinde ortak etkiyi teşvik etmesi gerekmektedir (West, 2002: 379)

Şehir hastanelerinin avantajlarının yanı sıra bir takım dezavantajları da bulunmaktadır. Katılımcılara göre şehir hastanelerinin hem hastalar hem de çalışanlar açısında en önemli dezavantajlarından biri ulaşım sıkıntısıdır. Katılımcılar şehir hastanelerinin çok büyük sağlık kampüsleri olması nedeniyle şehir merkezinin dışına yapıldığını, henüz yeterli ulaşım ağının kurulamadığını ve bu nedenle hem hastaların hem de çalışanların hastaneye ulaşımda sıkıntı yaşadıklarını ifade etmektedirler. Ayrıca katılımcılar şehir hastanelerinde çalışan sayısının ve hasta sayısının çok fazla olması nedeniyle trafik yoğunluğu oluştuğunu ve bu durumun ulaşımda geçirilen sürenin artmasına, hastaların randevularına geç kalmasına neden olduğunu belirtmektedirler. Katılımcılara göre çalışanların işine, hastaların ise randevuya geç kalmamak için evlerinden çok daha erken çıkmak durumunda kalmaktadırlar. Hastaların hastane tercihlerine yönelik yapılan araştırmalarda (Cohen ve Lee, 1985: 37; Dranove, White ve Wu, 1993: 64) hastalar ile hastaneler arasındaki mesafe, ulaşım maliyeti ve seyahat süresi önemli kriterler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaneye olan uzaklığın artması, ulaşım zorluğu ve yolda geçirilen sürenin artması özellikle sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyan yaşlılar, engelliler, kronik rahatsızlıkları bulunan ve ekonomik durumu iyi olmayan hastaların sağlık hizmetine erişimini zorlaştırmaktadır (Buchmueller, Jacobson ve Wold, 2006: 759).

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinin bir çok hastaneden oluşan büyük, kompleks sağlık kampüsleri olması nedeniyle çalışanların, hastaların ve hasta yakınlarının hastane içerisinde ulaşım sıkıntısı yaşamakta ve bu sorunun golf arabalarıyla hastane içi taşıma yapılarak çözülmeye çalışılmaktadır. Hastane içi ulaşın sıkıntısının yanı sıra kompleks ve karmaşık bir yapı olan şehir hastanelerinde yer bulma ve kaybolma sıkıntıları yaşanmaktadır. Hastane içi ulaşımın zor olması ve zaman alması nedeniyle işleyişte bazı aksamalar ve gecikmeler yaşanmaktadır. Gökkaya ve diğerleri (2018: 141-

142) tarafından Isparta Şehir Hastanesi'nde yapılan araştırmada da hastaların hem hastaneye ulaşım hem de hastane içerisinde ulaşım sıkıntısı yaşadığı ve yer bulma güçlüğü yaşadığı tespit edilmiştir. Savaş ve arkadaşları (2020: 29) tarafından Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ile ilgili yapılan araştırmada, hastanenin şehrin dışında yapılması ve şehir merkezinde yer alan hastanelerin kapatılarak tek merkezde toplanmasının ulaşım konusunda sıkıntılar yaşanmasına neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yine hastanenin kapalı fiziki alanının ve yatak sayısının büyüklüğü nedeniyle hastane içi ulaşımda zorluklar yaşandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca katılımcılar, komplike bir yapı olan şehir hastanelerinde bir yerden bir yere gitmek için çok fazla yürümek gerektiğini, günlük adım sayısının arttığını ve bu durumun ekstra yorgunluğa neden olduğunu belirtmektedirler. Şehir hastaneleri gibi büyük hastane ortamlarında çalışmak, gerçekleştirilen görevlerin karmaşıklığı, bilgi alışverişinin yoğunluğu ve bilgi ve kaynakların tesis genelinde dağıtılmış olması nedeniyle önemli ölçüde hareketlilik ve koordinasyon gerektirmektedir (Rodríguez, Favela, Martínez ve Muñoz, 2004: 448).

Katılımcılara göre, şehir hastanelerinin bazı yönetimsel dezavantajları da bulunmaktadır. Şehir hastanelerinin kompleks yapılar olması ve çok fazla çalışan olması nedeniyle yönetim ister istemez hiyerarşik yapıya dönüşmektedir. Şehir hastanelerinde kamu tarafı kendi hiyerarşisi içerisinde yönetilirken, özel sektör tarafı kendi hiyerarşisi içerisinde yönetilmektedir. Bu ikili hiyerarşik yapı, şehir hastanelerinde yürüttükleri faaliyetler sürekli kesişmekte ve ortaklaşa kararlar alınması zorunluk haline gelmektedir. Katılımcılara göre ikili hiyerarşik yönetim iki başlılığın ortaya çıkmasına, karar alma süreçlerinin uzamasına, süreçlerde aksama ve gecikmelerin oluşmasına ve noktasal çözüm üretilememesine neden olmaktadır.

Hastane büyüklüğünün artması organizasyondaki hiyerarşik seviyelerin sayısında bir artışı zorunlu kılmaktadır. Geleneksel olarak, hastaneler ikili hiyerarşiye sahip profesyonel bürokrasiler olarak görülmektedir. Resmi idari piramide ek olarak, profesyonel tıp sistemi ikinci bir otorite hattı oluşturmaktadır. Aynı derecede geleneksel olan bu durum, hastane yönetimi için önemli sorunlar teşkil etmektedir (Pool, 1991: 193). KÖİ ile yönetilen şehir hastanelerinde, sağlık profesyonelleri ve kamu yöneticilerinin yanı sıra özel sektör yöneticileri de üçüncü bir otorite olarak yer almaktadır. Halihazırda çok büyük ölçekteki bu hastaneler hiyerarşik yapıda olmalarına ek olarak sağlık

profesyonelleri, kamu yöneticileri ve özel sektör yöneticilerinden oluşan üçlü otorite yapısı karar alma süreçleri başta olmak üzere yönetim süreçlerini zorlaştırmaktadır.

Sağlık çalışanları sağlık politikalarının yukarıdan aşağıya, şeffaf olmayan, katılımcılık anlayışından uzak, öngörülemez bir biçimde geliştirildiğini ve uygulamaya konulduğunu düşünmektedirler. Bu durum sağlık kuruluşlarında her zaman var olan hiyerarşik yapıları ön plana çıkarmaktadır. Diğer taraftan KÖİ hastanelerinin devlet ve özel mülkiyetinin birleşimine dayalı bir biçime dönüşmesi, hekimler kendilerini "hizmet eden" ve bu nedenle değişiklik yapma konusunda güçsüz kişiler olarak görmelerine neden olmaktadır (Todorova, Alexandrova-Karamanova, Panayotova ve Dimitrova, 2012: 209). Hemşireler üzerinde yapılan araştırmada, karar verme gücünün hastanenin üst yönetim düzeyinde yoğunlaşması, düşük memnuniyet ve özerkliklerinin kısıtlandığı algısı ile sonuçlanmaktadır (Willem, Buelens ve De Jonghe, 2007: 1017). Hastanelerin büyüklüğünün artması ve kompleks hale dönüşmesi örgütsel yapıdaki hiyerarşik basamakların çoğalmasına, çalışanlar ile yöneticiler arasındaki ilişkilerde ve iletişimde kopuklar yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durum çalışan ve örgütsel performansa olumsuz olarak etkilemektedir (Alipoor, Ahmadi, Pouya, Ahmadi ve Mowlaie, 2017: 122).

Şehir hastanelerinde bulunan yönetimsel dezavantajlardan bir diğeri de kamu yöneticilerin KÖİ sistemini bilmemesidir. Katılımcılar kamu yöneticilerinin ve çalışanlarının çok sık değişmesinin KÖİ'nin mantığının, sürecinin, işleyişinin, sözleşme ve yöntem beyanının tam olarak kavranmasını, bilinmesini ve denetlemenin yapılabilmesini engellediğini düşünmektedirler. Ayrıca kamu tarafının KÖİ sözleşmesine ve yöntem beyanına tam olarak hakim olamaması nedeniyle etkin yönetim ve denetim gerçekleşememektedir. Bu durum bazen gereksiz gerginliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Türkiye'de SDP kapsamında 2011 yılında 633 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile sağlık kuruluşlarının yöneticileri sözleşmeli hale getirilmiştir. Sağlık yöneticileri sözleşme süresi sona erdiğinde performansa bağlı olarak değişmektedir (Resmi Gazete, 2011; Armağan Kaygusuz, 2022: 46). Sözleşmeli yöneticilik uygulaması şehir hastanelerinde de bulunmaktadır. Yöneticilerin sözleşme kapsamında görev yapması kamu sağlık yöneticilerinin sık değişmesine neden olmaktadır. Yöneticilerin ve kilit personelin sıklıkla değişmesi, insan ve sosyal sermayenin kaybedilmesine, kurumsal hafızanın ve

üretim odaklı bilgi kayıplarına neden olmaktadır. Bu durum kişilerarası ilişkileri, iletişim ağlarını, üretim süreçlerini ve örgüt performansını olumsuz olarak etkilemesi muhtemeldir (Shaw, 2011: 187; Eckardt, Skaggs ve Youndt, 2014: 1029). Ancak yöneticilerin devir oranı belirli bir noktaya kadar örgüte olumlu faydalar sağlayabileceği de unutulmamalıdır (Meier ve Hicklin, 2008: 573).

Şehir hastanelerinin yönetimsel dezavantajlarından sonuncusu ise ortak kültürün oluşturulamamasıdır. Şehir hastaneleri hem bir çok hastanenin birleşmesinden oluşması hem de kamu ve özel sektörün birlikte hizmet üretmesi nedeniyle ortak bir kültür oluşturulamamıştır. Kapatılan hastanelerden şehir hastanesine transfer olan sağlık çalışanları birlikte görev yapmaya başlamışlardır. Bu birlikte görev yapma sürecinde iş yapma biçimlerinin ve çalışma kültürlerinin farklılığı nedeniyle bazı sıkıntılar yaşanmaktadır. Ayrıca şehir hastanelerinde ortak kültürün oluşturulamamasını kamu ve özel sektörün bakış açılarının, iş yapma biçimlerinin ve işleyişin farklılığından kaynaklanmaktadır. Ortak girişimlerde farklı sektörlerden ve farklı mesleklerden gelen çalışanların farklı eğitimleri, deneyimleri, kültürleri ve inançlarının olması muhtemeldir. Bu farklılıkların uyumlu hale getirilmesi ortak girişimlerin başarısı için temel gerekliliktir. Bunun için ortak girişimlerde iyi iletişim, güven, etkili planlama, ortak değerler ve liderlik olmak üzere beş temel özellik geliştirilmelidir (Trafford ve Proctor, 2006: 117).

KÖİ'lerde etkin işbirliği, ilgili paydaş gruplarının farklı çıkarları ve kurumsal kültürleri nedeniyle çok zordur. İşbirliklerine dahil olan örgütlerin ve meslek gruplarının farklı ve genellikle birbiriyle çelişen hedefleri vardır. Farklı zihniyetler, iş yapış şekilleri, örgütsel yapıları ve kültürlerinden oluşan farklı kamusal ve özel mantıklar, kamu ve özel tarafın kurumsal davranışlarını etkilemektedir. (Jost, Dawson ve Shaw, 2005: 338; Ramiah ve Reich, 2006: 406; Marschollek ve Beck, 2012: 157). KÖİ'lerde kamu ve özel sektörlerin farklı beklentileri bazı gerilimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Klijn ve Teisman, 2005: 110). KÖİ projelerinin başarısız olmalarının en önemli nedenlerinden biri, projeye dahil olan tüm paydaşların belirsiz ve farklı beklentilerinden kaynaklanan uyum eksikliğidir (Buhl ve Meier, 2011: 62). Bu nedenle KÖİ, alışılagelmiş dış kaynak kullanımından farklı olarak insanlara, verimli işbirliğine, olumlu ilişkiye ve güvene odaklanmalıdır (Jost, Dawson ve Shaw, 2005: 338). Araştırma bulgularımız kamu ve özel örgütlerin çok farklı kültür, değer ve uygulamaları nedeniyle KÖİ kurmanın ve sürdürmenin zorluklarını doğrulamaktadır.

KÖİ'lerin etkili olabilmesi, paydaşların iyi organize olmasına, iyi yönetişim faaliyetlerine, yetki ve sorumlulukların dengeli dağıtılmasına bağlıdır (Osei-Kyei ve Chan, 2015: 1343; Li vd., 2005: 466-469). Çeşitliliğin temelde kültürel normlar ve değerlerle ilgili olduğu gerçeği göz önüne alındığında, farklı geçmişlere sahip insanların saygı duyulduğunu ve kabul edildiğini hissettikleri kapsayıcı bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır (Pless ve Maak, 2004: 129). Bunların merkezinde örgütsel kültürlerdeki farklılıklar arasında işbirliği yapmak ve yeni bir örgütsel kimlik oluşturmak yer almaktadır (Gould, Ebers ve Clinchy, 1999: 697). Indridason ve Wang (2008: 84) KÖİ'lerde ortak kültür ve kimlik oluşturulamadığında "biz" ve "onlar" zihniyetinin oluşacağını ve bu durumun işyeri ortamı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olacağını ileri sürmektedirler.

Şehir hastanelerinde çalışanlara ayrılan fiziki alanların yetersizliği de dezavantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcılar, şehir hastanelerinde hastaların kullandığı alanların ön plana konulduğunu, çalışanların kullanacağı fiziki alanların ise göz ardı edildiğini ifade etmektedirler. Şehir hastaneleri katılımcılar tarafından otele benzetilerek, oteldeki gibi hastaların konforu ön planda tutulurken çalışan konforunun ikinci plana atıldığını düşünmektedir. Hastanelerdeki fiziksel ortamlar üzerine yapılan araştırmalar, çoğunlukla sağlık hizmeti sunumuna ve hastaların memnuniyetine odaklanmış durumdadır (Mourshed ve Zhao, 2012: 362). Ancak hastanelerde hastalara sağlık hizmeti sunan profesyonellerinin ihtiyaçları (poliklinik, personel dinlenme, araştırma ve çalışma odaları) yeterince dikkate alınmamaktadır. Diğer bir deyişle birçok sağlık tesisi iç mekanlarında hasta merkezli tasarıma odaklanırken, çok azı personel merkezli tasarıma odaklanmıştır. Oysa personelin ihtiyaçlarını karşılayan çalışma ve dinlenme ortamları personel etkinliğini ve memnuniyetini artırma potansiyeline sahiptir (Çetin, Ballice ve Ultav, 2019: 365).

Ulrich ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırmada, iyi tasarlanmış fiziksel ortamların, hastaneleri daha güvenli, hastalar için daha iyileştirici ve personelin çalışması için daha iyi ortam sağlamada önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Benzer olarak Campos-Andrade ve arkadaşları (2013) fiziki koşulları daha iyi olan hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin işlerinden daha fazla doyum aldıkları sonucuna ulaşılmışlardır. Ancak hastanelerde personelin çalışma ve dinlenme alanlarına yönelik fiziksel ve psikolojik konforu sağlayacak mekânsal çözümler maalesef planlama düzeyinde kalmaktadır (Ballice, Çetin ve Ultav, 2017).

Çalışanlar ofislerini düzenlemek ve bir miktar kişiselleştirmek istemektedir. Çalışanların fotoğraf, oyuncak, sanat eseri, hatıra, takvim, ekipman, proje eseri, kitap, ödül ve diploma gibi taşınabilir eşyalarla çalışma ortamlarını kişiselleştirdikleri ve bunu bir ayrıcalık olarak gördükleri tespit edilmiştir (Dinç, 2009: 54). Ayrıca kişisel bir ofise sahip olmak ve bir çalışma alanını -günlük de olsa- kişiselleştirmek, seçkinlik göstergesi olarak görülmektedir. Örneğin şehir hastanesinde çalışan bir hekim poliklinik hizmeti verdiği odaların sürekli değiştiğini ve bu nedenle odaya diplomasını ve aile fotoğrafını koyamadığını ifade etmektedir. Wells (2000) tarafından yapılan araştırmada, erkeklerin ve kadınların ofislerini farklı amaçlarla kişiselleştirdikleri bulunmuştur. Kadınlar kimliklerini ve bireyselliklerini ifade etmek için, erkekler ise statü göstermek ve bir yeri kendilerine ait kılmak için çalışma alanlarını kişiselleştirmektedir. Ayrıca çalışanların çalışma alanını kişiselleştirilmesinin iş tatminini, çalışma ortamı memnuniyetini ve refahını olumlu etkilemektedir (Wells, 2000: 249).

Araştırma bulgularında şehir hastanelerine yönelik eleştiriler de yer almaktadır. Şehir hastanelerine yönelik en temel eleştiri finansman modeline yöneliktir. Şehir hastaneleri KÖİ ile inşa edilen ve 25 yıl boyunca kamu ve özel sektörün birlikte işleteceği hastanelerdir. Katılımcılar şehir hastanelerinin devlet bütçesinden inşa edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu düşüncenin arkasındaki temel neden KÖİ'lerin daha fazla maliyetli olmasıdır. Devletin yatırımlar için borçlanması daha uygun maliyetlidir. Çünkü finans piyasaları, hükümetlere borç vermeyi düşük risk olarak görür ve bu nedenle düşük faiz oranları uygularlar. Buna karşılık, özel sektöre uygulanan faiz oranları daha yüksektir (Liebe ve Pollock, 2009: 6). KÖİ, kapsamındaki yatırım, kamu sektörü alımlarından daha pahalıdır. Bu nedenle bir kamu sektörü kuruluşu için KÖİ projelerini finanse etmenin maliyeti daha yüksektir (Gaffney vd., 1999: 116). Liebe ve Pollock (2009: 14) tarafından İngiltere'de sağlık alanındaki KÖİ projeleri üzerine yapılan araştırmada, finansman maliyetinin, kamu yatırımlarının maliyetinden daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların sağlık alanında KÖİ'lerden ziyade kamu yatırımlarını desteklemelerinde İngiltere (Lethbridge, 2015; Benjamin ve Jones, 2017) ve Kanada'da (Kanada Kamu Emekçileri Sendikası, 2017) sağlık alanında yapılan bazı KÖİ projelerinin başarısızlıkla sonuçlanması ve Türk Tabipler Birliği'inin muhalif tavrı ve yayınlarının (Türk Tabipler Birliği, 2011) etkili olduğunu söylemek mümkündür. Ancak Türkiye'de hastanelerin amaca hizmet edemeyecek kadar eski olması, depreme dayanıksız hastane binalarının bulunması, aynı zaman diliminde toplam 30 bin yataklık hastane inşa edilmesi

kamu bütçesi ile yapmak çok mümkün gözükmemektedir. Sağlık alanında KÖİ'ye yönelik çok eleştiriler ve başarısızlık örnekleri bulunmasına rağmen uluslararası kuruluşlar ve gelişmiş ülkeler tarafından benimsenen bu politikalara karşı alternatif politikaların geliştirilememesi muhalif görüşleri baskılamaktadır (Coghill ve Woodward, 2005: 91).

Katılımcılar KÖİ ile yönetilen şehir hastanelerinin kamu tarafından yönetilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu düşüncenin arkasında ise özel sektörün farklı beklentilerinin bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin piyasalaşmasına yol açacağı endişesidir. Asenova ve Beck'e (2009: 62) göre, KÖİ projelerini kamu beklentilerinin yanı sıra finans kurumlarının beklentileri ve gereksinimleri tarafından koşullandırılan bir süreç olarak tanımlamaktadır. Hatta özel sektör ve finans kurumlarının beklentileri çoğu zaman kamunun beklentilerinin önüne geçme ihtimali bulunmaktadır. Pierre, (2000: 347) ise KÖİ projelerinin demokratik denetimi, şeffaflığı, hesap verebilirliği ve toplumun çıkarlarını engelleme potansiyeline dikkat çekmektedir. Dolayısıyla KÖİ anlaşmaları kamu sektörünün dürüstlük, adalet, şeffaflık ve özellikle hesap verebilirlik gibi temel değerlerinin zayıflatılmasına yol açmamalıdır (Wright, 2000: 173).

KÖİ ile yapılan şehir hastanelerine yönelik en önemli eleştirilerden bir diğeri de pilot uygulamanın yapılmamasıdır. Katılımcılar, şehir hastanelerinin pilot uygulama yapılmadan, sahadaki ve süreçteki sorunlar tespit edilmeden, gerekli önlemler alınmadan peş peşe açılmasını eleştirmektedirler. Türkiye'de ilk şehir hastanesinin 2017'de açılmasından sonra 6 yıl gibi kısa süre içerisinde 18 şehir hastanesi faaliyete geçmiştir. Sadece 2017 yılında 4 şehir hastanesi birlikte açılmıştır (Tablo 11). Katılımcılar bu durumu eleştirerek, şehir hastanelerinin pilot uygulama yapılarak açılması gerektiğini belki de pilot uygulama sonucuna bağlı olarak uygun görülmediği takdirde vazgeçilebileceğini ifade etmektedirler. Hastanelerin peş peşe, hızlı bir şekilde açılması KÖİ'den vazgeçme ihtimalini ortadan kaldırmış veya vazgeçme maliyetini artırmıştır. Nitekim KÖİ kapsamında faaliyete geçen 18 şehir hastanesinden sonra ortaya çıkan maliyet ve süreçten elde edilen tecrübe ile birlikte 2019 yılından sonra sağlık alanında KÖİ'den vazgeçilerek yapılması planlanan 17 şehir hastanesi genel bütçe kapsamına alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020; Boyacı, 2021: 371).

Katılımcıların Türk sağlık sisteminde ilk kez KÖİ ile kurulan şehir hastanelerine yönelik, sağlık çalışanları ve hastane yöneticilerinin yeterince oryantasyon eğitim yapılmadığına dair eleştirileri bulunmaktadır. Bingöl'e (2013: 274) göre belirli bir

oryantasyon programı çerçevesinde işgörenlerin yapacağı işlerin, birlikte çalışacağı iş arkadaşlarının ve görev yapacağı işletmenin tanıtılarak uyumunun sağlanması gerekmektedir. Sabuncuoğlu (2013: 149-150) ise işgörenlerin işe, iş arkadaşlarına, işletmeye, çalışma koşullarına, görev, yetki ve sorumluluklarına, iş süreçlerine alıştırılmasının, sosyal kaynaşmanın sağlanmasının ve örgüt kültürünün aşılanmasının zorunlu bir süreç olduğunu ifade etmektedir. Tiyek (2014: 343) oryantasyon eğitiminin sadece işe yeni başlayanların ya da işe ilk başlangıçta değil işletmedeki her yeni uygulama için yapılmasını önermektedir. Ayrıca oryantasyon eğitimlerinin iş başında, uygulamaya yönelik ve işletme gezileri ile desteklenmesinin faydalı olacağını belirtmektedir.

Oryantasyon süreci şehir hastanelerinde daha zor olmasının birkaç nedeni olabilir. Birincisi KÖİ olmasıdır. KÖİ sağlık alanında hem kamu hem özel yöneticilerin ve çalışanların daha önce alışık olmadığı bir sistemdir. İkincisi şehir hastanelerinin kapatılan bir çok hastanenin taşındığı sağlık kampüsleri olmasıdır. Şehir hastanesine bir çok hastane bir araya geldiği için farklı hastane çalışanları, iş yapış şekilleri, deneyimleri, yönetim anlayışı ve örgüt kültürleri arasında anlaşmazlıklar çıkması doğaldır. Dolayısıyla bu farklılıklar ve ortaya çıkan çatışmalar yeni bir sistem olan şehir hastanelerine adaptasyon sürecini zorlaştırmıştır. Son olarak şehir hastanelerine geçişin hızlı olması, uygulanan oryantasyon programlarının yeterli olmaması sisteme adapte olmayı zorlaştırmıştır.

KÖİ sözleşmeleri kapsamlı, karmaşık ve son derece ayrıntılı bir belgelerdir. İşbirliğinin karmaşıklığı içinde sözleşmenin yalnızca ticari değerine ve şartlarına güvenmek yeterli değildir. Sözleşmenin ilişkisel yönüne de ağırlık verilmesi gerekmektedir. Bu amaçla yönetim yapılarının entegrasyonu, ortak hedefler ve değer uyumu, güven ve risklerin paylaşılması gibi özellikler başarılı bir işbirliğinin dayandığı temel unsurlar olarak algılanmaktadır (Indridason ve Wang, 2008: 88-89). Dolayısıyla KÖİ'lerde oryantasyon sürecine özen gösterilmeli ve önem verilmelidir.

Şehir hastanelerin açılmasıyla birlikte hastaların kolay ulaşabildiği bir çok merkezi konumdaki hastanelerin kapatılması yoğun bir şekilde eleştirilmektedir. Özellikle katılımcılar, şehir hastanelerinin şehrin dışında büyük ve tek merkezli kampüs halinde kurulmasının getirdiği ulaşım zorluğu, trafikte geçirilen zaman ve maliyet dezavantajlarını vurgulamaktadırlar. Benzer eleştiriler Savaş ve arkadaşları (2020: 29) tarafından yapılan araştırmada Ankara'daki birçok hastanenin şehir hastanesine taşınması ve bu nedenle hastanelerin tek bir yerde toplanması ve ulaşım konusunda getirilmiştir.

Ayrıca kapanan devlet hastanelerinin sonraki süreçte nasıl kullanılacağı konusundaki belirsizlik hakkında eleştiriler de söz konusudur. Bir çok hastanenin kapatılarak şehir hastanesinde toplanmasının getirdiği fiziki büyüklük hem hastalar hem de çalışanlar açısından ulaşım güçlüğü, zaman kaybı ve memnuniyetsizlik gibi sonuçlar doğurmaktadır (Öztürk, Akman Dömbekçi ve Yeşildal, 2018: 182). Diğer taraftan şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte kapatılarak şehir hastanesine taşınan hastanelerin arsalarının nasıl kullanılacağı hakkındaki belirsizlikler eleştirilere neden olmaktadır (Gökkaya ve Erdem, (2021: 88). Boyacı (2021: 372) ise merkezi konumdaki hastanelerin kapatılarak bünyelerindeki sağlık personelinin ve taşınabilir kaynaklarının şehir hastanesine aktarılmasının sağlık hizmeti sunumunda ölçek ekonomisi oluşturabileceğini ifade etmektedir.

Araştırma katılımcılarının şehir hastanelerinde özel iştirakin sağlıkla ilgili eğitim, deneyim ve faaliyeti olmayan inşaat firmaları olmasına ve bu nedenle hastane ortamının dinamik ve karmaşık yapısını algılayamadıkları, hasta psikolojisini anlayamadıkları için hastaya nasıl davranacaklarını bilemedikleri ve sağlık çalışanları ile aynı dili konuşmadıklarına yönelik eleştirileri bulunmaktadır. Nisar (2007: 154) tarafından yapılan araştırmada da KÖİ projelerinde özel sektör personelin görece deneyimsizliği, hizmet sunumunda bazı sorunların ve aksamaların ortaya çıkmasına ve bu durumun sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde olumsuz etkisini olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Engel ve van Lente (2014: 921) sağlık alanındaki KÖİ'lerde, özel sektör personelinin vasıfsız olmasının sağlık çalışanlarının endişe ve güvensizlik yaşamalarına neden olduğunu ileri sürmektedir. Özel sektör personeli ise kendilerine saygısızlık ve güvensizlik gösterildiğine yönelik eleştirilerde bulunmaktadır (Uplekar, 2003: 158). Ayrıca, personelin yaptıkları işi yeterince bilmemesi, daha fazla yeniden çalışmaya, gecikmelere, hatalara, zaman ve maliyet aşımlarına neden olacaktır (Gyamfi, Aigbavboa ve Thwala, 2022). Zamanla yarışılan ve hatanın geri dönülmez sonuçlarının olması muhtemel sağlık sektöründe ister sağlık ister diğer personelin eğitimli, tecrübeli ve yetenekli olması olmazsa olmaz şartlardan biridir.

Araştırma bulgularında şehir hastanelerine yönelik katılımcıların son eleştirisi KÖİ sözleşmeleriyle ilgilidir. Şehir hastanelerinde kamu ile özel sektör arasında imzalanan sözleşme ve bu sözleşmeye bağlı olarak hazırlanan yöntem beyanına göre faaliyetler yürütülmektedir. Katılımcılara göre, KÖİ sözleşmelerinin ve yöntem beyanlarının ticari sır olarak kabul edilmesinin ve kamuoyundan gizlenmesinin şeffaflık

ve hesap verilebilirlik sorunlarına neden olmaktadır. Kara (2021: 87) tarafından yapılan araştırmada da şehir hastanelerine yönelik en önemli eleştirilerden birinin sözleşmelerinin "ticari sır" kapsamına alınmasına yönelik olduğu tespit edilmiştir. Maalesef KÖİ sözleşmelerinin mali yönleri genellikle gizlenir ve bu durum "ticari sır" ile gerekçelendirilmektedir (Toms vd., 2009: 64).

Kamu kaynaklarının harcanmasında ve kamu hizmetinin verilmesinde temel ahlaki kural, hesap verebilirlik ve şeffaflık olmalıdır. Ancak genellikle KÖİ projelerinde sayısız hesap verebilirlik sorunu bulunmaktadır (Asenova ve Beck, 2009: 48). KÖİ sözleşmelerinin gizli tutulması şeffaf değerlendirmelerin yapılmasını engellemektedir (Hodge, 2005: 327). Marques ve Berg'e (2011: 1586) göre KÖİ sözleşmelerinin şeffaf olmaması, sözleşmeye hakim kamu uzmanların yetersizliği ve yolsuzluğu önleme prosedürlerinin eksikliği gibi nedenlerin başarısızlığa yol açması muhtemeldir. Şeffaf ve titiz kamu incelemesi gerçekleştirilemezse, bu projelerde gizli garantilerin ve sübvansiyonların verilmesine ve manipülasyonların yapılmasına yol açabilmektedir (Shaoul, 2005: 202-203). Pierre, (2000: 347) ise KÖİ projelerinin demokratik denetimi, şeffaflığı, hesap verebilirliği ve kolektif çıkarları engelleme potansiyeli bulunduğunu öne sürmektedir.

Bazı katılımcıların şehir hastanelerinin sözleşmesinde ve yöntem beyanında "yeteri kadar" ifadesinin bulunması, belirli bir standardın olmaması, bazı noktaların net olmaması ya da hiç tanımlanmamış olması gibi nedenlerle belirsizliklere neden olduğuna dair eleştirileri bulunmaktadır. Savaş ve arkadaşları (2020: 30) şehir hastanelerinin sözleşmelerinde ve ilgili mevzuatta bazı boşlukların olmasını dezavantaj olarak kabul etmektedirler. Chan ve arkadaşları (2011: 142) KÖİ sözleşmelerinde yanlışlık, belirsizlik, esneklik, tutarsızlık, adaletsiz risk paylaşımı, net olmayan sorumluluk paylaşımı gibi risklerin oluşabileceğini belirtmektedirler. KÖİ ile ilgili geçmiş deneyimler, günümüzde yapılan sözleşme standartlarının temelini oluşturmaktadır. Hem kamu hem de özel aktörler, standart formdaki sözleşmelerin sağladığı reçetelere alışmak ve bir öğrenme sürecinden geçmek zorundadır. Standart sözleşmeler de zaman içinde değişen koşullara uyarlandıkları için sürekli değişim halindedir. Ayrıca sektörler arasında büyük farklılıklar olabileceğinden, standart sözleşmelerin bazı bölümlerinin ihaleye uygun hale getirilmesi gerekmektedir (Van Den Hurk ve Verhoest, 2016: 287). Ancak Hodge (2005: 305) KÖİ sözleşmelerinin esnek yapıda olması gerektiğini önererek katı ve standart sözleşmelerin sürece zarar verme ihtimalinin bulunduğunu öne sürmektedir.

Şehir hastanelerinin sözleşmelerine yönelik katılımcılar tarafından yapılan bir diğer eleştiri ise verilen "garantiler" konusundadır. Hükümetin bakış açısına göre, kamu ihtiyaçlarını karşıladığı veya olumlu dışsallıklar ürettiği için belirli bir altyapının inşasına başlamak uygun olabilir. Ancak bu, özel değer maksimizasyonu perspektifine uygun olmayabilir. Böyle bir bağlamda, hükümetler genellikle özel firmalarla yatırımı optimal hale getirmeleri için bazı teşvikler (yatırım sübvansiyonu, gelir ve talep garantisi, vazgeçme hakkı vb.) vermektedir (Armada, Pereira ve Rodrigues, 2012: 470-471). KÖİ projelerinde hükümetin belirli riskler için garantiler veya sübvansiyonlar sağlaması gibi bir dizi mekanizma geliştirilmiştir (Delmon, 2011: 114).

KÖİ projelerinin yüksek finansal riski göz önüne alındığında, özel yatırımcıları çekmek için ihale belgelerinde hükümetler sübvansiyon ödemeleri ve asgari talep garantisi gibi risk azaltma mekanizmaları kullanmaktadır. En etkili risk azaltma mekanizması ise asgari talep garantisi içeren mekanizmalar olduğu görülmektedir (Brandão, Bastian-Pinto, Gomes ve Labes, 2012: 218). Bu nedenle KÖİ yatırımlarını cazip kılmak ve başarısını sağlamak için hükümet tarafından özel sektör temsilcilerine bazı gelir garantileri verilmektedir (Osei-Kyei ve Chan, 2015: 1343; Li vd., 2005: 466). Ancak hükümet tarafından sunulan uygunsuz garantiler, KÖİ projelerinin başarısızlığının temel nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle birçok KÖİ projesi, hükümetin özel yatırımcılara çok fazla garanti verdiği ve aşırı fayda sağladığı için ağır bir şekilde eleştirilmektedir (Xu, Yeung ve Jiang, 2014: 356).

Devlet garantileri genellikle KÖİ projelerinin uygulanabilirliğini artırmak için verilmektedir. Ancak bu garantilerin kullanımı uygun şekilde ayarlanmadığında sorunlara neden olmaktadır. Garantileri de içeren teşviklerin hem imtiyaz sahibi hem de devlet için "kazan-kazan" durumu yaratacak ve taraflar arasında riski adil bir şekilde paylaştıracak şekilde ayarlanması gerekmektedir. Fazla verilen garantiler, devletin mali yükünü artırırken, yetersiz garantiler, potansiyel yatırımcıların vazgeçmesine ve projeye katılan yatırımcıların hizmet kalitesinde düşüklüğe neden olmaktadır (Carbonara ve Pellegrino, 2018: 584; Wang, Cui ve Liu, 2018: 899). Devlet, KÖİ projelerine garanti vermek suretiyle ileride doğabilecek tüm yükümlülüklerden sorumludur. Bu nedenle, hükümetin, projenin ekonomik olarak uygulanabilir olması için yeterince yüksek, ancak hükümete ve topluma yük olmayacak kadar düşük bir garanti düzeyini üstlenmesi gerekmektedir (Takashima, Yagi ve Takamori, 2010: 78). Bununla birlikte, garantiler sağlandıktan sonra

hükümetler için mali riskler artabilir ve sonuç olarak, hükümetler kendilerini korumasız bir duruma sokmaktan kaçınmak için gelir tavanı belirlerler (Jin vd., 2023: 393).

5.2. ŞEHİR HASTANELERİNDE BULUNAN ÇOKLU KURUMSAL MANTIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma bulgularına göre KÖİ kapsamında kurulan şehir hastanelerinde "meslek, devlet, şirket ve piyasa" kurumsal mantıkları bulunmaktadır. Sağlık alanında çoklu kurumsal mantıkların bir arada ve etkileşim içerisinde olduğu literatürdeki önceki araştırmalarda (Scott vd., 2000; Reay ve Hinings, 2005; Thornton vd., 2012; Van Den Broek vd., 2014; Bishop ve Waring, 2016; Ten Dam ve Waardenburg, 2020) tespit edilmiştir. Bu araştırmada da KÖİ ile kurulmuş olan şehir hastanelerinde çoklu kurumsal mantıkların bir arada etkileşime girdiği ortaya konulmuştur. Araştırma katılımcıların görüşleri doğrultusunda KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklarının yansımaları Tablo 41'de verilmiştir.

Tablo 41. Kurumsal Mantıkların Şehir Hastanelerindeki Yansımaları

	Meslek	Devlet	Şirket	Piyasa
Amaç	Doğru ve hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu	Vatandaşın sağlık hizmetine erişimi	Yatırımın karşılığını alma	Kar elde etme
Kural	Mesleki etik ilkeler	Mevzuat	Sözleşme ve denetim mekanizmaları	Piyasa kuralları
Davranış	Özgecil hizmet sunumu ve mesleki gelişim	Devlet adabı	Şirket kültürü, iş bölümü ve görev tanımları, verimlilik	Çalışma koşulları, hasta memnuniyeti ve sadakati
Motivasyon	Mesleğin manevi yönü (mesleki tatmin, itibar ve saygınlık)	Kamu kaynaklarının doğru kullanılması	Şirket çıkarlarını koruma	Hastayı müşteri olarak kabul etmek

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Hastaneler, farklı kurumsal mantıkların bir arada olduğu ve sağlık hizmeti sunumunu etkilendiği için hem mesleki hem de ticari hedefleri dengelemek durumundadır (Thornton vd., 2012: 355). Ayrıca hükümetler sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak ve kaliteyi artırmak isterken aynı zamanda maliyetleri düşürme zorluğuyla karşı karşıyadır. Hastanelerde sağlık profesyonelleri bakımın kalitesini vurgulayan meslek mantığı ile hareket ederken, yöneticiler daha çok verimlilik ve maliyetle meşgul olan işletme mantığına göre hareket etmektedir (Van Den Broek vd., 2014: 2). Scott ve arkadaşları (2000) sağlık hizmetlerinde egemen olan meslek mantığından piyasa mekanizmalarını kullanan yönetim mantığına doğru bir kayma olduğunu ileri sürmektedir. Reay ve Hinings (2005) ise sağlık alanında meslek mantığından piyasa mantığına geçiş olmasına rağmen doktorlar arasında hala meslek mantığının devam ettiğini tespit etmiştir. Bu

sonuçla beraber yeni bir mantık hâkim hale gelse de diğer mantıkların varlığının devam edebileceği vurgulanmaktadır.

Reay ve Hinings (2009) yaptıkları araştırmada Kanada sağlık sisteminde hem profesyonel hem de ticari mantığın bir arada bulunduğunu göstermiştir. Ten Dam ve Waardenburg (2020) hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin "meslek, yönetim, ticari, istişare ve hasta merkezlilik" olmak üzere beş farklı kurumsal mantığı günlük uygulamalarına yansıttıklarını belirlemişlerdir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde birden fazla kurumsal mantığın var olduğu ve sağlık sektörünün kurumsal olarak karmaşık bir organizasyonel alan olarak kabul edilmektedir.

Katılımcılardan elde edilen veriler doğrultusunda şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklardan ilki meslek kurumsal mantığıdır. Meslek kurumsal mantığı sağlık hizmetinin doğru bir şekilde hasta odaklı olarak sunulmasını önceliklendirmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun temel amacı hastaların doğru teşhis ve tedavinin uygulanması sonucunda sağlığına kavuşmalarıdır. Sağlık hizmeti sunumunun odak noktasında hastalar bulunmaktadır. Bu nedenle hastaya yeterince vakit ayırmak, yardımcı olmak, iyileştirmek, bilgilendirmek, ilgi göstermek, empati kurmak ve güven vermek sağlık profesyonellerinin en başta gelen görevleri arasındadır. Bu görevler sağlık profesyonellerinin mesleki etik ilkelere uymalarını ve özgecil hizmet sunmalarını zorunlu kılmaktadır. Katılımcılara göre sağlık hizmeti sunma sürecinde, sağlık personeli mesleki eğitimlerine bağlı olarak ayrımcılık yapmadan, zarar vermeden, mağdur etmeden, hasta mahremiyetini koruyarak etik bir şekilde hizmet vermekle yükümlüdür. Bu bağlamda sağlık sektöründe etik kurallara uymak ve özgecil hizmet sunumu bir tercih değil bir gereklilik olarak kabul edilmektedir.

Ayrıca sağlık hizmetinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için sağlık profesyonelleri mesleki olarak kendilerini sürekli geliştirmeye odaklanmalıdır. Sağlık profesyonelleri daha iyi sağlık hizmeti sunmak ve insanlara faydalı olmak için mesleki bilgi, beceri ve tecrübe olarak kendilerini geliştirmek, güncel tıp bilgilerini takip etmek, bilgiye yatırım yapmak, sahip oldukları bilgi ve tecrübelerini iş arkadaşlarına aktararak dayanışma göstermek durumundadır. Ek olarak katılımcılar meslek kurumsal mantığı çerçevesinde mesleğin manevi yönünü oluşturan mesleki tatmin, itibar ve saygınlığın önemli olduğunu da vurgulamaktadır. Katılımcılar insanlara yardımcı olmanın, hastaların iyileşmesinin, hayat kurtarmanın getirdiği mutluluğun, mesleki tatminin ve saygınlığın paha biçilemez olduğunu ifade etmişlerdir.

Belirli bir eğitim süreci sonucunda kazanılan mesleklerde hem alınan eğitim hem de meslek örgütleri tarafından empoze edilen mesleki standartlar, değerler, hedefler, kurallar ve etik ilkeler, mesleği icra eden profesyonellerin benzer çalışma ilkelerine bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmesini sağlamaktadır (Chreim vd., 2007: 1534). Ayrıca meslekleri, meşruiyet kazandıran ve toplumun güvenini sağlayan kurallar, tutumlar, ritüeller, meslektaş dayanışması, fedakarlık ve kamu yararına önceliklendirme gibi davranış setleri bulunmaktadır. Buna karşın profesyoneller mesleklerini icra ederken mesleki özerkliğe, prestije ve saygınlığa sahip olurlar (Siegrist, 2015: 95). Thornton ve diğerleri (2005: 168-170) meslek kurumsal mantığının mesleki eğitimi, uzmanlığı, meslek örgütüne üyeliği, mesleki normları, mesleki dayanışmayı, mesleki itibarı ve mesleki gelişimi önceliklendirdiği ve bunu mesleği icra edenlerin uygulamalarına yansıtmasını talep ettiğini belirtmektedir.

Meslek mantığı, mesleği karakterize eden özerkliğin sağlanmasını önceliklendirmektedir (Gadolin, 2018: 128; Gibeau vd., 2020: 476). Meslek mantığı, bir otorite ve meşruiyet kaynağı olarak eğitime ve profesyonel sertifikasyona dayalı uzmanlığın önceliğini ima etmektedir (Thornton, Ocasio ve Lounsbury, 2012). Hastanelerde sağlık profesyonelleri genellikle bütçelere erişmeye, meslektaşları temsil etmeye ve kaynakların tahsisinde söz sahibi olmaya çalışarak meslek mantığını benimsediklerini ortaya koymaktadır. Meslek mantığına göre sağlık hizmeti sunumu için uygun altyapıyı, kaynakları, bütçeyi, yönetim sağlamalı ve sağlık profesyonellerinin talepleri karşılanmalıdır.

Tıp meslek mantığı, sağlık hizmetinin maliyeti ne olursa olsun, "mesleki becerilerinin en iyisine göre mümkün olan en iyi bakımı" önceliklendirmektedir. Bu mantık, sağlık hizmeti sağlayıcılarının profesyonel yetenekleri ölçüsünde maliyetine önem vermeksizin mümkün olan en iyi bakımı sunmalarını gerektirmektedir (Arman, Liff ve Wikström, 2014: 284). Meslek mantığı, doktorların hastaları tedavi etmek ve toplumun sağlığını iyileştirmek için kullandıkları klinik becerilerini vurgulamaktadır (Dunn ve Jones, 2010: 116). Bu nedenle hekimler ve hemşirelerin her biri profesyonel işlerinde kurumsallaşmış meslek mantığına yönelmektedir (Gadolin, 2018: 126). Hekimler başta olmak üzere sağlık profesyonelleri her türlü müdahalelere karşı mesleki normlara bağlılıklarını devam ettirmektedir (Mountford ve Cai, 2022: 368). Diğer bir deyişle doktorların ve hemşirelerin eylemleri meslek mantığına dayalı olma eğilimindedir (Øygarden, By, Bjaalid ve Mikkelsen, 2018: 134). Özellikle hekimliğin, yüksek öğrenim

ve prestij içeren sıkı mesleki normları bulunan "prototip bir meslek" (Hughes, 1956: 4) olması nedeniyle hekimler "tıbbi profesyonellik" mantığının bekçisidir ve temel olarak hekim-hasta ilişkisine odaklanmaktadır (Reay ve Hinings, 2005: 356).

Araştırma verilerine göre şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklardan ikincisi devlet kurumsal mantığıdır. Katılımcılar, şehir hastanelerinde devlet kurumsal mantığının Türkiye Cumhuriyeti'nin her vatandaşının sağlık hizmetine erişiminin mevzuata ve devlet adabına uygun bir şekilde sağlanmasına odaklandığını ifade etmektedir. Devlet, şehir hastaneleri aracılığıyla vatandaşın doğuştan gelen bir hak olan ve ihtiyaç duyduğu her türlü sağlık hizmetine kaliteli, konforlu ve bütüncül bir şekilde eşit koşullarda, ayrımcılığa uğramadan, hızlı ve zamanında erişiminin sağlanmasını amaçlamaktadır. Elbetteki bu amacın gerçekleşmesinde kanun, yönetmelik, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallar başta olmak üzere ilgili mevzuat çerçevesinde devlet adabına, kültürüne, değerlerine uygun sağlık hizmeti sunma zorunluluğu da yerine getirilmeye çalışılmaktadır.

Devletler, vatandaşlarından topladıkları vergileri kullanarak bürokrasi veya büyük resmi örgütler aracılığıyla mevzuata uygun olarak topluluğun ortak çıkarına olan mal ve hizmetleri sunmaktadır. Bu nedenle her kamu hizmetinin sunumu yasal çerçeveye sahiptir (Lane, 2009: 3). Devletin temel görevi eşitlik, sosyal adalet, ayrımcılık yapmama ve karşılık beklememe gibi ilkelere bağlı kalarak (Dwivedi ve Gow, 1999: 26) kamu hizmeti sunmak ve toplumun genel refahını artırmaktır (Linna, 2010: 480). Her kamu kurumunun faaliyetlerinde halka karşı şeffaf olma ve hesap verme sorumluluğu bulunmaktadır (Harrison, 1984: 31). Bu ilke ve sorumluluklardan beslenen devlet kurumsal mantığı, her vatandaşa eşit bir şekilde hizmet sunulmasını savunmaktadır (Çakar ve Danışman, 2017: 75). Bu bağlamda devlet kurumsal mantığı; finansmanın vergilerle oluşturulan bütçeden karşılanması, vatandaş çıkarının odak noktada olması, halkın refahının artırılması, faaliyetlerin mevzuatlara uygun olması ve kamu politikalarına bağlı olarak yatırımların yapılması özelliklerine sahiptir (Thornton vd., 2005: 168-170).

Devlet mantığı, kamusal değerleri önceliklendirmektedir. "Kamusal değerler" ile kastedilen, devletin tüm vatandaşlara sağlamayı arzuladığı ayrıcalıkları, normatif standartları, sosyal destekleri, hakları ve prosedürel garantileri somutlaştıran değerlerdir (Bozeman ve Sarewitz, 2005: 122). Vickers ve arkadaşlarının (2017: 1759) yapmış olduğu araştırmada devlet kurumsal mantığının kamu yararını önceliklendirdiği, kamu ahlakına, ilgili mevzuat ve standartlara bağlı kaldığı, hesap verebilirlik uygulamalarına

önem verdiği ve bu çerçevede evrensel sağlık hizmeti sunma ilkesine atıfta bulunduğu belirlenmiştir. Gibeau ve arkadaşları (2020: 476) ise devlet kurumsal mantığının, sağlık hizmetleri sunumunda yöneticilerin resmi yetkiler ve hiyerarşik yapıları vurguladığını ve davranışlarında resmi örgütsel rollerin rehberlik ettiğini tespit etmişlerdir.

Araştırma verilerine göre şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklardan üçüncüsü şirket kurumsal mantığıdır. Araştırma katılımcıları şehir hastanelerinde şirketin önemli yatırımlar yaptığını ve asıl amacının yapmış olduğu bu yatırımların karşılığı almak olduğunu ifade etmişlerdir. Şirketin yatırımlarının karşılığını almak amacıyla sözleşmeye mutlak uyum göstermeye çalıştığı, sıkı denetim mekanizmaları kullandığı, ayrıntılı iş bölümü ve görev tanımlarının yapıldığı ve temel yönetim motivasyonunun verimlilik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca şehir hastanelerinde, çalışanların ortak bir bakış açısı, standart ve disiplinli bir çalışma, kaliteli ve özenli hizmet, kişilerden bağımsız sistem oluşturma gibi uygulamaları ile örgüt kültürü oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Şirketler, birçok kişinin tasarrufu ile kurallara dayalı olarak ortak bir amaca ulaşmak için kurulmaktadır (Morck, 2008: 267). Şirketler kurumsal yönetimi benimseyerek, tüm paydaşların haklarını korumayı amaçlamaktadır. Şirketlerde yatırımın karşılığının alınması amacıyla hiyerarşik örgüt yapısı, iş bölümünün yapılması, güç ve yetkinin kurallara bağlaması, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması, şeffaf ve hesap verilebilir bir yapının kurulması ve ortak kültürün oluşturulmasına önem verilmektedir (Aktan, 2013: 157-161). Şirket kurumsal mantığı da şirketlerin özellikleri ve yapılarından etkilenerek ortakların çıkarlarının korunması, kararların hiyerarşi içerisinde bürokratik rollere uygun olarak alınması, kontrolün örgüt kültürü ve kurullar aracılığıyla sağlanması gibi uygulamalara yansımaktadır (Thornton vd., 2005: 168-170).

Araştırma verilerine göre şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklardan dördüncüsü ve sonuncusu piyasa kurumsal mantığıdır. Sağlık sektöründe yaygınlaşan KÖİ'ler ile birlikte piyasa kuralları etkili olmaya başlamıştır. Şehir hastanelerinde özel iştirakin en önemli amaçlarından birisi kar elde etmektedir. Özel sektör karını maksimize etmek için piyasa kurallarına uygun hareket ederek hastaları müşteri olarak görmekte, hastaların memnun edilmesine ve hasta sadakatine odaklanmaktadır. Ayrıca şehir hastanelerinde çalışma koşulları, özel sektörün acımasız ve zorlu şartlarına dönüştürülmektedir.

1980'li yıllardan sonra birçok ülke, politikalarında serbest piyasa modelini benimsemiştir. Serbest piyasa ekonomisi, devletin mümkün olduğunca piyasaya müdahale etmediği, piyasaya giriş çıkışların serbest olduğu bir ekonomik model olarak kabul edilmektedir (Acar, 2010: 22, Haydaroğlu ve Tatlısu, 2016: 32). Liberal bir piyasa ekonomisinin temel amacı karını maksimize etmektir (Rankin, 2004: 1). Piyasa kurumsal mantığı, serbest teşebbüs, mal ve hizmet mübadelesi, sermaye birikimi ve liberal düşünce gibi özelliklerden oluşmaktadır (Çakar ve Danışman, 2017: 275).

Piyasa kurumsal mantığının yatırımcıların kişisel çıkarlarının odak noktada olması, karlılığın artırılması amacı, işletmenin piyasadaki konumunun önemli olması, faaliyetlerin işletme amaçlarına, belirlenen kurallara ve rekabet stratejisine uygun olması gibi özellikleri bulunmaktadır (Thornton vd., 2005: 168-170). Piyasa mantığı, daha çok iş dünyasıyla ilişkilendirilen uygulamaların ve yol gösterici değerlerin benimsenmesinde açıkça görülmektedir. Piyasa mantığını benimseyen aktörler mali tasarruf sağlamaya, paranın karşılığını almaya, yeni ticari gelir kaynaklarını çeşitlendirerek kar elde etmeye çalışmaktadırlar (Vickers vd., 2017: 1759).

Pazar ve şirketin toplumsal düzeydeki mantığı hem eğitim hem de sağlık literatüründe bulunmaktadır (Mountford ve Cai, 2022: 370). Hem şirket hem de pazar mantığı kamu hizmetini "artan ticarileştirme, özelleştirme ve şirketleştirme" ile karakterize edilen karlı "büyük iş" olarak görmektedir. Kamu hizmetini alanları "müşteri" olarak konumlandırmaktadır (Paisey ve Paisey, 2017: 57). Bu durum Galvin'e (2002) göre sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Dolayısıyla sağlık hizmeti şirketler ve piyasa için "artan ticarileştirme, özelleştirme ve şirketleştirme" ile karakterize edilen karlı "büyük iş" olarak görülmekte ve hastayı "müşteri" olarak konumlandırılmaktadır. Sağlık hizmeti sunan profesyoneller ise "sağlık hizmeti üretim sürecinde metalaştırılmış girdiler" olarak kabul edilmektedir.

5.3. ŞEHİR HASTANELERİNDE BULUNAN KURUMSAL MANTIKLARIN ÇATIŞMA NEDENLERİ VE AKTÖR DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma bulguları, KÖİ ile kurulan ve işletilen şehir hastanelerinde "meslek, devlet, şirket ve piyasa" kurumsal mantıklarının bir arada bulunduğunu ortaya koymaktadır. Birden fazla kurumsal mantığın bulunması nedeniyle şehir hastaneleri kurumsal olarak çoğulcu (Kraatz ve Block, 2008; Dunn ve Jones, 2010; Van Den Broek vd., 2014), karmaşık (Reay ve Hinings, 2005; Greenwood vd., 2011) ve hibrit (Battilana

ve Dorado, 2011; Doherty vd., 2014; Bishop ve Waring, 2016; Vickers vd., 2017) örgütlerdir. Şehir hastanelerinin kurumsal çoğulculuğu, karmaşıklığı ve hibritliği, farklı kurumsal mantıkların bu alandaki paydaşlarla nasıl etkileşimde bulunduğuna ve onları nasıl etkilediğine ilişkin soruları gündeme getirmektedir. Bu bağlamda şehir hastanelerinde bulunan farklı kurumsal mantıkların birbiriyle etkileşimi, bu etkileşim sonucunda ortaya çıkan çatışma nedenleri ve çatışmalara yönelik aktörlerin geliştirmiş olduğu davranışlara yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Sağlık sektörü, yeni ve çeşitli örgütsel aktörleri bünyesine katarak, farklı kural ve mantıklara yanıt vererek, son yıllarda kurumsal yapısında muazzam değişiklikler yaşamaktadır. Özellikle KÖİ projelerinin sağlık sektöründe yaygınlaşması, sağlık hizmeti sunumundaki araçlar, amaçlar ve tıbbi faaliyetlerin düzenlenmesi konusunda süregelen çatışmaların artmasına neden olmuştur (Galvin, 2002, s. 674). Dolayısıyla şehir hastaneleri kendi içinde kalıcı ve köklü gerilimlerin oluştuğu daha geniş, heterojen kurumsal ortamlar olarak kabul edilmektedir (Kraatz ve Block, 2008: 254). Hastanelerde diğer birçok örgütte olduğu gibi, çoklu kurumsal mantıklardan gelen taleplerin birbiriyle çelişmesi muhtemeldir (Ruef ve Scott, 1998: 883). Kamu ve özel sektörden aktörlerin bir arada bulunduğu şehir hastanelerinde farklı kurumsal mantıkların önerdiği değerler, hedefler, iş süreçleri, hiyerarşi ve işin maddi ve teknolojik yönleri bir çok gerilim yaratmaktadır (Bishop ve Waring, 2016: 1953).

Tablo 42. Şehir Hastanelerindeki Kurumsal Mantıkların Çatışma Nedenleri ve Stratejik Yanıtlar

Çatışan Kurumsal Mantıklar	Çatışma Nedenleri	Stratejik Yanıtlar
Devlet-Meslek	Sağlık politikaları (Sevk zinciri, muayene süreleri, günlük bakılan hasta sayısı)	Uyum
Devlet-Meslek-Şirket-Piyasa	Sağlık hizmetine bakış açısı (Amaç farklılığı ve hastaya bakış açısı)	Reddetme
Devlet-Meslek-Şirket	Fiziki alanların kontrolü	Sözleşmeye Uyum Müzakere
Devlet-Meslek-Şirket	Demirbaş talebi	Sözleşmeye Uyum Müzakere Karşılıklı Taviz Verme Zamana Bırakma
Meslek-Şirket	Aşırı İş Bölümü ve Net görev tanımları	Sözleşmeye Uyum Karşılıklı Taviz Verme
Meslek-Şirket	Personel Havuz Sistemi ve Personel Rotasyonu	Sözleşmeye Uyum Müzakere

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Bireyler ve kuruluşlar, giderek artan bir şekilde çoklu ve çelişkili, ancak birbiriyle bağlantılı kurumsal düzenlemelere ve reçetelere maruz kalmaktadır. Bir alanda birden çok mantığın varlığı, tutarsız beklentiler nedeniyle örgütler içinde zorluklar ortaya

çıkarmaktadır. Belirli kurumsal düzenlemelere ve kabul edilen davranışsal beklentilere uymak, bir bütün olarak toplumun farklı düzeylerinde veya farklı sektörlerinde kurumsal düzenlemelerden kaynaklanan davranışsal beklentilerle tutarsızlıklar ve uyumsuzluklar yaratmaktadır (Seo ve Creed, 2002: 228-229). Araştırma katılımcılarından elde edilen veriler kapsamında, şehir hastanelerinde "sağlık politikaları, sağlık hizmetlerine bakış açısı, personel yönetimi, bina ve demirbaş yönetimi" konularında farklı kurumsal mantıklar arasında çatışmalar meydana geldiği tespit edilmiştir.

Organizasyonların rakip kurumsal baskıları nasıl yönettiklerine dair Oliver (1991) tarafından "stratejik tepkiler tipolojisi" geliştirilmiştir. Bu tipolojide Oliver (1991), örgütlerin çelişen kurumsal taleplerle karşı karşıya kaldıklarında "kabullenmek, uzlaşmak, kaçınmak, reddetmek ve manipülasyon" stratejilerini benimseyebileceklerini öne sürmüştür. Oliver'in (1991) tipolojisi, rekabet eden mantığa örgütsel tepkileri keşfetmek için geniş çapta benimsenmiştir. Ancak bu tipoloji mikro düzeyde bireylerin kurumsal mantıklara verdikleri yanıtları kapsamamaktadır (Gebreiter ve Hidayah, 2019: 732). Bu nedenle Pache ve Santos (2010, 2013) tarafından kurumsal mantık çatışmalarına bireysel düzeyde verilen yanıtları Oliver (1991) tipolojisi üzerine inşa edilmiştir. Pache ve Santos'a (2013) göre kurumsal mantıklara bireysel düzeyde "tepkisizlik/farkında olmama (ignorance), uyum gösterme (compliance), reddetme (defiance), kombinasyon (combination) ve bölümlere ayırma (Compartmentalisation)" olmak üzere beş yanıt verilebileceği önerilmiştir.

Şehir hastanelerinde ilk kurumsal mantık çatışması sağlık politikalarının uygulanmasından kaynaklanmaktadır. Şehir hastanelerinde "devlet" ve meslek" kurumsal mantıklarının sevk zincirinin uygulanmaması, muayene sürelerinin kısıtlanması ve günlük bakılan hasta sayısının artması nedeniyle çatıştığını söylemek mümkündür. Devlet kurumsal mantığı hastaların sağlık hizmetine erişiminin sağlanması, vatandaşların hekim ve hastane tercih hakkının tanınmasını önceliklendirmektedir. Bu bağlamda performansa dayalı ödeme sistemleri geliştirilmiştir. Meslek kurumsal mantığının ise bu durumun hastalara yeterince vakit ayrılamamasına ve etkili sağlık hizmetin sunulamamasına neden olduğunu savunmaktadır. Her ne kadar hekimler sevk zincirinin uygulanması, hastalara yeterli muayene sürelerinin ayrılması ve günlük bakılan hasta sayısının düşürülmesini talep etseler de sağlık hizmeti sunumuna dair kurallara uymak zorunda kalmaktadırlar. Diğer bir deyişle hekimler mesleki eğitim, ilke ve sorumlulukları

bağlamında hastaların mağdur olmaması ve sağlıklarına kavuşmaları için gerekli fedakarlıkları yapmak durumunda kalmaktadır.

Sağlık politikalarından kaynaklı mantık çatışmalarında meslek mantığının devlet mantığın reçetelerine ters düşse bile "uyum" gösterdiği söylenebilir. Bu sonuç Pache ve Santos (2013: 12) tarafından bireyin belirli bir mantığın öngördüğü değerleri, normları ve uygulamaları benimsemesi ya da birlikte hareket etmeleri olarak tanımlanan "uyum gösterme" yanıtına benzerdir. Gebreiter ve Hidayah, (2019) tarafından yapılan araştırmada "uyum gösterme" yanıtının, "zorunlu uyumluluk, içselleştirilmiş uyumluluk, tükenme yoluyla uyumluluk ve araçsal uyumluluk" dahil olmak üzere bir dizi farklı şekil ve nüans aldığı gösterilmiştir. Zorunlu uyumluluk, aktörlerin memnun olmasa da yapmak zorunda oldukları veya başka seçeneklerinin olmadığı durumu ifade etmektedir. Meslek mantığına bağlı aktörlerin profesyonel mantığın değer ve normlarına büyük ölçüde bağlı kalmalarına rağmen ticari mantıkla ilgili uygulamaları büyük bir isteksizlik ve pişmanlıkla benimsemek zorunda kaldıkları tespit edilmiştir (Gebreiter ve Hidayah, 2019). Şehir hastanelerinde meslek mantığının sevk zincirinin uygulanmaması, muayene sürelerinin kısıtlanması ve günlük bakılan hasta sayısının artması gibi konularda devlet mantığı ile çelişmesine rağmen "zorunlu uyumluluk" gösterdiği görülmektedir.

Şehir hastanelerinde kurumsal mantıkların çatışma nedenlerinden ikincisi sağlık hizmetine bakış açısındaki farklılıklardır. Katılımcılardan elde edilen verile göre KÖİ ile kurulmuş olan şehir hastanelerinde "meslek, devlet, şirket ve piyasa" kurumsal mantıklarının sağlık hizmeti sunumundaki amaçlar ve hastalara bakış açılarındaki farklılıklardan kaynaklı çatışmalar bulunduğu tespit edilmiştir. Katılımcılara göre, şehir hastanelerinde meslek mantığı hastaların tedavisini, devlet mantığı vatandaşın sağlık hizmetine erişimini, şirket mantığı yapmış olduğu yatırımın karşılığını almayı, piyasa mantığı ise kar elde etmeyi, hasta memnuniyetini ve sadakatini önceliklendirmektedir. Bu amaç farklılıkları aynı zamanda hastalara yönelik bakış açılarını da etkilemektedir. Katılımcılar şehir hastanelerinden sağlık hizmeti alan hastaların; meslek mantığı "tedavi edilmesi gereken hasta", devlet mantığı "sağlık hizmetine erişimi sağlanması gereken vatandaş", şirket ve piyasa mantığı ise "beklenti ve isteklerinin karşılanarak memnun edilmesi gereken müşteri" olarak gördüğünü ifade etmektedirler.

Şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumundaki amaç ve hastaya yönelik bakış açısındaki farklılıklara karşı "meslek, devlet, şirket ve piyasa" mantıklarını benimseyen aktörler arasında diğer mantığın önermesini reddetme davranışını ortaya

çıkarmaktadır. Pache ve Santos'un (2013: 12), reddetme stratejik yanıtını "bireyin belirli bir mantığın öngördüğü değerleri, normları ve uygulamaları açıkça reddetmesi" olarak tanımlamaktadır. Meslek kurumsal mantığına göre hastaların sağlığına kavuşmasının memnun olmaları için en önemli unsur olduğunu bu nedenle hastaların isteklerinin değil ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi gerekmektedir. Devlet kurumsal mantığına göre vatandaşın sağlık hizmetine erişimi ve sağlık hizmetlerinden memnuniyeti sağlanmalıdır. Şirket ve piyasa mantığına göre ise hastaların tedavi dışındaki istek ve beklentilerin sağlık çalışanları tarafından göz ardı edilmektedir. Dolayısıyla şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumundaki amaç ve hastaya yönelik bakış açısında aktörler benimsedikleri kurumsal mantığa bağlı hareket ederek diğer mantıkların taleplerini göz ardı etmektedir. Bu durumu Gebreiter ve Hidayah, (2019), aktörlerin yalnızca bir mantığa bağlı kalarak diğer mantıkların talepleri ile ilgili hiçbir girişimde bulunmamasına "kategorik reddetme" olarak ifade etmiştir.

Şehir hastanelerinde kurumsal mantıkların çatışma nedenlerinden üçüncüsü bina ve demirbaş yönetimi ile ilgilidir. Şehir hastaneleri KÖİ ile inşa edildiği için sözleşme kapsamında hastane binasının inşaatı, hastane içerisinde kullanılacak demirbaş malzemelerin temini ve bakım onarımı özel sektörün sorumluluğundadır. Sağlık çalışanları, sağlık hizmetinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için hastane binasında bazı düzenlemeler talep etmekte ve bazı gerekli demirbaş cihazların temin edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Sağlık çalışanlarının bina ve demirbaşlara yönelik taleplerinin karşılanmasında kamu tarafı sözleşme gereğince bina ve demirbaş sorumluluğunun şirket tarafında olduğunu belirtirken, şirket tarafı ise sözleşmede yazılı olan tüm sorumlulukları yerine getirdiğini ve sözleşme dışı taleplerin karşılanamayacağını ifade etmektedir. Katılımcılara göre şehir hastanelerinde bina ve demirbaş yönetimi "meslek", "devlet" ve "şirket" kurumsal mantıkları arasında çatışmaya neden olmaktadır.

Bina ve demirbaş yönetimi ile ilgili çatışmalar yapılan müzakereler aracılığıyla kısmen çözülse de maliyetli fiziksel ve demirbaş talepleri şirket tarafından sözleşmede olmaması nedeniyle karşılanmamıştır. Bazı demirbaşlar şirket tarafından hastaneye bağış yapılmış, bazı cihazlar ise sözleşmede olmamasına rağmen kapanan eski devlet hastanelerinden getirilmiştir. Ancak eski hastanelerden getirilen demirbaşların bakım onarımı ve kalibrasyonu sıkıntılara neden olmaktadır. İhtiyaç duyulan bazı demirbaş ve cihazlara yönelik henüz bir çözüm bulunamamış ve zamana bırakılmıştır. Dolayısıyla şehir hastanelerinde hastane binasındaki fiziksel değişiklik taleplerine yönelik kurumsal

mantık çatışmalarında aktörlerin "sözleşmeye uyum" ve "müzakere" davranışları gösterdiği tespit edilmiştir. Demirbaş taleplerine yönelik kurumsal mantık çatışmalarında ise aktörler tarafından "sözleşmeye uyum", "müzakere", "karşılıklı taviz verme" ve "zamana bırakma" gibi davranışlar gösterilmiştir.

KÖİ'lerde kurumsal mantıkların yarattığı karmaşıklıklara karşı çok yönlü ve kapsamlı sözleşmeler karşılıklı ve hiyerarşik zorunluluklar mikro düzeyde kamu ve özel aktörler arasındaki ilişkileri etkilemekte ve faklı mantıklar arasında önemli bir arayüzü temsil etmektedir (Bishop ve Waring, 2016: 1954). Bu bağlamda hem kamu hem de özel sektör tarafı için sözleşmeler bağlayıcı konumdadır ve uyum göstermek gerekmektedir.

Ancak her çatışmanın sözleşmeye bağlı olarak çözülmesini beklemek mümkün değildir. Bu nedenle şehir hastanelerinde kamu, özel sektör ve meslek profesyonellerinden oluşan müzakere toplantıları gerçekleştirilmektedir. Bu toplantılarda farklı mantıkları benimseyen aktörler taleplerini iletme imkanına sahip olmaktadırlar. Gerçekleşen müzakereler sonucunda hem fiziksel alan değişikliklerinde hem de demirbaş taleplerinde kısmi çözümler üretilmiştir. Bu sonuç Oliver (1991) örgütleri için geliştirdiği tipolojideki "uzlaşma" stratejisinin bireysel düzeydeki izdüşümü olarak kabul edilebilir. Bishop ve Waring, (2016) mantık çatışmalarının müzakere süreçleri aracılığıyla geçici olarak çözülebileceğini ve kurumsal gerilimlerin azaltılabileceğini öne sürmektedir. Lepori ve Montauti (2020) ise müzakerelerle rakip mantık taleplerinin dengelenebileceğini belirtmektedir.

Şehir hastanelerinde demirbaş taleplerine yönelik sözleşmeye uyum ve müzakere aracılığıyla kısmi çözümlerin yanı sıra aktörler tarafından "karşılıklı taviz verme" ve "zamana bırakma" gibi davranışlar gösterilmiştir. Bazı demirbaşlar şirket tarafından hastaneye bağışlanırken, bazı demirbaşlar kapatılan eski hastanelerden getirilmiştir. Ancak sağlık profesyonellerinin ihtiyaç duyduğu bazı demirbaşlara yönelik çözüm üretilememiş olup zamana bırakılmıştır.

Şehir hastanelerinde kurumsal mantıkların çatışma nedenlerinden sonuncusu ise personel yönetimi ile ilgilidir. KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde hem kamu personeli hem de özel sektör personeli birlikte görev yapmaktadır. Kamu personeli asıl iş olarak tanımlanan sağlık hizmeti sunumundan sorumludur ve kamu yöneticilerine bağlı olarak görev yapmaktadır. Özel sektör personeli ise yardımcı iş olarak tanımlanan sağlık hizmeti dışındaki hizmetlerden sorumludur ve şirket yöneticilerine bağlı olarak görev

yapmaktadır. Her ne kadar sağlık sektöründe aşırı iş bölümü, uzmanlaşma ve görev tanımları bulunsa da sağlık alanın dinamik olması nedeniyle acil durumlar başta olmak üzere sağlık çalışanları görev tanımının dışına çıkmak zorunda kalmaktadır. Bu zorunluluk sağlık çalışanlarının fedakarlık yapmaları ve özgecil hizmet sunmaları gibi mesleki normlar haline gelmiştir. Hastaların ihtiyacı olduğunda sağlık çalışanları hastanın zarar görmemesi ve sağlığına kavuşabilmesi için görev tanımında olsun ya da olmasın sağlık hizmeti sürecini yürütmektedirler.

Şehir hastanesinde görev yapan özel sektör çalışanlarının görev tanımları sözleşmeye bağlı olarak oluşturulan yöntem beyanında net olarak belirlenmiştir. Özel sektör çalışanları bu görev tanımı dışına kesinlikle çıkmamaktadır. Görev tanımı dışına çıkılmamasına yönelik şirket yöneticilerinin de sıkı denetimi söz konusudur. Şirket yöneticileri kendi personellerinin sağlık eğitimi olmadıklarını, bu nedenle hastalara yönelik inisiyatif almalarının mümkün olmadığını, yöntem beyanı dışına çıkılmasının hastalara zarar verme riskini alamayacaklarını ifade etmektedirler. Bu bağlamda meslek kurumsal mantığı ile şirket kurumsal mantığı arasında çatışma bulunmaktadır.

Şehir hastanelerinde görev tanımlarının net olması ve görev tanımlarının dışına çıkılamaması sahada yol açtığı problemler hem kamu hem de özel sektör açısından görülmüş olup bu konuda karşılıklı taviz verilerek problemler çözülme çalışılmaktadır. Ancak görev tanımlarındaki karşılıklı tavizler sistemsel ya da yazılı olarak değil uygulama düzeyinde olduğu görülmektedir. Acil ve zorunlu haller dışında yöntem beyanına mutlak uyum sağlama çabası devam etmektedir.

Şehir hastanesinde personel havuz sistemi ve buna bağlı olarak personel rotasyonu uygulaması bulunmaktadır. Özel sektör çalışanlarının belirli aralıklarla görev yerleri değiştirilmektedir. Çok büyük hastaneler olan şehir hastanelerinde, alanda personel ihtiyacı söz konusu olduğunda talep açılarak personel havuzundan ek personel görevlendirilmektedir. Hem rotasyon uygulaması hem de havuz sistemi nedeniyle birimlerde çalışan özel sektör personeli sürekli değişmektedir. Şirket yöneticileri personel verimliliği, denetim, kişisel ilişkilerin hizmet sürecini aksatmasını önlemek ve maliyetleri düşürmek amacıyla rotasyon ve havuz sistemini katı bir şekilde uygulamaya çalışmaktadır. Bu konuda sağlık çalışanları ise sürekli personel hareketliliğinin sağlık hizmeti sunum sürecini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Sağlıkta her birimin kendine özgü işleyişi, dinamikleri ve belirli kuralları bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları sürekli personel rotasyonu uygulaması veya ihtiyaç duyulduğunda personel havuzundan

sürekli farklı personellerin yönlendirilmesinin acil servis, ameliyathane, yoğun bakım gibi farklı dinamikleri olan birimlerde aksamalara neden olduğunu ifade etmektedirler. Personel havuz sistemi ve rotasyon uygulaması genel olarak uygulanmasının yanı sıra sağlık çalışanları bazı özel birimlerde personel sabitlemesinin yapılmasını talep etmektedir. Bu bağlamda personel havuz sistemi ve rotasyonu açısından meslek kurumsal mantığı ile şirket kurumsal mantığı arasında çatışma bulunmaktadır. Şehir hastanelerinde personel havuz sisteminin ve personel rotasyonu uygulamasının genel olarak uygulanmaya devam etmekle birlikte yapılan müzakereler sonucunda özellikli birimlerde uygun olmadığı görülmüş olup kısmi personel sabitlemeleri yapılmıştır.

KÖİ sözleşmelerinin karmaşıklığı, müzakere olasılığı, yaptırım olasılığı, esnekliği ve sözleşmenin uzunluğu ön plana çıkmaktadır. Özellikle hastanelerde sınırlı rasyonellik nedeniyle sözleşmelerin eksik olması muhtemeldir. Bu durumda fırsatçı davranışlar ortaya çıkabilir. Hastane gibi karmaşık ve dinamik ortamlarda sözleşmeye sıkı bağlılık süreçleri aksatabilir. Bu nedenle gelecekte öngörülemeyen gelişmeler olasılığı göz önüne alındığında, bir hükümetin sözleşme süresi boyunca özel ortağın davranışını ve performansını etkilemek için araçlara sahip olması gerekmektedir. Bunu yapmak için sözleşmeler, sözleşmenin uygulanması sırasında olumlu ve olumsuz yaptırımlar uygulama seçeneğini içerebilir. Sözleşme ortaklarının fırsatçı davranışlarını önceden tahmin etmek ve bunlara yanıt vermek ve sözleşmenin uygulanması sırasındaki performanslarını iyileştirmek için yaptırımlar gereklidir. Çünkü özel iştirak sözleşmeye bağlı kalarak çıkarlarını korumak isteyebilir. Ancak bu sağlık hizmetlerin aksamasına ve sosyal açıdan verimsiz uygulamalara yol açabilir (De Bettignies ve Ross, 2009: 359; Klijn ve Koppenjan, 2016: 455).

Sağlık hizmetlerinde süreçlerin dinamikliği, belirsizliği ve aciliyetine ek olarak sözleşmelerde gereksinimlerin yetersiz belirlenmesi ve sözleşme tarafları arasında sorumlulukların uygun olmayan şekilde dağıtılması, kamu sektörünün karşılaştığı temel sorunlardır (Demirağ vd., 2012: 1318). Bu nedenle şehir hastanelerinin standart sözleşmelerinin başarılı bir şekilde kullanılması, müzakereye açık olması ve yeterince esnek olmasına bağlıdır. Müzakerelerde kamu yöneticileri nihai sözleşmenin kolektif çıkarları yeterince karşılamaması durumunda sorumlu tutulacakları için kamu çıkarlarını savunmaları beklenmektedir. Sağlık profesyonelleri, mesleki çıkarlarını savunmaktadır. Özel iştirak ise sözleşmeye bağlı kalarak olası cezalardan ve maliyetlerden kurtulmak istemektedirler. Dolayısıyla sözleşmeye dayalı müzakerelerin ilerlemesi, büyük olasılıkla

sağlık profesyonelleri, kamu ve özel sektör aktörlerinin masadaki yapıcı tutumuna bağlıdır (Van Den Hurk ve Verhoest, 2016: 289).

Lepori ve Montauti, (2020) çatışan kurumsal mantıkların yönetilmesinde farklı mantıkları dengeleyebilen yöneticilerin ve müzakere yönteminin başarılı olduğunu ileri sürmektedir. Kilit yönetici pozisyonlarına farklı kurumsal mantıkları anlayabilen ve benimseyebilen aktörlerin getirilmesi çatışmaların yönetilmesine olanak sağlayacaktır. Müzakere süreçleri aracılığıyla bireysel anlaşmazlıklar geçici olarak çözülebilir ve bu da daha geniş kurumsal gerilimleri azaltılmasına olanak sağlayabilir (Bishop ve Waring, 2016: 1953). Nite ve diğerleri (2013) kurumsal mantık çatışmalarının yönetilmesinde üst yönetimin tutumu ve hangi mantığı önceliklendirdiği, örgüt kültürüne bağlılık ve uyum, kurumsal mantıklar arasındaki çatışmaların fırsat olarak görülerek mantıkların taleplerinin karşılıklı dengelenmesi yoluyla yeniden çerçeveleme stratejilerinin kullanılmasını önermektedir. Böylece kurumsal mantık çatışmalarında liderliğin, kültürün ve yönetişimin önemini ön plana çıkmaktadır. Hansen ve Baroody, (2019) ise kurumsal mantık çatışmalarında müzakereler sonucunda geliştirilen ortak faaliyetlerin kural ve yasa haline getirilmesini önermektedir.

SONUÇ

Bu araştırma nitel araştırma yöntemi ve durum çalışması deseni ile gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de 2017 yılından itibaren KÖİ ile kurulan şehir hastaneleri hasta kabulüne başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde yıllardır uygulanan KÖİ hastaneleri Türkiye'de ilk kez uygulanmaktadır. Bu nedenle araştırmada öncelikle KÖİ ile kurulan şehir hastanelerine yönelik çalışanların algılarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Şehir hastanelerine yönelik algılar; şehir hastanelerinin tanımlanması, kurulma nedenleri, avantaj ve dezavantajları ile getirilen eleştiriler temaları ile incelenmiştir.

Araştırma bulguları bağlamında KÖİ ile kurulan şehir hastaneleri; "kamu-özel işbirliği ile kurulan, yönetilen ve işletilen, sağlık hizmetleri açısından kapsamlı, fiziksel ve teknolojik olarak donanımlı, beş yıldızlı otel konforunda hizmet veren, kompleks ve sosyal hastane kampüsleri" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım şehir hastanelerinin finansmanını, yönetimini, sunulan sağlık hizmetlerini, fiziksel altyapısını, teknolojik donanımını ve sosyal imkanlarını vurgulamaktadır.

Şehir hastanelerinin kurulma nedenleri üç ana başlıkta toplanmıştır. Birinci neden bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin sunumundaki "paradigma değişimi"dir. Kamudaki verimsiz uygulamalar, sağlıkta reform çalışmaları kapsamında uygulamaya konulan dönüşüm programları, kamu hizmetlerinde özel sektörün yönetim tecrübesi ve finansman imkanlarından yararlanma ve kamunun temel yeteneklerine odaklanma isteği sağlık hizmeti sunumunda paradigma değişimine yol açmıştır. Bu paradigma değişimi sonucunda sağlık sektöründe KÖİ projeleri yaygınlaşmaktadır. İkinci neden "devlet politikası"dır. Devletin ve hükümetin sağlık yatırımlarına ayırdığı bütçedeki pay sağlık sektörünün ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılamamaktadır. Bu nedenle sağlık yatırımlarına özel sektörün finansmanın dahil edilmesi gündeme gelmiştir. Ekonomik sınırlılıkların yanı sıra sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, konfor, hız ve memnuniyeti artırmak gibi hedefler özel sektör uygulamalarının sağlık sektöründe benimsenmesine yol açmıştır. Ayrıca sağlık sektörüne yapılan yatırımların görünür, medyatik ve popüler hizmetler olması nedeniyle hükümet, oy kazanmak amacıyla KÖİ ile şehir hastanelerini faaliyete geçirmeyi tercih etmiştir. Üçüncü neden ise hastanelerle ilgili fiziksel, teknolojik ve personel yetersizliklerini gidermek olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada şehir hastanelerinin sağlık hizmetleri, hastalar, personel, yönetim ve tesisleşme açısından avantajları olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Şehir hastaneleri çok

büyük ve donanımlı sağlık kampüsleri olduğu için hastaların ihtiyaç duyduğu tüm sağlık hizmetleri tek merkezden sunulmaktadır. Şehir hastanelerinde teşhis ve tedavi için gerekli olan güncel cihaz ve medikal teknolojinin olması, tetkik ve analiz için kapsamlı ve gelişmiş laboratuvarların olması gibi bütüncül sağlık hizmeti sunumu açısından avantaj sağlamaktadır. Ayrıca yeni hastane binaları, fiziksel ve sosyal imkanlar, nitelikli hasta odaları, özenli ve konforlu hizmet sunulması gibi hizmet kalitesini artıran imkanlar çalışanlar ve hastalar açısından avantaj sağlamaktadır. Şehir hastanelerinde asıl-yardımcı iş ayrımı nedeniyle her çalışanın kendi işine odaklanması, büyük ekiple çalışmanın getirdiği mesleki dayanışma ve güven duygusu, vaka çeşitliliğinin yüksek olması nedeniyle mesleki gelişim gibi çalışanlara yönelik avantajları bulunmaktadır. Şehir hastanelerinde hem hizmet sunumunu hem de personelin yönetim ve denetimini sağlamak için kullanılan talep sistemi yönetimsel açıdan avantaj sağlamaktadır. Talep sistemi sayesinde hizmet süreçleri kişiden bağımsız sistem üzerinden yürütülmektedir.

Şehir hastanelerinin avantajlarının yanı sıra bir takım dezavantajları bulunmaktadır. Şehir hastanelerinin görece şehrin dışına yapılması nedeniyle hastaneye ulaşım, çok büyük sağlık kampüsleri olması nedeniyle hastane içi ulaşım sıkıntıları yaşanmaktadır. Ulaşım sıkıntıları trafikte geçirilen sürenin artmasına, ulaşım maliyetlerinin artmasına, işlerin ve randevuların aksamasına neden olmaktadır. Şehir hastanelerinde kamu ve özel olmak üzere ikili hiyerarşik yönetimin bulunması, kamu yöneticilerinin sık değişmesi nedeniyle kamu tarafının sisteme adapte olamaması ve henüz ortak kültürün oluşturulamaması gibi nedenler yönetimsel süreçlerin uzaması, bazı gerilim ve çatışmaların yaşanması gibi yönetimsel açıdan dezavantaj oluşturmaktadır. Şehir hastanelerinin bir diğer dezavantajı ise otel mantığı ile fiziki alanlar düzenlendiği için hastaların kullanım alanları ve ticari alanlar ön planda tutulup çalışanlara yönelik fiziki alanlarda bazı eksikliklerin bulunmasıdır.

Şehir hastanelerinin KÖİ ile yapılması, pilot uygulama yapılmadan bir çok hastanenin peş peşe açılması, geçiş sürecinde oryantasyon eğitimlerinin eksikliği, merkezi konumdaki hastanelerin kapatılarak şehir hastanesine taşınması, özel sektörün sağlık sektörü ile tecrübesinin olmamasının getirdiği sıkıntılar ve sözleşmedeki belirsizliklere yönelik eleştiriler bulunmaktadır.

Araştırmanın ikinci amacı kapsamında Türk sağlık sisteminde ilk kez KÖİ ile uygulamaya alınan şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklar, şehir hastanelerindeki çoklu kurumsal mantıkların çatışma nedenleri ve çoklu kurumsal

mantıkların çatıştığı durumlarda aktörlerin geliştirdiği davranışlar belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırma sonucunda KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde "meslek, devlet, şirket ve piyasa" kurumsal mantıklarının bir arada bulunduğu tespit edilmiştir. Şehir hastanelerinde meslek kurumsal mantığı; doğru, hasta odaklı ve özgecil sağlık hizmeti sunumu, mesleki etik ilkelere bağlılık, mesleki gelişimin sağlanması, mesleki tatmin ve mesleki saygınlık gibi mesleğin manevi yönlerinin önemsenmesi olarak uygulamalara yansımaktadır. Şehir hastanelerinde devlet kurumsal mantığı; vatandaşların sağlık hizmetine erişiminin mevzuata ve devlet adabına uygun bir şekilde sağlanmasının önceliklendirilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Şehir hastanelerinde şirket kurumsal mantığı; yatırımın karşılığının alınması amacıyla iş bölümü ve görev tanımlarının net bir şekilde belirlenmesi, sıkı denetim mekanizmalarının kurulması, verimliliğin önceliklendirilmesi, şirket kültürünün oluşturulması ve sözleşmeye mutlak bir şekilde uyumun sağlanması olarak uygulamalara yansımaktadır. Şehir hastanelerinde piyasa kurumsal mantığı; kar amacı ile hastayı müşteri olarak kabul edilmesi, hasta memnuniyeti ve hasta sadakatinin ön planda tutulması ve çalışma koşullarının piyasa şartlarına göre düzenlenmesi olarak uygulamalara yansımaktadır.

Araştırma sonucunda KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinin meslek, devlet, şirket ve piyasa kurumsal mantıklarının bir arada bulunduğu kurumsal olarak çoklu, karmaşık hibrit örgütler olduğu kabul edilmiştir. Çoklu kurumsal mantıkların bulunduğu ortamlarda farklı kurumsal mantıkların taleplerinden kaynaklanan çatışmalar olması muhtemeldir. Şehir hastanelerinde bulunan kurumsal mantıklar, sağlık politikaları, sağlık hizmeti sunumundaki amaç farklılığı, hastaya bakış açısı, bina, demirbaş ve personel yönetiminden kaynaklı çatışmalara neden olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamış olduğu sevk zincirinin kullanılmaması, muayene sürelerinin sınırlandırılması ve performansa dayalı ödeme sistemi ile birlikte günlük bakılan hasta sayılarının yüksek olması devlet ve meslek kurumsal mantıklarının çatışmasına neden olmaktadır. Meslek mantığı etkili bir şekilde kademeli sevk zincirinin uygulanması, muayene sürelerinin her hastaya özgü olması gerektiği ve süre sınırının hastadan hastaya değişeceğini ve günlük bakılan hasta sayısının düşürülmesi gerektiğini savunmaktadır. Sağlık politikalarından kaynaklı mantık çatışmalarında meslek mantığının devlet mantığın reçetelerinin yanlış olduğunu düşünse bile "uyum" gösterdiği

sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bu uyum gönüllü bir uyum değil Gebreiter ve Hidayah (2019) tarafından "zorunlu uyumluluk" olarak tanımlanan duruma denk düşmektedir.

KÖİ ile kurulmuş olan şehir hastanelerinde meslek, devlet, şirket ve piyasa kurumsal mantıklarının sağlık hizmetine bakış açısında çatışmalar bulunmaktadır. Bu durum sağlık hizmeti sunumundaki amaçların ve hastalara bakış açılarındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları hastaların tedavisini, kamu tarafı vatandaşın sağlık hizmetine erişimini, şirket ise yapmış olduğu yatırımın karşılığını almayı, kar elde etmeyi ve hasta memnuniyetini ön plana almaktadır. Ayrıca şehir hastanelerinde kamu, özel ve sağlık çalışanları arasında hastalara yönelik bakış açısında farklılıklar bulunmaktadır. Şehir hastanelerinden sağlık hizmeti alan bireyleri; meslek mantığı "tedavi edilmesi gereken hasta", devlet mantığı "sağlık hizmetine erişimi sağlanması gereken vatandaş", şirket ve piyasa mantığı ise "beklenti ve isteklerinin karşılanarak memnun edilmesi gereken müşteri" olarak kabul etmektedir. Hem sağlık hizmeti sunumundaki amaç farklılığı hem de hastaya bakış açısındaki farklılıklar meslek, devlet, şirket ve piyasa kurumsal mantıklarının çatıştığını göstermektedir. Sağlık hizmeti sunumundaki amaçları ve hastaya bakış açıları açısından şirket ve piyasa mantıklarının uyum gösterdiği görülmüştür. Ancak meslek kurumsal mantığı diğer kurumsal mantıkların yaklaşımlarını "reddetme" davranışı göstermektedir.

Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları sağlık hizmetinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için hastane binasında bazı düzenlemelerin yapılmasını, bazı gerekli demirbaş ve cihazların temin edilmesini talep etmektedir. Bu taleplerle ilgili kamu tarafı sözleşme gereğince bina ve demirbaş sorumluluğunun şirket tarafında olduğunu belirtirken, şirket tarafı ise sözleşmede yazılı olan tüm sorumlulukları yerine getirdiğini ve sözleşme dışı taleplerin karşılanamayacağını ifade etmektedir. Dolayısıyla meslek kurumsal mantığı sağlık hizmetinin sunumu için uygun fiziki ortam ve cihazların sağlanmasını, devlet kurumsal mantığı mevzuata uyumu, şirket kurumsal mantığı maliyet oluşturacak durumlardan kaçınarak sözleşme dışına çıkmamayı önceliklendirmektedir. Bina ve demirbaş yönetimindeki öncelik farklılıkları meslek, devlet ve şirket kurumsal mantıklarında çatışmaya neden olmaktadır. Şehir hastanelerinde hastane binasındaki fiziksel değişiklik taleplerine yönelik kurumsal mantık çatışmalarında aktörlerin "sözleşmeye uyum" ve "müzakere" davranışları gösterdiği tespit edilmiştir. Demirbaş taleplerine yönelik kurumsal mantık çatışmalarında aktörler tarafından "sözleşmeye

uyum", "müzakere", "karşılıklı taviz verme" ve "zamana bırakma" gibi davranışlar gösterilmektedir.

Şehir hastanelerinde görev yapan şirket personelinin görev tanımları yöntem beyanlarında açık ve net olarak yazılmıştır. Özel sektör çalışanları bu görev tanımı dışına kesinlikle çıkmamaktadır. Sağlık profesyonelleri ise sağlık alanın dinamik yapıda olduğu ve acil durumlar başta olmak üzere sağlık hizmeti sunumunda görev tanımlarına sıkı sıkıya bağlı kalmanın sürece zarar verdiğini belirtmektedir. Ayrıca şehir hastanelerinde personel havuz sistemi ve buna bağlı olarak personel rotasyonu uygulaması bulunmaktadır. Şirket çalışanlarının belirli aralıklarla görev yerleri değiştirilmektedir. İhtiyaç halinde sistem üzerinden talep açılarak personel havuzundan ek personel görevlendirilmektedir. Hem rotasyon uygulaması hem de havuz sistemi nedeniyle birimlerde çalışan şirket personeli sürekli değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde her birimin kendine özgü işleyişi, dinamikleri ve belirli kuralları bulunmaktadır. Bu nedenle personel havuz sistemi ve rotasyon uygulaması acil servis, ameliyathane, yoğun bakım gibi farklı dinamikleri olan birimlerde aksamalara neden olmaktadır. Şehir hastanelerinde iş bölümünün ve görev tanımların net olması ve personel havuz sistemi ile birlikte uygulanan rotasyon meslek kurumsal mantığı ile şirket kurumsal mantıklarında çatışmaya neden olmaktadır.

Şehir hastanelerinde görev tanımlarında karşılıklı taviz verilerek problemler çözülme çalışılmaktadır. Ancak görev tanımlarındaki karşılıklı tavizler sistemsel ya da yazılı olarak değil uygulama düzeyinde olduğu görülmektedir. Acil ve zorunlu haller dışında yöntem beyanına mutlak uyum sağlama çabası devam etmektedir. Personel havuz sisteminin ve personel rotasyonu uygulamasında ise genel olarak uygulanmaya devam etmekle birlikte yapılan müzakereler sonucunda özellikli birimlerde uygun olmadığı görülmüş olup kısmi personel sabitlemeleri yapılmıştır.

Sağlık alanı; çoklu, karmaşık ve hibrit kurumsal alanlar olarak tanımlanmaktadır. Alan düzeyinde incelenen kurumsal mantıklar bu araştırmada örgüt düzeyinde incelenmiştir. KÖİ ile kurulan şehir hastaneleri meslek, devlet, şirket ve piyasa mantıklarının yansımaları bulunan çoklu kurumsal mantıkların bir arada bulunduğu karmaşık ve hibrit örgütler olduğu ortaya konmuştur. Araştırmanın bu sonucu sağlık hizmetlerinde birbiriyle yarışan mantıkların bir arada var olmasının mümkün olduğunu savunan daha önceki araştırmaları (Reay ve Hinings, 2009; Arman vd., 2014; Ten Dam ve Waardenburg, 2020) doğrulamaktadır.

Oliver (1991) tarafından örgütlerin rakip kurumsal baskıları nasıl yönettiklerine dair geliştirilen "stratejik tepkiler tipolojisi" Pache ve Santos (2010, 2013) tarafından bireysel düzeyde incelenmesini önermiştir. Bu bağlamda araştırmada alan düzeyindeki kurumsal mantıklara örgütsel tepkilere odaklanan araştırmalardan (Oliver, 1991; Reay ve Hinings, 2009) farklı olarak mikro düzeyde bireysel profesyonellerin çelişkili kurumsal mantıkları nasıl deneyimledikleri ve bunları nasıl yönettikleri üzerine odaklanılmıştır. Bu araştırmada çoklu kurumsal mantıkların bir arada bulunduğu KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde rekabet eden ve çatışan kurumsal mantıklara mikro düzeyde çalışanlar tarafından verilen yanıtlar incelenmiştir.

Araştırmada mikro düzeyde bireylerin çatışan çoklu kurumsal mantık taleplerine nasıl yanıt verdikleri ve yönettiklerine dair Pache ve Santos (2010, 2013) ile Gebreiter ve Hidayah, (2019) tarafından önerilen tipolojiden yararlanılmıştır. Bireylerin kurumsal mantık baskılarına verdikleri yanıtlar Pache ve Santos (2013) tarafından önerilen tipolojinin "uyum, reddetme, müzakere" kategorilerine girdiği görülmektedir. Aynı zamanda Gebreiter ve Hidayah, (2019) tarafından önerilen daha detaylı tipolojiye göre uyumun "zorunlu uyum" olduğu, reddetmenin ise "kategorik reddetme" kategorisine girdiği tespit edilmiştir. Bunula birlikte araştırmada Pache ve Santos (2013) ile Gebreiter ve Hidayah, (2019) tarafından önerilen tipolojiye ek olarak "sözleşmeye uyum, karşılıklı taviz verme ve zamana bırakma" kategorilerinin de eklenebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç alan düzeyindeki kurumsal mantıkların mikro düzeyde bireyler tarafından verilen "stratejik tepkiler tipolojisinin" geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

Araştırma sonuçları bir yandan çoklu kurumsal alanların bulunduğu ortamlarda, aktörlerin mantığı nasıl eyleme dönüştürdüğüne dair araştırma eksikliğinin (McPherson ve Sauder, 2013: 166) diğer yandan ise çoklu kurumsal mantığın mikro düzeyde uygulamayı etkileyebileceğine yönelik araştırma eksikliğinin (Gadolin, 2018: 127) giderilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca araştırma Ten Dam ve Waardenburg (2020) tarafından yapılan aktörlerin günlük faaliyetlerinde farklı kurumsal mantıkları nasıl kullandıklarının daha iyi anlaşılması ve kurumsal çoğulculuk bağlamında mikro süreçlere daha güçlü odaklanan araştırmaların yapılması çağrısına cevap vermektedir. Son olarak kurumsal mantıklar, alan veya toplumsal düzeylerde var olurken bireysel düzeyde deneyimlendiği ve kurumsal mantıkların toplumdan alana ve bireye doğru aktığı (Mountford ve Cai, 2022: 363-365) önermesini desteklemektedir.

KÖİ ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde KÖİ'lerin makro düzeyde neden gereksinim duyulduğu, avantajları, dezavantajları ve yapılan eleştiriler üzerine odaklandığı görülmektedir. Sağlık alanındaki KÖİ'ler üzerine yapılan bu araştırmanın bulguları makro düzeyde yapılan KÖİ araştırmalarının bulgularını desteklemektedir. Sağlık alanında yapılan KÖİ'lerin hem hizmet sağlayıcıları olan sağlık profesyonelleri hem de hizmet alıcıları olan hastaları olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. Dolayısıyla KÖİ'lerde paydaşların görüşleri alınmalı ve paydaşlara olan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.

KÖİ ile kurulan şehir hastanelerinde meslek, devlet, şirket ve piyasa mantıkları bir arada bulunmaktadır. Kurumsal mantık perspektifi, yöneticilerin işi organize etmenin yeni yollarına karşı direnci anlamalarını ve uygulanmadaki zorlukları öngörmeye ve önlem almaya çalışırken fayda sağlamaktadır (Øygarden vd., 2018: 133). Lepori ve Montauti (2020), çatışan kurumsal mantıkların yönetilmesinde farklı mantıkların farkında olan, farklı mantıklardan gelen talepleri dengeleyebilen yöneticiler ve müzakere yönteminin başarılı olduğunu ileri sürmektedir. Bu bağlamda politika geliştiriciler, yöneticiler, tedarikçiler ve çalışanlar farklı kurumsal mantıkların bulunduğunu ve bu mantıkların farklı önermelerinin olduğunun farkında olması gerekmektedir. Kurumsal karmaşıklıkla karşı karşıya kalan örgütlerin ve yöneticilerin, tek bir mantıkla karakterize edilen ortamlardan daha karmaşık ve katılımcı karar alma süreçleri tasarlamaları önerilmektedir.

KÖİ kapsamında kurulan şehir hastanelerine yönelik algıların daha geniş açıdan incelenmesi için meclis tutanakları, Sağlık Bakanlığı'nın üst düzey çalışanları dahil KÖİ ile ilgili çalışanların, şehir hastanesindeki kamu ve özel sektör çalışanlarının, yazılı ve görsel basındaki haberlerin, hasta ve hasta yakınlarının, akademisyenlerin, kamu, özel ve STK'ların hazırlamış olduğu raporların incelenerek bütüncül bir şekilde değerlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırma KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Şehir hastaneleri henüz başlangıç aşamasındadır. Dolayısıyla KÖİ projesi kapanışa ulaşmış şehir hastanesi bulunmamaktadır. Araştırma sonuçları başlangıç aşamasında olan şehir hastanelerinde gerçekleştirildiği için ilerleyen süreçte kurumsal mantıkların mikro düzeyde değerlendirildiği araştırmalar yapılması gerekmektedir. Ayrıca 2019 yılından itibaren şehir hastaneleri genel bütçe kapsamında yapılacağı açıklanmıştır. Dolayısıyla aktörlerin günlük işlerinde bu tür mantıkları nasıl ele aldıklarını incelemek için genel

bütçe kapsamında yapılan şehir hastanelerinde, kamu, özel ve üniversite hastanelerinde de benzer çalışmaların yapılması literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

1961 Anayasası. (1961). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (Kanun No: 333; Kabul Tarihi: 09.07.1961).* https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/ (Erişim Tarihi: 10.05.2023).

1982 Anayasası. (1982). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (Kanun No: 2709; Kabul Tarihi: 18.10.1982).* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf (Erişim Tarihi: 10.05.2023).

Abadi, H. A., Ayentimi, D. T. & Coetzer, A. (2020). The Meaning and Essential Nature of a Profession: A Multi-Perspective Approach. *Labour & Industry: A Journal of the Social and Economic Relations of Work, 30*(1), 1-11.

Acar, M. (2010). Serbest Ticaret, Ekonomik Özgürlükler ve Refah. *Bilig 53*, 1-28.

Ahmadsimab, A. & Chowdhury, I. (2021). Managing Tensions and Divergent Institutional Logics in Firm–NPO Partnerships. *Journal of Business Ethics, 168*(3), 651-670. https://doi.org/10.1007/s10551-019-04265-x.

Akar, H. (2017). Durum Çalışması. İçinde; *Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri Genişletilmiş*. (2. Baskı). (Ed: A. Saban ve A. Ersoy), ss. 139-176. Ankara: Anı Yayıncılık.

Akfen İnşaat. (2023). *Sağlık Yatırımları*. https://www.akfeninsaat.com.tr/Saglik-Yatirimlari (Erişim Tarihi: 11.07.2023).

Aktan, C. C. (2013). Kurumsal Şirket Yönetimi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 5*(1), 150-191.

Alipoor, H., Ahmadi, K., Pouya, S., Ahmadi, K. & Mowlaie, S. (2017). The Effect of Organizational Structure on Employees' Job Performance in Private Hospitals of Ahvaz. *Journal of Ecophysiology and Occupational Health, 17*(3&4), 119-123. https://doi.org/10.18311/jeoh/2017/19831.

Almqvist, R. & Högberg, O. (2005). Public–Private Partnerships in Social Services: The Example of the City of Stockholm. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 231-256. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience,* Northampton: Edward Elgar.

Armada, M. J., Pereira, P. J. & Rodrigues, A. (2012). Optimal Subsidies and Guarantees in Public–Private Partnerships. *The European Journal of Finance, 18*(5), 469-495. https://doi.org/10.1080/1351847X.2011.639789.

Armağan Kaygusuz, H. E. (2022). Türkiye'de Kamu Sağlık Sisteminde Sözleşmeli Yöneticilik Uygulaması. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment, 6*(1), 46-59.

Arman, R., Liff, R. & Wikström, E. (2014). The Hierarchization of Competing Logics in Psychiatric Care in Sweden. *Scandinavian Journal of Management, 30*(3), 282-291. https://doi.org/10.1016/j.scaman.2014.01.001.

Asenova, D. & Beck, M. (2009). Obstacles to Accountability in PFI Projects. In A. Akintoye, M. Beck, (Eds.), pp. 47-63. *Policy, Finance & Management Public-Private Partnerships,* Oxford: Wiley-Blackwell.

Aubé, C., Rousseau, V. & Tremblay, S. (2011). Team Size and Quality of Group Experience: The More the Merrier? *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 15*(4), 357-375. https://doi.org/10.1037/a0025400.

Babatunde, S. O., Opawole, A. & Akinsiku, O. E. (2012). Critical Success Factors in Public-Private Partnership (PPP) on Infrastructure Delivery in Nigeria. *Journal of Facilities Management, 10*(3), 212-225. https://doi.org/10.1108/14725961211246018.

Ballice, G., Çetin, Ç. ve Ultav, Z. T. (2017). Sağlık Personelinin Sağlık Yapılarındaki Çalışma ve Dinlenme Mekânlarının Kalitesine Bağlı Mekân Algısı ve Memnuniyeti. *İMAS-İç Mimarlık Araştırmaları Sempozyumu.* Ankara.

Barlow, J., Roehrich, J. & Wright, S. (2013). Europe Sees Mixed Results from Public-Private Partnerships for Building and Manging Health Care Facilities and Services. *Health Affairs 32*(1), 146-154. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223.

Battilana, J. & Dorado, S. (2010). Building Sustainable Hybrid Organizations: The Case of Commercial Microfinance Organizations. *Academy of Management Journal, 53*(6), 1419-1440. https://doi/10.5465/AMJ.2010.57318391

Beckford, J. A. & Richardson, J. T. (2007). Religion and Regulation. In J. A. Beckford, N. J. Demerath, (Eds.), pp. 396-418. *The SAGE Handbook od the Sociology of Religion,* Los Angeles: SAGE Publications.

Benaquisto, L. (2008). Codes and Coding. In L. M. Given, (Ed), pp. 85-88. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, London: SAGE Publications.

Benjamin, J. & Jones, T. (2017). *Birleşik Krallığın Kamu Özel Ortaklığı Felaketi: Özel Finansmandan Dünyanın Geri Kalanı için Dersler.* https://www.ttb.org.tr/images/stories/haberler/file/koo_felaketi_son.pdf (Erişim Tarihi: 21.01.2023).

Bennett, E., James, S. & Grohmann, P. (2000). *Joint Venture Public Partnerships for Urban Environmental Services Report on UNDP/PPPUE's Project Development Facility (1995–1999).* New York: UNDP & Yale University.

Berger, P. L. & Luckman, T. (1991). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge.* London: Penguin Books.

Berry, L. L., Letchuman, S., Ramani, N. & Barach, P. (2021). The High Stakes of Outsourcing in Health Care. *Mayo Clinic Proceedings, 99*(11), 2879-2890. https://doi/10.1016/j.mayocp.2021.07.003.

Beuving, J. & Vries, G. (2014). *Doing Qualitative Research: The Craft of Naturalistic Inquiry.* Amsterdam: Amsterdam University Press.

Beyer, P. (2003). Social Forms of Religion and Religions in Contemporary Global Society. In D. Michelle, (Ed.), pp. 45-60. *Handbook of the Sociology of Religion*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bingöl, D. (2013). *İnsan Kaynakları Yönetimi.* (8. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.

Bishop, S. & Waring, J. (2016). Becoming Hybrid: The Negotiated Order on the Front Line of Public–Private Partnerships. *Human Relations, 69*(10), 1937-1958. https://doi/10.1177/0018726716630389.

Boardman, A. E., Poschmann, F. & Vining, A. R. (2005). North American Infrastructure P3s: Examples and Lessons Learned. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 162-189. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience*. Cheltenham: Edward Elgar.

Boyacı, İ. (2021). Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü (2003-13): Sağlık Hizmet Bölgeleri Planlaması ve Şehir Hastaneleri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20*(40), 358-376. https://doi/10.46928/iticusbe.769087.

Boyatzis, R. E. (1988). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code development.* London: SAGE Publications, Inc.

Boynton, A. C. & Zmud, R. W. (1984). An Assessment of Critical Success Factors. *Sloan Management Review, 25*(4), 17-27.

Bozeman, B. & Sarewitz, D. (2005). Public Values and Public Failure in US Science. *Science and Public Policy, 32*(2), 119-136. https://doi/10.3152/147154305781779588.

Brandão, L. E., Bastian-Pinto, C., Gomes, L. L. & Labes, M. (2012). Government Supports in Public–Private Partnership Contracts: Metro Line 4 of the São Paulo

Subway System. *Journal of Infrastructure Systems, 18*(3), 218-225. https://doi/10.1061/(ASCE)IS.1943-555X.0000095.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi/10.1191/1478088706qp063oa.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods 4th Edition.* Oxford: Oxford University Press.

Buchmueller, T. C., Jacobson, M. & Wold , C. (2006). How Far to the Hospital? The Effect of Hospital Closures on Access to Care. *Journal of Health Economics, 25*(4), 740-761. https://doi/10.1016/j.jhealeco.2005.10.006.

Buhl, H. U. & Meier, M. C. (2011). The Responsibility of Business and Information Systems Engineering in Large-Scale IT Projects. *Business & Information Systems Engineering, 3*, 61-64. https://doi/10.1007/s11576-011-0261-7.

Campos-Andrade, C., Hernandez-Fernaud, E. & Lima, M. L. (2013). A Better Physical Environment in the Workplace Means Higher Well-being? A Study with Healthcare Professionals. *Psyecology, 4*(1), 89-110. https://doi/10.1174/217119713805088324.

Carbonara, N. & Pellegrino, R. (2018). Revenue Guarantee in Public–Private Partnerships: A Win–Win Model. *Construction Management and Economics, 36*(10), 584-598. https://doi/10.1080/01446193.2018.1467028.

CCN Group. (2023). *Sektörler.* CCN Sağlık: https://www.ccnsaglik.com/ (Erişim Tarihi: 11.07.2023).

Cerny, P. G., Menz, G. & Soederberg, S. (2005). Different Roads to Globalization: Neoliberalism, the Competition State, and Politics in a More Open World. In S. Soederberg, G. Menz, P. G. Cerny, (Eds.), pp. 1-30. *Internalizing Globalization: The Rise of Neoliberalism and the Decline of National Varieties of Capitalism,* New York: Palgrave Macmillian.

Chan, A. P. C., Yeung, J. F. Y., Yu, C. C. P., Wang, S. Q. & Ke, Y. (2011). Empirical Study of Risk Assessment and Allocation of Public-Private Partnership Projects in China. *Journal of Management in Engineering, 27*(July), 136-148. https://doi/ 10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000049.

Chenail, R. (2008). Categorization. In L. M. Given, (Ed.), pp. 72-73. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods,* London: SAGE Publications.

Cheung, E., Chan, A. P. & Kajewski, S. (2012). Factors contributing to successful public private partnership projects: Comparing Hong Kong with Australia and the United Kingdom. *Journal of Facilities Management, 10*(1), 45-58. https://doi.org/10.1108/14725961211200397.

Chinyio, E. & Gameson, R. (2009). Private Finance Initiative in Use. In A. Akintoye, M. Beck, (Eds.), pp. 3-23. *Policy, Finance & Management for Public-Private Partnerships,* Oxford: Wiley-Blackwell.

Chou, J. S. & Pramudawardhani, D. (2015). Cross-Country Comparisons of Key Drivers, Critical Success Factors and Risk Allocation for Public-Private Partnership Projects. *International Journal of Project Management, 33*(5), 1136-1150. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.12.003.

Chowdhury, A. N., Chen, P. H. & Tiong, R. L. K. (2011). Analysing the Structure of Public–Private Partnership Projects Using Network Theory. *Construction Management and Economics, 29*(3), 247-260. https://doi.org/10.1080/01446193.2010.537354.

Chreim, S., Wİlliams, B. E. & Hinings, C. R. (2007). Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity. *The Academy of Management Journal 50(*6), 1515-1539. https://doi.org/10.5465/AMJ.2007.28226248.

Coghill, K. & Woodward, D. (2005). Political Issues of Public-Private Partnerships. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 81-94. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience*, Cheltenham: Edward Elgar.

Cohen, M. & Lee, H. (1985). The Determinants of Spatial Distribution of Hospital Utilization in a Region. *Medical Care 23(1)*, 27-38. https://doi.org/10.1097/00005650-198501000-00004.

Commission of the European Communities. (2004). *Green Paper on Public Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions.* Brussels: Publications Office of the EU.

Creswell, J. W. (2016). *Research Desing: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4. Baskı). (Çev: Selçuk Beşir Demir). Ankara: Eğiten Kitap.

Çakar, M. ve Danışman, A. (2017). Kurumsal Kuram. İçinde; H. C. Özen ve H. N. Basım), ss. 257-285. *Örgüt Kuramları* (4. Baskı). İstanbul: Beta.

Çetin, Ç., Ballice, G. ve Ultav, Z. T. (2019). Satisfaction of Healthcare Staff with the Quality of Working and Resting Areas: Healthcare Interiors in the City of İzmir, Turkey. *Gazi University Journal of Science Part B: Art Humanities Design and Planning, 7*(3), 365-385.

Çınar, N. F., Türkoğlu, Ç. ve Tütünsatar, A. (2017). Kamu-Özel Ortaklığı/İşbriliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4*(29), 215-232.

Darlington, Y. & Scott, D. (2002). *Qualitative Research in Practice Stories from the Field.* Crows Nest: Allen & Unwin.

Davidson-Shivers, G. V. & Barrington, M. E. (2004). *Revisiting the Professional Status of Instructional Design and Technology and the Specializations Within.* Chicago: Association for Educational Communications and Technology.

De Bettignies, J. E. & Ross, T. W. (2009). Public–Private Partnerships and the Privatization of Financing: An Incomplete Contracts Approach. *International Journal of Industrial Organization, 27*(3), 358-368. https://doi.org/10.1016/j.ijindorg.2008.10.004.

Delmon, J. (2011). *Public-Private Partnership Projects in Infrastructure: An Essential Guide for Policy Makers.* Cambridge: Cambridge University Press.

Demirağ, İ., Khadaroo, I., Stapleton, P. & Stevenson, C. (2012). The Diffusion of Risks in Public Private Partnership Contracts. *Accounting, Auditing & Accountability Journal, 25*(8), 1317-1339. https://doi.org/10.1108/09513571211275498.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, (Eds.), pp. 1-32. *The SAGE Handbook of Qualitative Research Third Edition*, London: SAGE Publications.

Dillon, M. (2003). The Sociology of Religion in Late Modernity. In M. Dillon, (Ed.), pp. 3-15. *Handbook of the Sociology of Religion*, Cambridge: Cambridge University Press.

DiMaggio, P. (1997). Culture and Cognition. *Annual Review of Sociology 23*(1), 263-287. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.23.1.263.

DiMaggio, P. J. & Powel, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review, 48*(2), 147-160. https://doi.org/10.2307/2095101.

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1991). Introduction. In W. W. Powell, P. J. DiMaggio, (Eds.), pp. 1-38. *The New Institutionalism in Organizational Analysis 1st Edition*, Chicago: The University of Chicago Press.

Dinç, P. (2009). Gender (in) Difference in Private Offices: A Holistic Approach for Assessing Satisfaction and Personalization. *Journal of Environmental Psychology, 29*(1), 53-62. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2008.10.006.

Doherty, B., Haugh, H. & Lyon, F. (2014). Social Enterprises as Hybrid Organizations: A Review and Research Agenda. *International Journal of Management Reviews, 16*(4), 417-436. https://doi.org/10.1111/ijmr.12028.

DPT. (1984). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989.* Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf (Erişim Tarihi: 04.02.2023).

DPT. (1989). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı.* Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci_Bes_Yillik_ Kalkinma _ Plani-1990-1994.pdf (Erişim Tarihi: 04.02.2023).

DPT. (1995). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000.* Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Yedinci_ Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1996-2000.pdf (Erişim Tarihi: 04.02.2023).

DPT. (2000). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005.* Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma _Plani-2001-2005.pdf (Erişim Tarihi: 04.02.2023).

Dranove, D., White, W. & Wu, L. (1993). Segmentation in Local Hospital Markets. *Medical Care, 31*(1), 52-64. https://doi.org/10.1097/00005650-199301000-00004.

Dunn, M. B. & Jones, C. (2010). Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967–2005. *Administrative Science Quarterly, 55*(1), 114-149. https://doi.org/10.2189/asqu.2010.55.1.114.

Durkheim, E. (2005). *Dini Hayatın İlkel Biçimleri* (Çev: Fuat Aydın). İstanbul: Ataç Yayınları.

Dwivedi, O. P. & Gow, J. L. (1999). *From Bureaucracy to Public Management: The Administrative Culture of the Government of Canada.* Toronto: Broadview Press.

Eckardt, R., Skaggs, B. C. & Youndt, M. (2014). Turnover and Knowledge Loss: An Examination of the Differential Impact of Production Manager and Worker Turnover in Service and Manufacturing Firms. *Journal of Management Studies, 51*(7), https://doi.org/1025-1057. doi:10.1111/joms.12096.

Elliott, J. (2005). *Using Narrative in Social Research.* London: SAGE Publications.

Engel, N. & van Lente, H. (2014). Organisational Innovation and Control Practices: The Case of Public–Private Mix in Tuberculosis Control in India. *Sociology of Health & Illness, 36*(6), 917-931. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12125.

English, L. M. (2005). Using Public–Private Partnerships to Deliver Social Infrastructure: the Australian Experience. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 290-304. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience,* Cheltenham: Edward Elgar.

EPEC. (2023). *European PPP Expertise Centre*. Welcome to EPEC: https://www.eib.org/epec/ (Erişim Tarihi: 24.07.2023).

European Commission. (2003). *Guidelines for SUccessful Public-Private Partnerships.* Bruxelles.

Fahrettin KOCA. (2019). *Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın, 2020 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanun Teklifi (1/278) ile 2018 Yılı Merkezi Yönetim Kesin Hesap Kanunu Teklifi (1/277) Hakkında Sunumu (12 Kasım 2019).* Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanak Dergisi. https://www.sbb.gov.tr/wp-

content/uploads/2020/02/12-Kasim-2019_PBK_Gorusmeler.pdf (Erişim Tarihi: 07.08.2023).
Firmin, M. W. (2008). Themes. In L. M. Given, (Ed.), pp. 868-869. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods,* London: SAGE Publications.
Fitzgerald, P. (2004). *Review of Partnership Victoria Provided Infrastructure Final Report to the Treasurer*. Melbourne: Growth Solutions Group.
Friedland, R. & Alport, R. R. (1991). Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In P. J. DiMaggio, W. W. Powell, (Eds.), pp. 232-267. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.
Gadolin, C. (2018). Professional Employees' Strategic Employment of the Managerial Logic in Healthcare. *Qualitative Research in Organizations and Management, 13*(2), 126-143. https://doi.org/10.1108/QROM-02-2016-1359.
Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D. & Shaoul, J. (1999). PFI in the NHS – is there an Economic Case? *British Medical Journal, 319*(7202), 116–119. https://doi.org/10.1136/bmj.319.7202.116.
Galbraith, J. (1973). *Designing Complex Organizations*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
Galvin, T. L. (2002). Examining Institutional Change: Evidence from the Founding Dynamics of U.S. Health Care Interest Associations. *The Academy of Management Journal, 45*(4), 673-696. https://doi.org/10.5465/3069304.
GAMA Holding. (2023). *Sektörler*. https://holding.gama.com.tr/tr/sektorler/saglik-yatirimlari/ (Erişim Tarihi: 11.07.2023).
Gebreiter, F. & Hidayah, N. N. (2019). Individual Responses to Competing Accountability Pressures in Hybrid Organisations: The Case of an English Business School. *Accounting, Auditing & Accountability Journal, 32*(3), 727-749. https://doi.org/10.1108/AAAJ-08-2017-3098.
Gibeau, E., Langley, A., Denis, J. L. & Van Schendel, N. (2020). Bridging Competing Demands through Co-Leadership? Potential and Limitations. *Human relations, 73*(4), 464-489. https://doi.org/10.1177/00187267198881.
Gillham, B. (2000). *Case Study Research Methods*. London: Continuum.
Glesne, C. (2014). *Nitel Araştırmaya Giriş* (4. Baskı). (Çev. Ed.: Ali Ersoy ve Pelin Yalçınoğlu). Ankara: Anı Yayıncılık.
Glynn, M. A. & Lounsbury, M. (2005). From the Critics' Corner: Logic Blending, Discursive Change and Authenticity in a Cultural Production System. *Journal of Management Studies, 42*(5), 1031-1055. https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2005.00531.x.
Golann, J. W. & Jones, A. (2021). How Principals Balance Control and Care in Urban School Discipline. *Urban Education*, 1-32. https://doi.org/10.1177/00420859211046824.
Goodrick, E. & Reay, T. (2011). Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists. *Work and Occupations, 38*(3), 372-416. https://doi.org/10.1177/0730888411406824.
Googins, B. K. & Rochlin, S. A. (2000). Creating the Partnership Society: Understanding the Rhetoric and Reality of Cross-Sectoral Partnerships. *Business and Society Review 105*(1), 127-144. https://doi.org/10.1111/0045-3609.00068.
Gould, L. J., Ebers, R. & Clinchy, R. M. (1999). The Systems Psychodynamics of a Joint Venture: Anxiety Social Defenses, and the Management of Mutual Dependence. *Human Relations, 52*(6), 697-722. https://doi.org/10.1177/001872679905200602.

Gökçe, B. (1976). Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İnceleme. *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 8*(1-2), 46-67.

Gökkaya, D. (2020). *Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2021). Türkiye'de Kamu Özel ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirrilmesi: Nitel Bir Araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 31*, 73-96. https://doi.org/10.18092/ulikidince.771797.

Gökkaya, D., İzgüden, D. ve Erdem , R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. *Vizyoner Dergisi, 9*(20), 136-148. https://doi.org/10.21076/vizyoner.363783.

Gray, B. (1985). Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration. *Human Relations 38*(10), 911-936. https://doi.org/10.1177/0018726785038010.

Greenwood, R., Raynard, M., Kodeh, F., Micelotta, E. R. & Lounsbury, M. (2011). Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Academy of Management Annals 5*(1), 317-371. https://doi.org/10.1080/19416520.2011.590299.

Grimsey, D. & Lewis, M. K. (2002). Evaluating the Risks of Public Private Partnerships for Infrastructure Projects. *International Journal of Project Management, 20*(2), 107-118. https://doi.org/10.1016/S0263-7863(00)00040-5.

Guba, E. G. (1981). Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology 29*(2), 75-91. https://doi.org/10.1007/BF02766777.

Güler, A., Halıcıoğlu, M. B. ve Taşğın, S. (2015). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma, Genişletilmiş ve Gözden Geçirilmiş* (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Gyamfi, T. A., Aigbavboa, C. O. & Thwala, W. D. (2022). Risk Resources Management Influence on Public–Private Partnership Risk Management in Construction Industry. Confirmatory Factor Analysis Approach. *Journal of Engineering, Design and Technology*, ahead-of-print. https://doi.org/10.1108/JEDT-12-2021-0699.

Hannan, M. T. & Freeman, J. (1977). The Population Ecology of Organizations. *American Journal of Sociology, 82*(5), 929-964. https://doi.org/10.1086/226424.

Hansen, S. & Baroody, A. J. (2019). Electronic Health Records and the Logics of Care: Complementarity and Conflict in the U.S. Healthcare System. *Information Systems Research, 31*(1), 57-75. https://doi.org/10.1287/isre.2019.0875.

Hardy, C., Lawrence, T. B. & Philips, N. (2006). Swimming with Sharks: Creating Strategic Change through Multi-sector Collaboration. *International Journal Strategic Change Management 1*(1/2), 96-112. https://doi.org/10.1504/IJSCM.2006.011105.

Hardy, C., Philips, N. & Lawrence, T. B. (2003). Resources, Knowledge and Influence: The Organizational Effects of Interorganizational Collaboration. *Journal of Management Studies 40*(2), 321-345. https://doi.org/10.1111/1467-6486.00342.

Harrison, A. (1984). Auditing the Public Sector. *Chartered Institute of Public Finance and Accountancy. Public Money 4*(1), 31-35. https://doi.org/10.1080/09540968409387265.

Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism.* Oxford: Oxford University Press.

Haydaroğlu, C. ve Tatlısu, S. (2016). Turgut Özal Dönemi Yeni Sağ Devlet ve Ekonomik Liberalizm: Devlet ve Piyasa İlişkisinin Politik Ekonomisi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1*, 27-41.

Hodge, G. (2005). Public–Private Partnerships: the Australasian Experience with Physical Infrastructure. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 305-331. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience,* Cheltenham: Edward Elgar.

Hoffman, J. (2007). *A Glossary of Political Theory*. Edinburgh: Edinburgh University Press Ltd.

Hollander, M. J. & Campbell, A. (1990). Conceptual Models of the Professions and Their Implications for the Professionalization of Health Administration. *Healthcare Management Forum, 3*(4), 21-27. https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)61281-1.

Hughes, E. C. (1956). Social Role and the Division of Labor. *The Midwest Sociologist, 18*(2), 3-7.

Hwang, B.-G., Zhao, X. & Gay, M. J. (2013). Public Private Partnership Projects in Singapore: Factors, Critical Risks and Preferred Risk Allocation from the Perspective of Contractors. *International Journal of Project Management, 31*(3), 424-433. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2012.08.003.

Indridason, T. & Wang, C. L. (2008). Commitment or Contract: What Drives Performance in Public Private Partnerships? *Business Strategy Series, 9*(2), 78-90. https://doi.org/10.1108/17515630810857049.

International Monetary Fund. (2004, March 12). *Public-Private Partnerships.* https://www.imf.org/external/np/fad/2004/pifp/eng/031204.pdf (Erişim Tarihi: 19.12.2020).

Jepperson, R. L. (1991). Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism. In P. J. DiMaggio, W. W. Powell, (Eds.), pp. 143-163. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.

Jin, H., Liu, S., Li, J. & Liu, C. (2023). Determination of Government Guarantee and Revenue Cap in Public–Private Partnership Contracts. *Engineering, Construction and Architectural Management, 30*(2), 393-414. https://doi.org/10.1108/ECAM-06-2019-0311.

Jost, G., Dawson, M. & Shaw, D. (2005). Private Sector Consortia Working for a Public Sector Client – Factors that Build Successful Relationships:: Lessons from the UK. *European Management Journal, 22*(3), 336-350. https://doi.org/10.1016/j.emj.2005.04.012.

Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018.* Ankara. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf (Erişim Tarihi: 04.02.2023).

Kanada Kamu Emekçileri Sendikası. (2017). *Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri Yanlış Yön* (Çev: Metin Çulhaoğlu). Ankara: Türk Tabipler Birliği. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kanada_hastaneler.pdf (Erişim Tarihi: 04.02.2023).

Kapucu, N. (2005). Interorganizational Coordination in Dynamic Context: Networks in Emergency Response Management. *Connections 26*(2), 33-48.

Kara, F. (2021). Şehir Hastaneleri Özelinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin İncelenmesi. *Journal of Health Sciences and Management, 1*(2), 82-88.

Klijn, E. H. & Teisman, G. R. (2000). Governing Public-Private Partnerships: Analysing and Managing the Processes and Institutional Characteristics of Public-Private Partnerships. In S. P. Osborne, (Ed), pp. 84-102. *Public-Private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective*, London: Routledge.

Klijn, E. H. & Teisman, G. R. (2003). Institutional and Strategic Barriers to Public—Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases. *Public Money and Management, 23*(3), 137-146.

Klijn, E. H. & Teisman, G. R. (2005). Public–Private Partnerships as the Management of Co-production: Strategic and Institutional Obstacles in a Difficult Marriage. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 95-116. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience*, Cheltenham: Edward Elgar.

Klijn, E. H., Edelenbos, J. & Hughes, M. (2007). Public–Private Partnership: A Two-Headed Reform. A Comparison of PPP in England and the Netherlands. In C. Pollitt, S. V. Thiel, V. Homburg, (Eds.), pp. 71-89. *New Public Management in Europe: Adaptation and Alternatives,* New York: Palgrave Macmillian.

Kotz, D. M. (2002). Globalization and Neoliberalism. *Rethinking Marxism, 14*(2), 64-79.

Kraatz, M. S. & Block, E. S. (2008). Organizational Implications of Institutional Pluralism. In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby, K. Sahlin, (Eds.), pp. 243-275. *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism,* Los Angeles: Sage Publications.

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodolody* (Second Edition). London: SAGE Publications.

Kroezen, J. J. & Heugens, P. P. (2019). What is Dead May Never Die: Institutional Regeneration through Logic Reemergence in Dutch Beer Brewing. *Administrative Science Quarterly, 64*(4), 976-1019. https://doi.org/10.1177/0001839218817520.

Küçüksözen, C. ve Küçükkocaoğlu, G. (2005). Kurumsal Şirket Yönetimi'nde Finansal Tabloların Rolü. *Muhasebe ve Denetime Bakış 16*, 1-25.

Lane, J. E. (2000). *New Public Management.* London: Routledge.

Lane, J. E. (2009). *State Management: An Enquiry into Models of Public Administration and Management.* London: Routledge.

Lankford, W. M. & Parsa, F. (1999). Outsourcing: A Primer. *Management Decision, 37*(4), 310-316. https://doi.org/10.1108/00251749910269357.

Lawrence, T. B. & Shadnam, M. (2008). Institutional Theory. In W. Donsbach, (Ed.), pp. 2288-2293. *The International Encyclopedia of Communication*. Oxford: Blackwell Publishing .

Lawrence, T. B., Hardy, C. & Philips, N. (2002). Institutional Effects of Interorganizational Collaboration: The Emergence of Proto-Institutions. *Academy of Management Journal 45*(1), 281-290. https://doi.org/10.2307/3069297.

Lawrence, T. B., Philips, N. & Hardy, C. (1999). Watching Whale Watching: Exploring the Discursive Foundations of Collaborative Relationships. *Journal of Applied Behavioral Science 35*(4), 479-502. https://doi.org/10.1177/002188639935400.

Le Ber, M. J. & Branzei, O. (2010). (Re)forming Strategic Cross-sector Partnerships: Relational Processes of Social Innovation. *Business & Society 49*(1), 140-172. https://doi.org/10.1177/000765030934545.

Lepori, B. & Montauti, M. (2020). Bringing the Organization Back in: Flexing Structural Responses to Competing Logics in Budgeting. *Accounting, Organizations and Society, 80*, 101705. https://doi.org/10.1016/j.aos.2019.101075.

Lerner, K. L., Lerner, B. W. & Lerner, A. W. (2006). *Family in Society: Essential Primary Sources (Social Issues Primary Sources Collection).* New York: Thomson Gale.

Lethbridge, J. (2015). *Circle and Hinchingbrooke Hospital.* European Federation of Public Service Unions (EPSU), Public Services International Research Unit (PSIRU), Business Faculty, University of Greenwich, UK. http://www.psiru.org/sites/default/files/2015-01-H-Circlebriefing.pdf (Erişim Tarihi: 02.05.2023).

Li, B., Akintoye, A., Edwards, P. J. & Hardcastle, C. (2005). Critical Success Factors for PPP/PFI Projects in the UK Construction Industry. *Construction Management and Economics, 23*(5), 459-471. https://doi.org/10.1080/01446190500041537.

Liebe, M., & Pollock, A. (2009). *The Experience of the Private Finance Initiative in the UK's National Health Service.* Edinburgh: University of Edinburgh, The Centre for International Public Health Policy.

Linna, P., Pekkola, S., Ukko, J. & Melkas, H. (2010). Defining and Measuring Productivity in the Public Sector: Managerial Perceptions. *International Journal of Public Sector Management 23*(5), 479-499. https://doi.org/10.1108/09513551011058493.

Ljungquist, U. (2007). Core Competency Beyond Identification: Presentation of a Model. *Management Decision, 45*(3), 393-402. https://doi.org/10.1108/00251740710745034.

Lounsbury, M. (2002). Institutional Transformation and Status Mobility: The Professionalization of the Field of Finance. *The Academy of Management Journal, 45*(1), 255-266. https://doi.org/10.5465/3069295.

Lounsbury, M. (2007). A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Professionalizing of Mutual Funds. *The Academy of Management Journal, 50*(2), 289-307. https://doi.org/10.5465/amj.2007.24634436.

Mandell, M. P. & Keast, R. (2008). Evaluating the Effectiveness of Interorganizational Relations Through Networks: Developing a Framework for Revised Performance Measures. *Public Management Review, 10*(6), 715-731. https://doi.org/10.1080/14719030802423079.

Marques, R. C. & Berg, S. (2011). Public-Private Partnership Contracts: A Tale of Two Cities with Different Contractual Arrangements. *Public Administration, 89*(4), 1585-1603. https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2011.01944.x.

Marschollek, O. & Beck , R. (2012). Alignment of Divergent Organizational Cultures in IT Public-Private Partnerships. *Business & Information Systems Engineering, 4*, 153-162. https://doi.org/10.1007/s12599-012-0213-9.

McPherson, C. M. & Sauder, M. (2013). Logics in Action: Managing Institutional Complexity in a Drug Court. *Administrative Science Quarterly, 58*(2), 165-196. https://doi.org/10.1177/0001839213486447.

Meier, K. J. & Hicklin, A. (2008). Employee Turnover and Organizational Performance: Testing a Hypothesis from Classical Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory, 18*(4), 573-590. https://doi.org/10.1093/jopart/mum028.

Merriam, S. B. (2013). *Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber* (Çev. Ed.: Selahattin Turan). Ankara: Nobel.

Meyer, J. W. (2008). Reflections on Institutional Theories of Organizations. In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby, K. Sahlin, (Eds.), pp. 790-811. *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles: SAGE Publications.

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology, 83*(2), 340-363. http://dx.doi.org/10.1086/226550.

Meyer, R. E. & Hammerschmid, G. (2006). Changing Institutional Logics and Executive Identities: A Managerial Challenge to Public Administration in Austria. *American Behavioral Scientist, 49*(7), 1000-1014. https://doi.org/10.1177/0002764205285182.

Milne, G. R., Iyer, E. S. & Gooding-Williams, S. (1996). Environmental Organization Alliance Relationships Within and Across Nonprofit, Business, and Government Sectors. *Journal of Public Policy and Marketing, 15*(2), 203-215. https://doi.org/10.1177/074391569601500203.

Miraftab, F. (2004). Public-Private Partnerships: The Trojan Horse of Neoliberal Development? *Journal of Planning Education and Research, 24*(1), 89-101. https://doi.org/10.1177/0739456X04267173.

Mitchell-Weaver, C. & Manning, B. (1991). Public-Private Partnerships in Third World Development: A Conceptual Overiew. *Studies in Comparative International Development 26*(4), 45-67. https://doi.org/10.1007/BF02743762.

Morck, R. (2008). Corporations. In S. N. Durlauf, L. E. Blume, (Eds.), pp. 265-267. *The New Palgrave Dictionary of Economics* (Second Edition). Londra: Palgrave Macmillan.

Moser, K. S., Dawson, J. F. & West, M. A. (2018). Antecedents of Team Innovation in Health Care Teams. *Creativity and Innovation Management, 28*(1), 72-81. https://doi.org/10.1111/caim.12285.

Mountford, N. & Cai, Y. (2022). Towards a Flatter Ontology of Institutional Logics: How Logics Relate in Situations of Institutional Complexity. *International Journal of Management Reviews*, *25*(2), 363-383. https://doi.org/10.1111/ijmr.12313.

Mourshed, M. & Zhao, Y. (2012). Healthcare Providers' Perception of Design Factors Related to Physical Environments in Hospitals. *Journal of Environmental Psychology*, *32*(4), 362-370. https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2012.06.004.

Mueller, D. C. (2003). *Public Choice III.* New York: Cambiridge University Press.

NAO. (2001). *Managing the Relationship to Secure a Successful Partnership in PFI Projects.* London: National Audit Office.

NAO. (2007). *Improving the PFI Tendering Process.* London: National Audit Office (UK).

Neziroğlu, İ. ve Yılmaz, T. (2013). *Hükümetler, Programları ve Genel Kurul Görüşmeleri.* Ankara: TBMM Basımevi. https://www5.tbmm.gov.tr/yayinlar/hukumetler/hukumetler_cilt_10.pdf (Erişim Tarihi: 02.05.2023).

Nisar, T. M. (2007). Value for Money Drivers in Public Private Partnership Schemes. *International Journal of Public Sector Management, 20*(2), 147-156. https://doi.org/10.1108/09513550710731508.

Nite, C., Singer, J. N. & Cunningham, G. B. (2013). Addressing Competing Logics between the Mission of a Religious University and the Demands of Intercollegiate Athletics. *Sport Management Review, 16*(4), 465-476. https://doi.org/10.1016/j.smr.2013.03.002.

Norment, R. (2002). PPPs-American Style. *The PFI Journal 39*, 26-27.

Ocasio, W. (1997). Towards an Attention-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, *18*(Summer Special Issue), 187-206.

OECD. (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships.* OECD Publishing.

Oliver, C. (1991). Strategic Responses to Institutional Processes. *The Academy of Management Review, 16*(1), 145-179. https://doi.org/10.5465/AMR.1991.4279002.

Oliver, C. (1992). The Antecedents of Deinstitutionalization. Organization Studies, 13(4), 563-588. https://doi.org/10.1177/017084069201300403.

Oppen, M., Sack, D., & Wegener, A. (2005). German Public–Private Partnerships in Personal Social Services: New Directions in a Corporatist Environment. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 269-289. The Challenge of Public–Private Par*tnerships: learning from International Experience*, Cheltenham: Edward Elgar.

Osei-Kyei, R. & Chan, A. P. (2015). Review of Studies on the Critical Success Factors for Public–Private Partnership (PPP) Projects from 1990 to 2013. *International Journal of Project Management, 33*(6), 1335-1346. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.02.008.

Osei-Kyei, R. & Chan, A. P. (2017). Risk Assessment in Public-Private Partnership Infrastructure Projects: Empirical Comparison Between Ghana and Hong Kong. *Construction Innovation, 17*(2), 204-223. https://doi.org/10.1108/CI-08-2016-0043.

Øygarden, O., By, R. T., Bjaalid, G. & Mikkelsen, A. (2018). Establishing a Multidisciplinary Day-Care Surgery Department: Challenges for Nursing

Management. *Journal of Nursing Management, 27*(1), 133-142. https://doi.org/10.1111/jonm.12658.

Özen, Ş. (2020). Yeni Kurumsal Kuram: Örgütleri Çözümlemede Yeni Ufuklar ve Yeni Sorunlar. İçinde; *Örgüt Kuramları* (4. Baskı) (Ed: A. S. Sargut ve Ş. Özen), ss. 237-330. Ankara: İmge Kitabevi.

Özseven, M., Danışman, A. ve Bingöl, A. S. (2014). Dönüşüm mü, Gelişim mi? Kamu Hastanelerinin Yönetiminde Yeni Bir Kurumsal Mantığa Doğru. *ODTÜ Gelişme Dergisi, 41,* 119-150.

Öztürk, Y. E., Akman Dömbekçi, H. ve Yeşildal, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinin Yeni Yüzü ŞehirHastaneleri: Konya İlinde Nitel Bir Değerlendirme. *2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı*, 11-13 Ekim 2018, Muğla, Türkiye, ss. 179-185.

Pache, A. C. & Santos, F. (2010). When Worlds Collide: The Internal Dynamics of Organizational Responses to Conflicting Institutional Demands. *Academy of Management Review, 35*(3), 455-476. https://doi.org/10.5465/amr.35.3.zok455.

Pache, A. C. & Santos, F. (2013). Embedded in Hybrid Contexts: How Individuals in Organizations Respond to Competing Institutional Logics. In M. Lounsbury, E. Boxenbaum, (Eds.), pp. 3-35. *Institutional Logics in Action* (Part B), Bingley: Emerald Group Publishing Limited.

Pahnke, E. C., Katila, R. & Eisenhardt, K. M. (2015). Who Takes You to the Dance? How Partners' Institutional Logics Influence Innovation in Young Firms. *Administrative Science Quarterly, 60*(4), 596-633. https://doi.org/10.1177/0001839215592913.

Paisey, C. & Paisey, N. J. (2017). The Decline of the Professionally-Qualified Accounting Academic: Recruitment into the Accounting Academic Community. *Accounting Forum, 41*(2), 57-76. https://doi.org/10.1016/j.accfor.2017.02.001.

Pala, K. (2003). Dünya Bankası'nın Türkiye için Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası. İçinde; *Halk Sağlığı ve Sağlıkta Reform* (Ed: Türk Tabipler Birliği), ss. 5-18. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Palmer, D., Biggart, N. & Dick, B. (2008). Is the New Institutionalism A Theory? In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby, K. Sahlin, (Eds.), pp. 739-768. *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, Los Angeles: Sage Publications.

Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods Forth Edition.* Los Angeles: SAGE Publications.

Pfeffer, J. (1997). *New Directions for Organization Theory: Problems and Prospects.* New York: Oxford University Press.

Philips, N., Lawrence, T. B. & Hardy, C. (2000). Interorganizational Collaboration and the Dynamics of Institutional Fields. *Journal of Management Studies 37*(1), 23-43. https://doi.org/10.1111/1467-6486.00171.

Pierre, J. (2000). Externalities and Relationships: Rethinking the Boundaries of the Public Service. In B. G. Peters, D. J. Savoie, (Eds.), pp. 332-357. *Governance in the Twenty-First Century: Revitalizing the Public Service,* London: McGill-Queen's University Press.

Pless, N. & Maak, T. (2004). Building an Inclusive Diversity Culture: Principles, Processes and Practice. *Journal of Business Ethics, 54*, 129-147. https://doi.org/10.1007/s10551-004-9465-8.

Pollitt, M. (2005). Learning from UK Private Finance Initiative experience. In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 207-230. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience,* Cheltenham: Edward Elgar.

Pool, J. (1991). Hospital Management: Integrating the Dual Hierarchy? *International Journal of Health Planning and Management, 6*(3), 193–207. https://doi.org/10.1002/hpm.4740060304.

PPP Knowledge Lab. (2017). *Public-Private Partnerships Reference GUide Version 3.* Washington: World Bank Group, ADB, EBRD, GI Hub, IADB, IsDB, OECD, UNECE, and UNESCAP.

Prahalad, C. K. & Hamel, G. (1990). The Core Competence of the Corporation. *Harward Business Review, 68*(3), 79-92. https://doi.org/10.1007/3-540-30763-X_14.

Prowle, M. (2000). *The Changing Public Sector: A Practical Management Guide.* Burlington: Gower Publishing.

Purdy, J. M. & Gray, B. (2009). Conflict logics, Mechanisms of Diffusion, and Multilevel Dynamics in Emerging Institutional Fields. *Academy of Management Journal, 52*(2), 355-380. https://doi.org/10.5465/amj.2009.37308255.

Ramiah, I. & Reich, M. R. (2006). Building Effective Public–Private Partnerships: Experiences and Lessons from the African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP). *Social Science & Medicine, 63*(2), 397-408. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.007.

Rankin, K. N. (2004). *The Cultural Politics of Markets.* London: Pluto Press.

Rao, H., Monin, P. & Durand, R. (2003). Institutional Change in Toque Ville: Nouvelle Cuisine as an Identity Movement in French Gastronomy. *The American Journal of Sociology, 108*(4), 795-843. https://doi.org/10.1086/367917.

Reay, T. & Hinings, C. B. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization Studies, 30*(6), 629-652. https://doi.org/10.1177/0170840609104803.

Reay, T. & Hinings, C. R. (2005). The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta. *Organization Studies, 26*(3), 351-384. d https://doi.org/10.1177/0170840605050872.

Recep Tayyip ERDOĞAN. (2011). *Başbakan Recep Tayyip Erdoğan tarafından Bakanlar Kurulu Programı'nın Okunması.* Türkiye Büyük Millet Meclisi Tutanak Dergisi (6'ncı Birleşim; 8 Temmuz 2011). https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d24/c001/tbmm24001006.pdf (Erişim Tarihi: 07.08.2023).

Resmi Gazete. (1994). *3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/21959.pdf (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (1994). *4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun.* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4046.pdf (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (1997). *4283 sayılı Yap İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkındaki Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23054.pdf (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (2005). *5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.htm (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazate. (2006). *5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (2006). *Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060722-2.htm (Erişim Tarihi: 07.02.2023).

Resmi Gazete. (2007). *5683 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/06/20070609-1.htm (Erişim Tarihi: 07.02.2023).

Resmi Gazete. (2011). 652 Sayılı Özel Barınma Hizmeti Veren Kurumlar ve Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/09/20110914-1.htm (Erişim Tarihi: 11.02.2023).

Resmi Gazete. (2011). *663 Nolu Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/4.5.663.pdf (Erişim Tarihi: 07.02.2023).

Resmi Gazete. (2012). *6288 Sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunda ve Kamu İhale Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120404M1-1.htm (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (2012). *Katma Değer Vergisi Genel Tebliği*. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/05/20120516-10.htm (Erişim Tarihi: 07.02.2023).

Resmi Gazete. (2013). *28582 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (2013). *6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (2014). *6527 Sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/03/20140301-1.htm (Erişim Tarihi: 07.02.2023).

Resmi Gazete. (2014). *28995 Nolu Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği*. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140509-26.htm (Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Resmi Gazete. (2014). *28995 Nolu Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140509-26-1.pdf (Erişim Tarihi: 05.02.2023).

Resmi Gazete. (2015). *6639 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150415-1.htm (Erişim Tarihi: 08.02.2023).

Rockart, J. F. (1979). Chief Executives Define Their Own Data Needs. *Harvard Business Review, March-April*, 81-93.

Rodríguez, M. D., Favela, J., Martínez, E. A. & Muñoz, M. A. (2004). Location-Aware Access to Hospital Information and Services. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine, 8*(4), 448-455. https://doi.org/10.1109/TITB.2004.837887.

Roumboutsos, A. & Pantelias, A. (2015). Allocating Revenue Risk in Transport Infrastructure Public Private Partnership Projects: How it Matters. *Transport Reiews, 35*(2), 183-203. https://doi.org/10.1080/01441647.2014.988306.

Rönesans Holding. (2023). *Projeler*. Rönesans Sağlık Yatırım: https://rsy.com.tr/projeler/ (Erişim Tarihi: 11.07.2023).

Ruef, M. & Scott, W. R. (1998). A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments. *Administrative Science Quarterly, 43*(4), 887-904. ttps://doi.org/10.2307/2393619.

Sabuncuoğlu, Z. (2013). *Uygulama Örnekleriyle İnsan Kaynakları Yönetimi* (7. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.

Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm.* Ankara. https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html (Erişim Tarihi: 11.07.2023).

Sağlık Bakanlığı. (2020). *2021 Yılı Bütçe Sunumu.* TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/39387/0/2021planbutcesunumupdf.pdf (Erişim Tarihi: 11.07.2023).

Sarcan, E. ve Yenimahalleli Yaşar, G. (2021). Adana Şehir Hastanesi'nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma. *Politik Ekonomik Kuram, 5*(2), 177-196.

Sarmento, J. M. & Renneboog, L. (2016). Anatomy of Public-Private Partnerships: Their Creation, Financing and Renegotiations. *International Journal of Managing Projects in Business 9*(1), 94-122. https://doi.org/10.1108/IJMPB-03-2015-0023.

Savas, E. S. (2001). Privatization and the New Public Management. *Fordham Urban Law Journal 28*(5), 1731-1737.

Savaş, N. (2020). Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi; Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Örneği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 5*(1), 142-157. https://doi.org/10.35232/estudamhsd.617939.

Savaş, T., Keleş, R. ve Göktaş, B. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 9*(2), 22-31.

Sayılar, Y. (2017). Koşul Bağımlılık Kuramı. İçinde; *Örgüt Kuramları, Genişletilmiş* (4. Baskı) (Ed: H. C. Sözen, H. N. Basım), ss. 91-132. İstanbul: Beta.

Saz-Carranza, A. & Longo, F. (2012). Managing Competing Institutional Logics in Punlic-Private Joint Ventures. *Public Management Review, 14*(3), 331-357. https://doi.org/10.1080/14719037.2011.637407.

Scott , W. R., Ruef , M., Mendel, M. & Caronna, G. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care, 1st edition.* Chicago: University of Chicago Press.

Scott, W. R. (1995). *Institutions and Organizations Foundations for Organizational Science.* Newbury Park: SAGE Publications.

Self, P. (1993). *Goverment by the Market? The Politics of Public Choice.* London: Macmillan.

Selsky, J. W. & Parker, B. (2005). Cross-Sector Partnerships to Address Social Issues: Challenges to Theory and Practice. *Journal of Management 31*(6), 849-873. https://doi.org/10.1177/0149206305279601.

Selznick, P. (1957). *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation.* Berkeley: University of California Press.

Seo, M.G. & Creed, W. E. (2002). Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective. *Academy of Management Review, 27*(2), 222-247. https://doi.org/10.5465/amr.2002.6588004.

Shaoul, J. (2005). The Private Finance Initiative or the Public Funding of Private Profit? In G. Hodge, C. Greve, (Eds.), pp. 190-206. *The Challenge of Public–Private Partnerships: Learning from International Experience*, Cheltenham: Edward Elgar.

Shaoul, J. (2009). Using the Private Sector to Finance Capital Expenditure: The Financial Realities. In A. Akintoye, M. Beck, (Eds.), pp. 27-46. *Policy, Finance & Management for Public-Private Partnerships*, Oxford: Wiley-Blackwell.

Shaw, J. D. (2011). Turnover Rates and Organizational Performance: Review, Critique, and Research Agenda. *Organizational Psychology Review, 1*(3), 187-213. https://doi.org/10.1177/2041386610382152.

Sherkat, D. E. (2000). Politics and Social Movements. In H. R. Ebaugh, (Ed.), pp. 3-19. *Handbook of Religion and Social Institutions*, Houston: Springer.

Sherkat, D. E. (2003). Religious Socialization. In M. Dillon, (Ed.), pp. 151-163. *The Sociology of Religion in Late Modernity*, Cambridge: Cambridge University Press.

Siegrist, H. (2015). Professions and Professionalization, History of. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences 19*(2), 95-100. https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.62020-2.

Smythe, W. E. & Murray, M. J. (2000). Owning the Story: Ethical Considerations in Narrative Research. *Ethics & Behavior 10*(4), 311-336. https://doi.org/10.1207/S15327019EB1004_1.

South, A. J., Levitt, R. E. & Dewulf, G. P. (2015). Dynamic Stakeholder Networks and the Governance of PPPs. In *Proceedings of the 2nd International Conference on Public-Private Partnerships*, 26-29 May 2015, Austin, Texas, U.S.A. pp. 1-17.

Staats, B. R., Milkman, K. L. & Fox, C. R. (2012). The Team Scaling Fallacy: Underestimating the Declining Efficiency of Larger Teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 118*, 132-142. https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2012.03.002.

Steger, M. B. & Roy, R. K. (2010). *Neoliberalism: A Very Short Introduction.* Oxford: Oxford University Press.

Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2018.* Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel_Isbirligi_Raporu-2018.pdf (Erişim Tarihi: 01.03.2021).

Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2020). *KÖİ Proje Göstergeleri*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı: https://www.sbb.gov.tr/koi-gostergeleri/#prettyPhoto[rel-16774-1103063295]/0 (Erişim Tarihi: 01.03.2021).

Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management Review, 20*(3), 571-610. https://doi.org/10.2307/258788.

Suddaby, R. (2010). Challenges for Institutional Theory. *Journal of Management Inquiry, 19*(1), 14-20. https://doi.org/10.1177/1056492609347564.

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı. (2020). *İstatistikler, Hazine Garantilerine İlişkin İstatistikler, Hazine Yatırım Garantileri.* Hazine Yatırım Garantisi İçeren KÖİ Projeleri: https://www.hmb.gov.tr/kamu-finansmani-istatistikleri (Erişim Tarihi: 01.02.2021).

Takashima, R., Yagi, K. & Takamori, H. (2010). Government Guarantees and Risk Sharing in Public–Private Partnerships. *Review of Financial Economics, 19*, 18-83. https://doi.org/10.1016/j.rfe.2009.10.001.

Ten Dam, E. M. & Waardenburg, M. (2020). Logic Fluidity: How Frontline Professionals Use Institutional Logics in Their Day-to-Day Work. *Journal of Professions and Organization, 7*, 188-204. https://doi.org/10.1093/jpo/joaa012.

Thornton, P. H. (2002). The Rise of the Corporation in a Graft Industry: Conflict and Conformity in Institutional Logics. *Academy of Management Journal, 45*(1), 81-101. https://doi.org/10.5465/3069286.

Thornton, P. H. & Ocasio, W. (1999). Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958– 1990. *American Journal of Sociology, 105*(3), 801-843. https://doi.org/10.1086/210361.

Thornton, P. H. & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddabay, K. Sahlin, (Eds.), pp. 99-129. *Handbook of Organizational Institutionalism*, London: SAGE Publications.

Thornton, P. H., Jones, C. & Kury, K. (2005). Institutional Logics and Institutional Change in Organizations: Transformation in Accounting, Architecture, and Publishing. *Research in the Sociology of Organizations 23*, 125-170. https://doi.org/10.1016/S0733-558X(05)23004-5.

Thornton, P. H., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perpective: A New Approach to Culture, Structure, and Process.* Oxford: Oxford University Press.

Tiffin, M. & Hall, P. (1998). PFI – the Last Chance Saloon? *Proceedings of the Institution of Civil Engineers, 126*(1), 12–18. https://doi.org/10.1680/icien.1998.30008.

Tilak, J. B. (2016). *Public Private Partnership in Education.* New Delhi: The HEAD Foundation.

Tischler, H. L. (2007). *Introduction to Sociology* (Ninth Edition). Belmont: Thomson Wadsworth.

Tiyek, R. (2014). Oryantasyon Eğitim Programı Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Bir Araştırma. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5*(1), 333-353.

Todorova, I. L., Alexandrova-Karamanova, A., Panayotova, Y. & Dimitrova, E. (2012). Organizational Hierarchies in Bulgarian Hospitals and Perceptions of Justice. *British Journal of Health Psychology, 19*(1), 204-2018. https://doi.org/10.1111/bjhp.12008.

Toker, Ç. (2022). *Şehir Hastaneleri: Milletin Cebinden Kamu-Özel İşbirliği.* İstanbul: Tekin Yayınevi.

Tolbert, P. S. & Zucker, L. G. (1996). The Institutionalization of Institutional Theory. In S. R. Clegg, C. Hardy, W. R. Nord, (Eds.), pp. 175-190. *Handbook of Organization Studies,* London: SAGE Publications.

Toms, S., Asenova, D. & Beck, M. (2009). Refinancing and the Profitability of UK PFI Projects. In A. Akintoye, M. Beck, (Eds.), pp. 64-81. *Policy, Finance & Management Public-Private Partnerships*, Oxford: Wiley-Blackwell.

Top, M. & Sungur, C. (2019). Opinions and Evaluations of Stakeholders in the Implementation of the Public-Private Partnership (PPP) Model in Integrated Health Campuses (City Hospitals) in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management, 34*(1), e241-e263. https://doi.org/10.1002/hpm.2644.

Tracey, P., Phillips, N. & Jarvis, O. (2011). Bridging Institutional Entrepreneurship and the Creation of New Organizational Forms: A Multilevel Model. *Organization Science, 22*(1), 60-80. https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0522.

Trafford, S. & Proctor, T. (2006). Successful Joint Venture Partnerships: Public-Private Partnerships. *International Journal of Public Sector Management, 19*(2), 117-129. https://doi.org/10.1108/09513550610650392.

TÜİK. (2022). *Cinsiyete Göre En Çok Kullanılan İlk 30 İsim*. Nüfus ve Konut Sayımı, 2021. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Population-and-Housing-Census-2021-45866#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusu%2084%20milyon%20680%20bin%20273%20ki%C5%9Fi%20oldu&text=Erkek%20n%C3%BCfus%201927'de%206,252%20bin%20172%20ki%C5%9Fi%20oldu. (Erişim Tarihi: 02.07.2023).

Türk Dil Kurumu. (2020). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. https://sozluk.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 04.04.2020).

Türk Tabipler Birliği. (2011). *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortalığı Sempozyumu.* Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamuozel_sempozyum.pdf (Erişim Tarihi: 07.09.2022).

Türkerler Holding. (2023). *Sağlık*. Sektörler. https://www.turkerler.com/saglik (Erişim Tarihi: 12.07.2023).

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.B., Choi, Y.S., vd. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design, 1*(3), 61-125. https://doi.org/10.1177/193758670800100306.

Uplekar, M. (2003). Involving Private Health Care Providers in Delivery of TB Care: Global Strategy. *Tuberculosis, 83,* 156-164. https://doi.org/10.1016/S1472-9792(02)00073-2.

Vähä-Savo, V., Luomanen, J. & Alasuutari, P. (2022). Between Rationalism and Romanticism: Metaphors in Managing Conflicting Institutional Logics in Science and Technology Parks. *Culture and Organization, 28*(1), 46-63. https://doi.org/10.1080/14759551.2021.1969650.

Van Den Broek, J., Boselie, P. & Paauwe, J. (2014). Multiple Institutional Logics in Health Care: 'Productive Ward: Releasing Time to Care'. *Public Management Review, 16*(1), 1-20. https://doi.org/10.1080/14719037.2013.770059.

Van Den Hurk, M. & Verhoest, K. (2016). The Challenge of Using Standart Contracts in Public-Private Partnerships. *Public Management Review, 18*(2), 278-299. https://doi.org/10.1080/14719037.2014.984623.

Velotti, L., Botti, A. & Vesci, M. (2012). Public-Private Partnerships and Network Governance: What Are the Challenges? *Public Performance & Management Review 36*(2), 340-365. https://doi.org/10.2307/23484724.

Vickers, I., Lyon, F., Sepulveda, L. & McMullin, C. (2017). Public Service Innovation and Multiple Institutional Logics: The Case of Hybrid Social Enterprise Providers of Health and Wellbeing. *Research Policy, 46*(10), 1755-1768. https://doi.org/10.1016/j.respol.2017.08.003.

Waddell, S. & Brown, D. (1997). *Fostering Intersectoral Partnering: A Guide to Promoting Cooperation Among Government Business, and Civil Society Actors.* Institute for Development Research (IDR) Reports.

Wang, Y., Cui, P. & Liu, J. (2018). Analysis of the Risk-Sharing Ratio in PPP Projects Based on Government Minimum Revenue Guarantees. *International Journal of Project Management, 36*(6), 899-909. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2018.01.007.

Wells, M. M. (2000). Office Clutter or Meaningful Personal Displays: The Role of Office Personalization in Employee and Organizational Well-Being. *Journal of Environmental Psychology, 20*(3), 239-255. https://doi.org/10.1006/jevp.1999.0166.

West, M. A. (2002). Sparkling Fountains or Stagnant Ponds: An Integrative Model of Creativity and Innovation Implementation in Work Groups. *Applied Psychology, 51*(3), 355-387. https://doi.org/10.1111/1464-0597.00951.

West, M. A., Topakas, A. & Dawson, J. F. (2014). Climate and Culture for Health Care Performance. In B. Schneider, K. M. Barbera, (Eds.), pp. 335-359. *The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture*. Oxford : Oxford University Press.

Willem, A., Buelens, M. & De Jonghe, I. (2007). Impact of Organizational Structure on Nurses' Job Satisfaction: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies, 44*(6), 1011-1020. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.013.

Williamson, O. E. (1996). *The Mechanisms of Governance.* New York: Oxford University Press.

World Bank. (2003). *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficency, Report No. 24358-TU.* Document of the World Bank, Human Development Sector Unit Europe and Central Asia Region. https://documents1.worldbank.org/curated/en/919651468760505354/pdf/multi0page.pdf (Erişim Tarihi: 24.10.2022).

World Bank Institute. (2012). *Public-Private Partnerships Reference Guide Version 1.0.* Washington: International Bank for Reconstruction and Development/International Development Association or The World Bank.

Wright, V. (2000). Blurring the Public-Private Divide. In B. G. Peters, D. J. Savoie, (Eds.), pp. 155-177. *Governance in the Twenty-First Century: Revitalizing the Public Service,* London: McGill-Queen's University Press.

Wu, L., Wang, D. & Evans, J. A. (2019). Large Teams Develop and Small Teams Disrupt Science and Technology. *Nature, 566*, 378-382. https://doi.org/10.1038/s41586-019-0941-9.

Xu, Y., Yeung, J. F. & Jiang, S. (2014). Determining Appropriate Government Guarantees for Concession Contract: Lessons Learned from 10 PPP Projects in China. *International Journal of Strategic Property Management*, *18*(4), 356-367. https://doi.org/10.3846/1648715X.2014.971088.

Yan, S., Almandoz, J. J. & Ferraro, F. (2021). The Impact of Logic (In)Compatibility: Green Investing, State Policy, and Corporate Environmental Performance. *Administrative Science Quarterly*, *66*(4), 903-944. https://doi.org/10.1177/00018392211005756.

Yan, S., Ferraro, F. & Almandoz, J. (2019). The Rise of Socially Responsible Investment Funds: The Paradoxical Role of the Financial Logic. *Administrative Science Quarterly, 64*(2), 466-501. https://doi.org/10.1177/0001839218773324.

YDA Group. (2023). *Projelerimiz*. YDA Sağlık: http://ydasaglik.com.tr/# (Erişim Tarihi: 12.07.2023).

Yescombe, E. R. (2007). *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance.* Amsterdam: Elsevier.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (Genişletilmiş 10. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Desing and Methods* (Fourth Edition). London: SAGE Publications.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish.* New York: The Guilford Press.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalında ***"Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantıkların Yönetilmesi"*** başlıklı doktora tezi kapsamında yapılmaktadır. Yapacak olduğumuz bu görüşmenin amacı; sağlık alanında kamu-özel işbirliği ile kurulan Şehir Hastanelerinde farklı kurumsal mantıkların nasıl yönetildiğinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma çok sayıda kurumsal mantığın Şehir Hastanelerinin içinde nasıl deneyimlendiğine ve aktörlerin bu karmaşıklığa nasıl tepki verdiğine ilişkindir. Bu amaçlara ulaşabilmek adına görüşlerinize ihtiyaç duymaktayız. Size sağlık alanında uygulamaya konulan kamu özel ortaklığına ilişkin sorular yöneltilecektir. Gerek araştırmalarınızla elde ettiğiniz bilgiler gerekse süreç içerisinde edindiğiniz deneyimler doğrultusunda araştırma sorularına vereceğiniz samimi cevaplar çok önemlidir.

Yapılacak görüşmenin yaklaşık 30 dakika ile 60 dakika arasında sürmesi öngörülmektedir. Sizin de izin vermeniz halinde tüm görüşme ses kayıt cihazı ile kayıt edilecektir. Görüşmede ses kaydı yapılması siz değerli katılımcılarımızın verdiği bilgiler doğrultusunda veri kaybı yaşanmaması adına son derece önemlidir. Görüşme sonunda verdiğiniz bilgilerden rahatsızlık duymanız halinde kaydın silinmesini, çalışmamamızda kullanılmamasını talep edebilir veya görüşmeden tamamen vazgeçebilirsiniz. Görüşmeler transkript (döküm) edildikten sonra tarafınıza gönderilecektir. Dilerseniz bu aşamada ekleme ya da çıkarmalar yapabilirsiniz. Bu noktada görüşmede bize aktarmış olduğunuz bilgilerin gizli tutulacağını, araştırma amaçları dışında kullanılmayacağını ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağını, tüm gizlilik haklarınızın tarafımca titizlikle koruma altına alınacağını garanti etmekteyim. Çalışmada kişisel bilgilerin gizliliğini sağlamak adına isminiz yerine katılımcı ifadesi ve kodlar kullanılarak kimliğinizi açığa çıkarabilecek herhangi bir bilgiye yer verilmeyecektir.

Doktora Öğrencisi	**Tez Danışmanı**
Öğr. Gör. İbrahim TÜRKMEN	Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA

EK 2: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Demografik Özellikler

Daha önce çalıştığınız kurumlar, bu kurumlarda yaptığınız görevler ve şehir hastanesindeki çalışmalarınız bağlamında biraz kendinizden bahseder misiniz?

1. **Cinsiyet:** Kadın Erkek
2. **Yaş:**
3. **Çalışma Süresi:** Şehir Hastanesi Öncesi: Şehir Hastanesi:
4. **Görev yaptığınız birim:**
5. **Yönetsel tecrübeniz var mı? Varsa kaç yıl?**

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. **Kamu özel işbirliği ile kurulan şehir hastanelerini nasıl tanımlarsınız?**
   - Şehir hastaneleri sizin için ne ifade etmektedir?
   - Şehir Hastaneleri uygulanmasına ilişkin genel düşünceleriniz nelerdir?
2. **Türk sağlık sisteminde şehir hastanelerine neden ihtiyaç duyuldu?**
   - Size göre Türk sağlık sistemini şehir hastanelerinin kuruluşuna götüren sebepler nelerdir?
3. **Şehir hastanelerinin kurulmasıyla birlikte Türk sağlık sisteminde ne tür değişiklikler olmuştur?**
   - Sağlık hizmeti sunumunda ne tür değişimler olmuştur?
   - Sağlık hizmetleri sunumuna özel sektörün dahil olması sizce sağlık sisteminde/yönetimsel yaklaşımlarda/bakış açılarında ve süreçlerde ne tür değişiklikler olmuştur?
   - Özel şirketlerin şehir hastanelerinin işletilmesinde söz sahibi olması hakkında düşünceleriniz nelerdir?
   - Size göre şehir hastanelerinin sağlamış olduğu faydalar ve avantajlar nelerdir?
   - Size göre şehir hastanelerinin dezavantajları nelerdir?
4. **Şehir hastanesinde çalışan bir kişi (hekim, hemşire, yönetici) olarak işinizi nasıl tanımlarsınız?**
   - Mesleki görev ve sorumluluklarınız nelerdir?
   - İşinizin odak noktası veya temel hedefinin ne olduğuna inanıyorsunuz?
   - İşinizi yaparken bağlı kaldığınız veya esas aldığınız ilkeler, değerler ve normlar nelerdir?
   - Sağlık hizmeti sunumunda kendi statünüzü veya rolünüzü nasıl algılıyorsunuz? Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin sunumunda rolünüzün ne olduğu veya kim olduğunuz konusundaki görüşünüz nedir?
5. **Sağlık hizmeti sunumunda başarı kriterleriniz nelerdir?**
   - İşinizle ilgili performansınızda neyin önemli olduğuna inanıyorsunuz?
   - Şehir hastanelerinin sağlık hizmeti sunumuna dahil edilmesi sonrasında başarı kriterlerinizde herhangi bir değişim yaşanıp yaşanmadığını merak ediyorum? Bu konu hakkında neler söyleyebilirsiniz?

6. **Sizce şehir hastanelerinde kamu tarafı ile özel sektör tarafının sağlık hizmeti sunumuna yönelik yaklaşımlarının/bakış açılarının farklılaşıp farklılaşmadığını merak ediyorum? Bu konu hakkında düşünceleriniz nelerdir?**
   - Şehir hastanelerinde kamu tarafı ile özel sektör tarafının hastalara bakış açılarını nasıl değerlendirirsiniz? Ne tür farklılıklar olduğunu düşünüyorsunuz?
   - Şehir hastanelerinde kamu tarafı ile özel sektör tarafının çalışanlara bakış açılarını nasıl değerlendirirsiniz? Ne tür farklılıklar olduğunu düşünüyorsunuz?
   - Eğer farklılık olduğunu düşünüyorsanız bu farklılığın kaynağı ne olabilir?
7. **Size göre hem kamu hem özel sektörün entegre olduğu şehir hastanelerinde yaşanılan sorunlar nelerdir? Deneyimlerinizden yola çıkarak bahsedebilir misiniz?**
   - Görevinizi yaparken karşılaştığınız sorunlar nelerdir? Örneklendirebilir misiniz?
   - Karşılaştığınız sorunların kaynağı (nedenleri) neler olabilir?
   - Karşılaştığınız sorunları nasıl çözüyorsunuz?
   - Çözülemeyen sorunlar nelerdir?
   - Görevinizi yaparken karşılaştığınız sorunları çözemediğinizde ne yapıyorsunuz?
   - Sizce görevinizi yaparken karşılaştığınız sorunların çözülmeme nedenleri nelerdir?
   - Bu sorunların nasıl çözülebileceğini düşünüyorsunuz?
8. **Son olarak benim sormadığım ancak sizin eklemek istediğiniz bir şey var mı?**

Sorulara vermiş olduğunuz yanıtlar ve bu araştırmaya zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.