



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAYGINLAŞMA DÖNEMİNDEKİ ŞEHİR HASTANELERİNİN
SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN İYİ UYGULAMA
ÖRNEKLERİ**

EMRE YILMAZ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU

İSTANBUL – 2019

İTHAF

Bu tezi, hiçbir fedakârlığı benden esirgemeyen ve her kararında yanımda olan sevgili anneme, babama ve kardeşime ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince birçok değerli insandan destek gördüm ve bu desteklerin sağladığı motivasyon ile çalışmamı tamamlayabildim.

Öncelikle üniversite hayatım boyunca akademik gelişimin yanında, kariyer planlamalarımda da bana fikirleriyle yol gösteren, tezimin danışmanı olan, insanî değerleri ile kendime örnek aldığım, bilgi ve tecrübesi ile rehber olmakla kalmayıp birlikte çalıştığımız süre boyunca göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı değerli yöneticim ve hocam Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU'ya,

Çalışmamın temelini oluşturan verileri temin ettiğim Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri orta ve üst düzey yöneticilerine,

Tez çalışmam süresince sağladığı fon desteği için İstanbul Medipol Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Komisyonuna,

Bana olan inançları sayesinde hiçbir fedakârlığı benden esirgemeyen ve hayatım boyunca aldığım her kararda yanımda olup destekleriyle arkamda duran aileme,

Çalışmam boyunca beni yüreklendiren ve destekleyen projedeki hocalarıma ve sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Son olarak da tez çalışmamda emeği geçen herkese teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Kamu Özel İşbirliği	6
4.1.1. Temel kavramlar ve gelişimi.....	6
4.1.2. Özellikleri.....	10
4.1.3. Risk paylaşımı	13
4.1.4. Finansman modelleri	14
4.2. Sağlıkta Kamu-Özel İşbirliği	18
4.2.1. Kamu- özel işbirliğinin sağlıktaki gelişimi	18
4.2.2. Avantaj ve dezavantajları	19
4.2.3. Şehir hastaneleri projeleri	21
4.2.4. Şehir hastanelerinin kapsam ve uygulaması	22
4.2.5. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kamu-özel iş birliğinin gelişimi: Şehir hastaneleri	23
5. MATERYAL VE METOT	25
5.1. Problemin tanımı	25
5.2. Araştırmanın amacı ve önemi	26
5.2.1. Araştırmanın amacı	26

5.2.2. Araştırmanın önemi.....	27
5.3. Araştırmanın katılımcıları	27
5.4. Veri toplama ve uygulama yöntemleri	30
5.5. Analiz.....	31
6. BULGULAR	35
6.1. Tesis Yönetimine İlişkin Bulgular	36
6.1.1. İş sağlığı ve güvenliği	38
6.1.2. Merkezi yardım masası	39
6.1.3. Altyapı.....	40
6.1.4. Hasta güvenliği.....	41
6.1.5. Sözleşme Standartları.....	42
6.1.6. Erişilebilirlik	43
6.1.7. Dijital hastane.....	44
6.2. İnsan Kaynakları Yönetimine İlişkin Bulgular	45
6.2.1. Motivasyon.....	47
6.2.2. Personel planlaması.....	48
6.2.3. Dijital hastane.....	49
6.2.4. Hizmet devamlılığı.....	50
6.2.5. Kültürel dönüşüm.....	50
6.2.6. Sosyal Sorumluluk	51
6.2.7. Performans ölçümü	52
6.3. Otelcilik Hizmetleri Yönetimine İlişkin Bulgular	54
6.3.1. Kağıtsız hastane	57
6.3.2. Hasta güvenliği.....	58
6.3.3. Konaklama	59
6.3.4. Hijyen.....	60
6.3.5. Yiyecek-içecek hizmetleri.....	61

6.3.6. Sağlık turizmi	62
6.4. Tedarik Zinciri Yönetimine İlişkin Bulgular	63
6.4.1. Stok	65
6.4.2. Satın alma.....	66
6.4.3. Yöntem beyanı	67
6.5. Yönetişim Uygulamalarına İlişkin Bulgular.....	68
6.5.1. Kurumsal	70
6.5.2. Paydaş	71
6.5.3. Kontrol teşkilatı.....	72
6.5.4. Komite.....	73
6.5.5. Garanti bedeli	74
6.6. Hasta Güvenliği Uygulamalarına İlişkin Bulgular	75
6.6.1. Kapalı döngü ilaç sistemi	77
6.6.2. Yaptırım	78
6.6.3. Sterilizasyon-temizlik	79
6.6.4. Düşme ölçeği.....	80
6.6.5. Denetçi	81
6.7. Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) Temelli Katma Değerli Uygulamalara İlişkin Bulgular.....	82
6.7.1. Dijitalleşme	84
6.7.2. Tıbbi sekreter	85
6.7.3. Kurumsal	86
6.7.4. Güvenlik.....	87
6.7.5. Yardım masası.....	88
6.7.6. Entegrasyon.....	89
7. SONUÇ.....	91
8. KAYNAKLAR	100

9. EKLER.....	104
10. ETİK KURUL ONAYI.....	109
11.ÖZGEÇMİŞ.....	112



KISALTMALAR LİSTESİ

KÖİ	Kamu Özel İşbirliği
ESK	Elektronik Sağlık Kaydı
EHC	Electronic Health Record
PFI	Private Finance Initiative
YGAP	Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
HIMSS	Healthcare Information and Management Systems Society
LEED	Leadership in Energy and Environmental Design
RFID	Radio Frequency Identification
PACS	Picture Archiving and Communication Systems
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
KKDS	Klinik Karar Destek Sistemleri
CCTV	Closed-Circuit Television
KDİS	Kapalı Döngü İlaç Sistemi

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 4.1.1.1: Kamunun Finanse Ettiği Projeler.....	8
Şekil 4.1.1.2: Kamu Özel İşbirliği Özel Sektörün Finanse Ettiği Projeler.....	8
Şekil 4.1.1.3: Kamu Özel İşbirliği Model Yapısı Kuruluş Süreci.....	9
Şekil 4.1.5.2: Özel Sektörün Proje Risklerine ve Yönetime Katılım Derecesi.....	17
Şekil 6.1.1: Tesis Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar.....	36
Şekil 6.1.1.1: İş Sağlığı ve Güvenliği Teması Kodları.....	38
Şekil 6.1.2.1: Merkezi Yardım Masası Teması Kodları.....	39
Şekil 6.1.3.1: Altyapı Teması Kodları	40
Şekil 6.1.4.1: Hasta Güvenliği Teması Kodları	41
Şekil 6.1.5.1: Sözleşme Standartları Teması Kodları	42
Şekil 6.1.6.1: Erişilebilirlik Teması.....	43
Şekil 6.1.7.1: Dijital Hastane Teması Kodları	44
Şekil 6.2.1: İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar.....	45
Şekil 6.2.1.1: Motivasyon Teması Kodları	47
Şekil 6.2.2.1: Personel Planlaması Teması Kodları	48
Şekil 6.2.3.1: Dijital Hastane Teması Kodları	49
Şekil 6.2.4.1: Hizmet Devamlılığı Teması Kodları	50
Şekil 6.2.5.1: Kültürel Dönüşüm Teması Kodları.....	50
Şekil 6.2.6.1: Sosyal Sorumluluk Teması Kodları.....	51
Şekil 6.2.7.1: Performans Ölçümü Teması Kodları.....	52
Şekil 6.3.1: Otelcilik Hizmetleri Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar.....	54
Şekil 6.3.1.1: Kağıtsız Hastane Teması Kodları.....	57
Şekil 6.3.2.1: Hasta Güvenliği Teması Kodları	58
Şekil 6.3.3.1: Konaklama Teması Kodları	59
Şekil 6.3.4.1: Hijyen Teması Kodları	60
Şekil 6.3.5.1: Yiyecek-İçecek Hizmetleri Teması Kodları.....	61
Şekil 6.3.6.1: Sağlık Turizmi Teması	62
Şekil 6.4.1: Tedarik Zinciri Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar.....	63

Şekil 6.4.1.1: Stok Teması Kodları	65
Şekil 6.4.2.1: Satın Alma Teması Kodları.....	66
Şekil 6.4.3.1: Yöntem Beyanı Teması	67
Şekil 6.5.1: Yönetişim Uygulamaları Fonksiyonu Temalar ve Kodlar.....	68
Şekil 6.5.1.1: Kurumsal Teması Kodları	70
Şekil 6.5.2.1: Paydaş Teması	71
Şekil 6.5.3.1: Kontrol Teşkilatı Teması Kodları	72
Şekil 6.5.4.1: Komite Teması Kodları	73
Şekil 6.5.5.1: Garanti Bedeli Teması Kodları.....	74
Şekil 6.6.1: Hasta Güvenliği Uygulamaları Fonksiyonu Temalar ve Kodlar.....	75
Şekil 6.6.1.1: Kapalı Döngü İlaç Sistemi Teması Kodları	77
Şekil 6.6.2.1: Yaptırım Teması Kodları	78
Şekil 6.6.3.1: Sterilizasyon-Temizlik Teması Kodları	79
Şekil 6.6.4.1: Düşme Ölçeği Teması	80
Şekil 6.6.5.1: Denetçi Teması	81
Şekil 6.7.1: ESK Temelli Katma Değerli Uygulamalar Fonksiyonu Temalar ve Kodlar.....	82
Şekil 6.7.1.1: Dijitalleşme Teması Kodları.....	84
Şekil 6.7.2.1: Tıbbi Sekreter Teması	85
Şekil 6.7.3.1: Kurumsal Teması Kodları	86
Şekil 6.7.4.1: Güvenlik Teması Kodları	87
Şekil 6.7.5.1: Yardım Masası Teması	88
Şekil 6.7.6.1: Entegrasyon Teması Kodları	89
Tablo 4.1.5.1: Kamu-Özel Sektör İşbirliği Modelleri.....	15
Tablo 4.1.5.3: Kamu Özel Sektör İşbirliği Modellerinin Diğer Ülkelerdeki Kullanım Alanları.....	18
Tablo 4.2.1.1: Dünyada Sağlık Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları.....	19
Tablo 5.3.1: Katılımcı Listesi.....	29

1. ÖZET

YAYGINLAŞMA DÖNEMİNDEKİ ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN İYİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Bu çalışma ile hali hazırda açılmış olan Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastanelerinin iyi uygulama örnekleri ve mevcut durumları incelenerek, ülkemizin diğer illerinde açılması planlanan şehir hastanelerine ışık tutması amaçlanmıştır. Mevcut şehir hastaneleri bünyesindeki iyi uygulama örneklerinin gelecekte açılacak olan diğer hastanelere yol göstermesi sağlanırken, gerekli görülen süreçlerde iyileştirmelerin yapılması adına şehir hastaneleri yöneticilerine yardımcı olmaya çalışılmıştır. Şehir hastanesi kavramının ülkemizde oldukça yeni bir konu olması sebebiyle, şehir hastanelerinin yapısı, yönetimi ve iyileştirme süreçleri üzerinde yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu sebeple araştırmamız özgün bir değere sahip olmakla birlikte, gelecekte yapılacak olan çalışmalara yol gösterici niteliktedir. Araştırmamız süresince faaliyete başlayan dört hastanenin tümüne ziyaretler gerçekleştirilerek mevcut uygulamalar incelenmiştir. Şehir hastanelerinin üst yönetimlerinden alt kademelerine kadar çeşitli personeller ile yüz yüze görüşmeler yapılarak hastane içerisindeki mevcut uygulamalar önceden belirlenen fonksiyonlar altında değerlendirilmiştir. Çalışmanın fonksiyonlarını tesis yönetimi, insan kaynakları yönetimi, otelcilik hizmetleri yönetimi, tedarik zinciri yönetimi, yönetim uygulamaları, hasta güvenliği uygulamaları ve elektronik sağlık kaydı (ESK) temelli katma değerli uygulamalar oluşturmaktadır. Her bir fonksiyon ayrı ayrı değerlendirilerek tema ve kodlar belirlenmiş, şehir hastanelerinde kullanılan iyi uygulamalar ortaya çıkarılmıştır. Araştırmamız ile birlikte, ülkemizde açılmış ve açılması planlanan şehir hastanelerinde yaşanması muhtemel problemlerin iyi uygulama örnekleri ile minimuma indirgenebilmesi için diğer hastanelere yönetsel fonksiyonlar ve sağlık bilişimi konularında yol gösterici nitelikte olacak bulgulara yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şehir hastaneleri, kamu özel işbirliği, nitel araştırma, içerik analizi.

2. ABSTRACT

THE HEALTH MANAGEMENT BEST PRACTICES OF CITY HOSPITALS IN THEIR EXPANSION STAGE

This study aims to shed light on the city hospitals that are planned to be opened in other provinces of our country by examining the best practices and current situations of the already functioning Yozgat, Isparta, Adana and Mersin City Hospitals. While best practice examples within the existing city hospitals are aimed to be guides to other hospitals to be opened in the future, efforts were made to assist city hospital managers in order to make improvements in the necessary processes. Since the concept of city hospitals is a new topic in our country, there is no study on the structure, management and improvement processes of city hospitals. For this reason, our research has a unique value and it is a substantial guide for future studies. During the study, visits were made to all four hospitals that started operations and their current practices were examined. Face-to-face interviews were conducted with various personnel, from senior management to lower levels of city hospitals, and existing practices within the hospital were evaluated under predetermined functions. The functions of this study were evaluated based on facility management, human resource management, hotel services management, supply chain management, governance applications, patient safety applications and electronic health record (EHC). Themes and codes were determined by evaluating each function separately and the best practices used in city hospitals were revealed. In the research findings, it is aimed to be a guiding study on administrative functions and health informatics to other hospitals by minimizing the possible problems in city hospitals planning to be opened in all provinces in our country.

Keywords: City hospitals, public private partnership, qualitative research, content analysis.

3. GİRİŞ

KÖİ Teriminin ortaya çıkışı 1950'li yılları bulmuş, Amerika'da, eğitim ve diğer sektörlerde, sunulacak hizmetin finansmanını kamu ve özel sektörün ortaklaşa üstlenmesi olarak ifade edilen biçimde kullanılmaya başlanmıştır (1). 90'lı yılların sonlarına doğru on kadar ülke bu modeli kullanmakta iken günümüzde çoğu ülkede bu modelin kullanımının olduğu bilinmektedir (2).

Devletin en temel amaçları arasında kamunun ihtiyacı olan hizmetleri sunmak vardır. Sunulacak hizmetler arasında, hastane, yol, okul, altyapı hizmetleri ve cezaevleri gibi farklı hizmet kalemleri bulunmaktadır. Her hizmet kaleminin kamuya nasıl ve hangi şekilde sunulacağı, etkin ve verimli bir şekilde yönetiminin nasıl olacağı gibi konular üzerine olan tartışmalar geçmişten günümüze kadar varlığını sürdürmektedir (3).

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Modeli büyük çaptaki altyapı faaliyet ve projelerin finansmanını üstlenen, kamu hizmetinin sağlanabilmesi amacıyla kamu ve özel sektörün işbirliği içinde beraber olarak hareket ettiği ve kamu hizmet sunumunun ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için bütün süreçlerde gerçekleşme ihtimali olan risklerin ortaklaşa paylaşıldığı bir model olarak tanımlanabilmektedir (4).

Sağlık sektöründe KÖİ modelinin yaklaşık çeyrek asırlık bir geçmişi vardır. KÖİ modelinin tercih edilmesi sebepleri arasında iki ana neden bulunmaktadır. Bunlar, kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde, kamu yatırımlarına, özel sektörün finansman gücünden yararlanmak ve özel sektörün işletme kapasite ve yeterliliklerinden faydalanmaktır (5).

Küreselleşme süreci kapsamında tüm sektörlerde organizasyonlar ve yönetimler iç ve dış çevrelerinde yaşanan dinamiklerden daha fazla etkilenen, duyarlı sistemler haline gelerek stratejilerini bu yöne sevk etme eğilimi içerisine girmişlerdir. Bu noktada öne çıkan en önemli kavramlardan biri de yönetsel ve süreçsel açıdan sürdürülebilirliktir. Sürdürülebilirlik kavramının stratejik öneminin tekrar gündeme geldiği Şehir Hastanesi yapılanmasında gerek kamunun gerekse özel sektörün etkilerinin eşit olduğu düşünüldüğünde her iki sektörün bir araya gelerek hem yönetsel açıdan hem de işletmenin sürdürülebilirliği açısından stratejik bir ortaklık kapsamında değerlendirilmesi kaçınılmaz olmuştur.

Bu kapsamda hastanelerin stratejik amaçlarının belirlenmesi, stratejik planlama evresinde işletmenin kaynak tahsisini doğru ve etkili bir şekilde yapmasını, önceliklerinin ve tercihlerinin tüm ilgililerce anlaşılmasını, sorumluluklarının devrini ve sonuçlar çerçevesinde hesap verilebilirliğini ortaya koyabilmesi kritik bir önem taşımaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığının 2013-2017 Stratejik Planında belirlenen ilkelerle bu hedef açıkça vurgulanmaktadır.

Çalışmamız kamu-özel işbirliklerinin sonucu olarak sağlık sektöründe şehir hastanelerinden beklenen iyi uygulamaların hangi işletme fonksiyonlarında yoğunlaştığının tespit edilmesi ve iyi uygulamaların ortaya konulması bakımından zgndr. Nitekim literatür incelendiğinde kamu-özel işbirliğinin sağlık sektörüne kazandırdığı şehir hastaneleriyle ilgili iyi uygulama örneklerini içeren herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple araştırmamız gelecekte yapılacak olan tüm çalışmalara yol gösterici niteliktedir.

Bu çalışmada hali hazırda açılmış olan Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin şehir Hastaneleri, işletme fonksiyonları ve elektronik sağlık kaydı temelli fonksiyonlar açısından ele alınarak, hastanelerin yönetsel fonksiyonları ve uygulamaları, mevcut durumları çerçevesinde ilgili hastanelerin yönetici pozisyonunda olan çalışanlarıyla nitel veri toplama yöntemlerinden biri olan görüşme tekniği uygulanarak değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bu amaca ulaşmak için:

- 1) rneklem dahilindeki hastanelerin yönetsel fonksiyonlar açısından iyi uygulamaları tespit edilerek,
- 2) rneklem dahilindeki hastanelerin elektronik sağlık kaydı temelli fonksiyonlar açısından değerlendirilerek,
- 3) Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu stratejik planında (2013-2017) yer alan temel ilke ve değerler kapsamında söz konusu hastanelerin uygulamalarının incelenmesi gerçekleştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan ilkelerine uygunluğu ve sağlık hizmetinin sunulması sürecinde önemli kriterler olan;

- Hasta ve çalışan güvenliğine,
- Enfeksiyonların kontrolüne ve nlenmesine,
- Hasta haklarının ve mahremiyetinin korunmasına
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması olan etkisini tespit etmek bu çalışmanın kapsamı dahilindedir.

Kamu-zel işbirliklerinin sonucu olarak sağlık sektöründe şehir hastanelerinden beklenen iyi uygulamaların hangi işletme fonksiyonlarında yoğunlaştığının tespit edilmesi ve Sağlık Bakanlığının Stratejik Plan ilkeleriyle örtüşüp örtüşmediğinin belirlenmesi çalışmanın amacını belirtmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kamu Özel İşbirliği

4.1.1. Temel kavramlar ve gelişimi

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modellerinde ilk girişim İngiltere tarafından yasal düzenlemelerin yapıp uygun ortam oluşturulduktan sonra, kamunun özel sektörüne yanına alarak ortak kurduğu “Özel Sektör Finansman Girişimi (PFI-Private Finance Initiative)” ile yapılmıştır. İngiltere’de modelin kullanımıyla birlikte birçok ülkede uygulanmaya başlamıştır. 90’lı yılların sonlarına doğru on kadar ülke bu modeli kullanmakta iken günümüzde çoğu ülkede bu modelin kullanımının olduğu bilinmektedir (2). Dünya genelinde günümüze kadar 243 ülkede toplam 14,100 KÖİ projesi ihale, yapım ve hizmet aşamasına kavuşturulmuştur (6). Bunlar arasında havaalanları, savunma, konut, sağlık ve hastaneler, bilişim, limanlar, hapishaneler, demir yolları, yollar, okullar, spor alanları, atık yönetim projeleri vb. bulunmaktadır. Ancak projelerin önemli bir kısmının sağlık, ulaşım ve enerji sektörlerinde yoğunlaştığı görülmektedir (1).

Devletin en temel sorumlulukları arasında kamu hizmetinin sağlanması yer almaktadır. Bu hizmetlerin hangi tür de olacağı nasıl ve ne zaman sunulacağı her dönem de tartışılan konular arasında yerini almıştır. Kamu hizmet sunumunda yaşanacak en büyük sorunlar arasında bütçe açıkları sebebiyle yatırıma ayrılan payın daraltılarak kısılması yer almaktadır. Yatırıma ayrılan payın kısılması bazı kamu hizmetlerinde aksaklığa, beklenen kalite düzeyinde sunulamamasına ya da daha kötüsü hizmetin hiç verilememesine sebebiyet vermektedir. Tüm bunların ötesinde, devletin tekelinde bulunan kamu hizmetinin tüm aşamalarında (planlama, tasarım, inşaat ve işletmesi dahil olmak üzere) ortaya çıkabilecek risklerin tümüne devlet kendi çözüm bulması gerekmektedir. Kamu proje ve faaliyet finansmanını sağlamanın bir başka yolu da özelleştirme dir. Özelleştirmenin beraberinde getirdiği faydalar; piyasada rakip firma artışı nı sağlayarak rekabete dayalı ekonominin oluşturulması, devlet bütçe yükünün hafifletilmesi, sermaye piyasasının güçlendirilmesi ve elde edilecek tasarrufun tekrardan ekonomiye kazanımı, bu yöntem ile de kazanımı sağlanan fonların kamu altyapı hizmetlerine aktarılmasıdır (3).

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Modeli büyük çaptaki altyapı faaliyet ve projelerin finansmanını üstlenen, kamu hizmetinin sağlanabilmesi amacıyla kamu ve özel sektörün işbirliği içinde beraber olarak hareket ettiği ve kamu hizmet sunumunun ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için bütün süreçlerde gerçekleşme ihtimali olan risklerin ortaklaşa paylaşıldığı bir model olarak tanımlanabilmektedir (4). Kamu Özel İşbirliği Modeli ile proje geliştirme, inşa etme, finanslama ve işletmedeki risklerin önemli bir bölümü yüklenici firmalara yüklenmektedir. Ancak risklerin önemli bir bölümünün girişimcilere yüklenmesi bu alana yatırımın özel sektör açısından çok tercih edilmemesine sebep olmaktadır. Bu kapsamda yüklenici firmalar oluşabilme ihtimali yüksek olan tüm risklere karşı senaryolar oluşturarak tekliflerini hazırlamaktadır. Bu sakıncaları azaltmak adına üretimi gerçekleştiren mal ve hizmetin kamu tarafından satın alınması veya minimum kullanım ve fiyat garantisi uygulamaları hayata geçirilmektedir. Söz konusu projelerin ömürleri on yıllarla ifade edildiği için geleceğe yönelik verilen çeşitli garantiler açısından kamu-özel sektör arasında sorunlar yaşanabilmektedir (7). Ancak KÖİ Modeli, doğru proje ve koşullar altında uygulanırsa kamu ve özel sektör için kazan-kazan durumu yaratılabilir. Geleneksel ihale yöntemi yerine KÖİ Modelinin seçilme nedeni burada önemli bir nokta oluşturmakta; eğer kamu, yapması gereken yatırımlar için kaynak bulmakta sıkıntı çekiyorsa, mecburen en iyi alternatifler öne çıkacaktır.

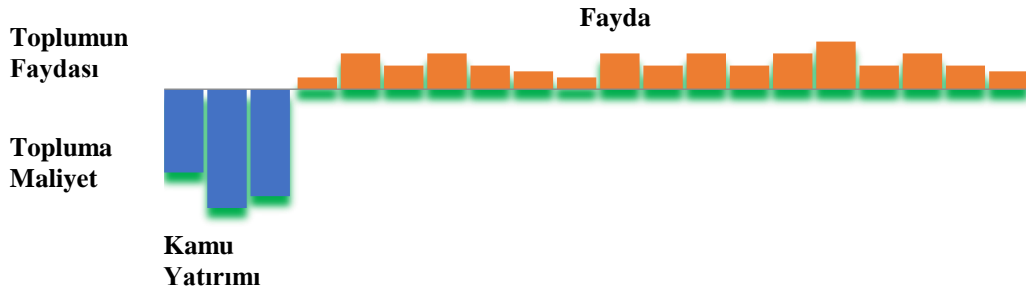
KÖİ Modelinin kamuya sağladığı en büyük yarar, devletin sunacağı hizmetlerin finansmanının kısa vadede devlet bütçesine önemli bir yük getirmemesidir. Bu sayede kamu kaynaklarını gerçekleştirilmesi daha acil alanlara yönlendirebilmektedir (8). Bu nedenle KÖİ Modeli dünyada yaygın olarak kullanılmakta ve altyapı yatırımları başta olmak üzere diğer kamu hizmetlerinde de tercih edilmektedir. Böylece, ülkeler kamu yatırımlarında maliyetlerini azaltabilmesine, özel sektör hizmet kalitesinin kamu hizmetinde de yaşatılmasına ve riskin paylaşılmasına olanak sağlamaktadır (9).

Bunların yanında KÖİ modeli kamuya çeşitli dezavantajlar da yaratmaktadır. Projelere yapılacak olan yatırımın özel sektör tarafından karşılanması borçlanma maliyetlerinin artmasına neden olabilmektedir. Ayrıca projenin yatırım ve işletme dönemini kapsayan sürenin uzun vadeli olması yüklenici firmaların muhtemel riskleri olduğunca fiyata yansıtmaya çalışır.

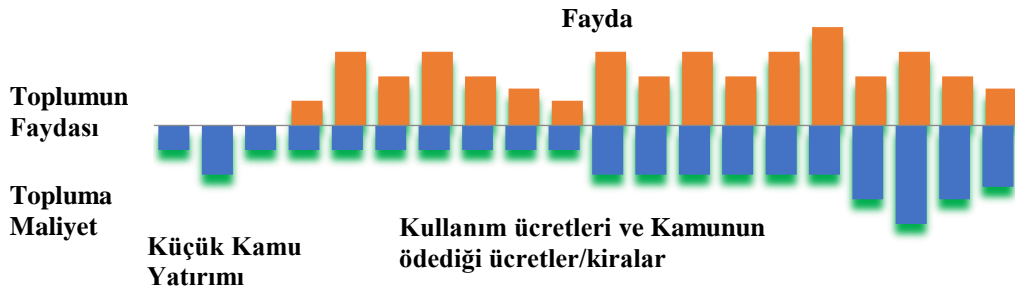
Özellikle şehir hastanelerinin işletilmesi sürecinde hem kamu hem de özel sektör, bu alanda yeni olduğu için sorunların çözüme ulaştırılması yavaş ilerlemekte ve yeni mevzuatların oluşturulması ihtiyacını doğurmaktadır.

KÖİ modeli ile yapılan şehir hastanelerinde yüklenici firmalar tarafından ihalenin muhatabı konumunda bulunacak ve 25 yıllık sözleşme süresi boyunca özel amaçlı olarak kurulan bir şirket bulunmaktadır (1).

Nitekim model uygulamasında geçmişe ve tecrübeye sahip ülkelerde yeni birimlerin/örgütlerin kurulması, personel istihdamı ve birçok hizmetin piyasadan temin edilmesi gerekliliği KÖİ'nin bu özellikleriyle de kamu harcamalarına neden olduğunu ortaya koymaktadır (10). Şekil 4.1.1.1 ve Şekil 4.1.1.2' de yatırımların finansmanında, kamu ve KÖİ modelinin karşıladığı uzun vadeli yatırım projeksiyonu gösterilmiştir.



Şekil 4.1.1.1 Kamunun Finanse Ettiği Projeler (8)

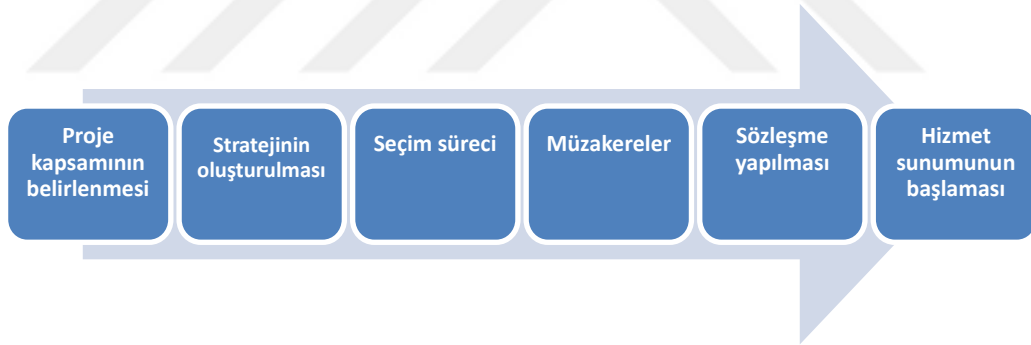


Şekil 4.1.1.2. Kamu Özel İşbirliği Özel Sektörün Finanse Ettiği Projeler (8)

KÖİ modeli sağlık sisteminin çeşitli altyapı yatırımlarında kullanılabilir iken hastane kurulumunda ve işletilmesinde kendine oldukça fazla yer edinmiştir. KÖİ modelinin başarılı bir şekilde hayata geçirilebilmesi için bazı faaliyetleri içeren süreci (Şekil 4.1.1.3.) sırasıyla tamamlaması gerekir.

KÖİ modelinin hastane kurulumu süreci; ihtiyaç duyulan yatırımın hangi ihtiyacı ne oranda karşılayacağını ve mevcut alandaki hastane hizmetlerinin tespiti yapılmasıyla başlar. Paydaş ve paydaşların rolleri tanımlanır. İhtiyacı karşılamak için riskler ve fırsatlar değerlendirilerek yapılacak ihale kapsamında stratejiler belirlenir. Projeye yapılan teklifler değerlendirilerek ön kabul gerçekleşir.

Ön kabul alan firmalar ile yapılan müzakereler sonucu ihale yapılır. İhaleyi kazanan özel sektör girişimcisi ile anlaşma yoluna gidilir. İmzalan sözleşme sonucu yatırımlar başlar ve yüklenici firma tamamen kendi kaynaklarını kullanarak Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği şartlar çerçevesinde sağlık tesisini kurar. Tamamlanan sağlık tesisinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle KÖİ uygulaması ile hizmet sunumu aşamasına geçilir.



Şekil 4.1.1.3. Kamu Özel İşbirliği Model Yapısı Kuruluş Süreci (11) (12)

Hizmet sunumunun başlaması ile; Sağlık Bakanlığı yüklenici ile olan sözleşmede belirtilen sürede belirlenen miktar kadar kira öder. Yüklenici firmalar sözleşmede kararlaştırılan ve sağlık hizmeti sunulan alanlar dışındaki ticari özellik taşıyan alanlardan ticari gelir sağlayabilmektedir. Bunların dışında hizmet alımlarının da yüklenici tarafından karşılanması istenebilir. Sözleşmede belirtilen tüm bakımlar ve yenilemeler yüklenici firmalar tarafından karşılanmak durumundadır. Sözleşme süresinin bitmesi ile (25 yıl sonunda) sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na teslim edilir (13).

4.1.2. Özellikleri

KÖİ projelerinde kamu ve yüklenici firma yatırım maliyetleri, risk paylaşımı, finansman ve sürdürülebilirliği, sorumluluk ve kar/zarar gibi konularda işbirliği içerisindedir. Bu tip işbirliklerinin temel amacı iki taraf açısından da avantajlardan ortak bir projede yararlanabilmektir. Projelerin finansman modellerine oranla taraflar arası roller değişiklik gösterebilir. Bazı durumlarda yüklenici firma hizmetin sunulmasında sorumluluk sahibi iken, bazen de sadece inşaat faaliyetlerinin yürütülmesi ve finansman desteği sağlanmasında rol alabilir. Bu tarz işbirlikleri yoluyla, kamu hizmet sunumu ve altyapı proje yatırımlarında hem tasarım ve finansman anlamında hem de işletme ve tesisin bakım/onarım çalışmalarında etkililik ve verimlilik sağlanmış olur.

KÖİ modelinin temel amacında özel sektörün kamunun sorumluluğunda olduğu herhangi bir projenin tasarlanması, finansmanının sağlanması, tesis inşaatı ve işletimi gibi alanlarda işbirliğinin olmasıdır. Kamu ise tüm bu faaliyetlerde oluşabilecek riskleri yüklenici firma ile ortak üstlenir ve elde edilecek kar ve zarar her iki taraf arasında paylaşılır.

Kamu ve özel sektörün işbirliğini çekici kılan faktörler sunulan hizmet kalitesi ve maliyet avantajları bakımından iki farklı boyutta değerlendirilebilir (14):

Sunulan hizmetin kalitesi: Kamunun her sektör ve hizmet kaleminde uzmanlık gücüne sahip olması, faaliyetler hakkında gerekli fizibilite çalışmalarını yapması ve finansal sürdürülebilirliği sağlanan verimli bir işletme olması genellikle zordur. Uzmanlık bilgi eksikliğinin olması ve belirtilen sebeplerden dolayı sunulan hizmetlerin kalitesi çoğunlukla düşüktür. KÖİ modelinin en önemli avantajlarından biri de söz konusu kamu hizmetini özel sektörün uzmanlık gücünden faydalanarak sunabilmesidir.

Maliyet avantajı: Kamunun hizmet sunumundaki verimsizliğinden kaynaklanan sebeplerden dolayı maliyeleri özel sektöre göre daha fazladır. Özel sektördeki uzmanlık gücünden faydalanarak hizmet sunumunda kaliteyi arttırırken aynı zamanda tesis inşaatı ve işletiminin de özel sektör sorumluluğunda olması ciddi maliyet avantajları sağlayacaktır.

Bettignies ve Ross (15)'a göre KÖİ'nin başlıca üç temel özelliği vardır. Birincisi KÖİ anlaşmasının çoğunluğunun birden fazla sayıda iş sözleşmesinden

oluşmasıdır. İkinci temel özellik ise sorumluluğun tek bir elden toplanması ya da birden fazla sayıda işin tek bir tarafın sorumluluğuna bırakılması ile gerçekleşir. Bu durumu açıklamak gerekirse; örneğin bir köprü inşasını düşündüğümüzde, ortaklardan herhangi biri köprünün hem finansmanını hem de inşasını ve bakımını üstlenebilmektedir. Son temel özellik ise finansmanın özel sektör sorumluluğuna bırakılmasıdır.

Çeşitli model ve yöntemleri ile çoğu sektörde uygulama örnekleri bulunan KÖİ'nin özelliklerini alan yazına bakıldığında aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (16, 17, 18, 19). Bunlar:

- KÖİ ile önceden belirlenen hizmet kalemleri özel sektörden satın alınır.
- KÖİ, sağlık hizmet sunucusunu, hizmeti talep eden kullanıcıyı ve finansman sağlayan kreditorleri, çıkarları etrafında ortak bir paydada birleştirilebilir.
- KÖİ sayesinde kamu ve özel sektör arasında zıt görüşlere sahip bir birliktelik yerine işbirliği kültürüyle örtüşen bir ilişki oluşturulur.
- Kaliteli ürün ve hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla çalışan açısından nitelikli eğitimler belirlenerek çalışanların motivasyonu ve ödüllendirmesi sağlanır.
- KÖİ çoğunlukla yüksek maliyetler gerektiren büyük çaptaki altyapı faaliyet ve projeleri için kullanılsa da günümüzde küçük boyutlardaki uygulamaları da gittikçe artmaktadır.
- KÖİ projelerini ayırt edici en önemli özellik finansmanın özel sektör tarafından sağlanmasıdır. KÖİ dışarıdan hizmet satın alınması (outsourcing) gibi bir finansman modeli ya da imtiyaz sözleşmesi değildir.
- KÖİ projelerinin çoğunda finansman, bina tasarımı, yapımı ve bakımı iç içedir. Tasarım ya da işletimin yüklenici firma sorumluluğuna bırakılmasının bilinen en yaygın amacı tek bir yüklenici firma içinde (veya konsorsiyum) birleştirilmesinden kaynaklıdır. Bu fonksiyonların birleştirilmesindeki amaç konsorsiyumun hizmet sunumu neticesinde, bağlantısı olan tüm alt kalem hizmet maliyetlerinde minimizasyon sağlanmasıdır (15).
- Devletin zorunlu kamu hizmetlerini özel sektör işbirliğiyle birlikte sunması projelere hem inovatif hem de zaman maliyeti açısından artı değer katmaktadır.
- KÖİ projelerinde genellikle yüklenici firma kanadında birden fazla özel sektör temsilcisinin bulunduğu proje şirketleri olabilir.

- KÖİ projelerinde üretilen ürünün veya sunulan hizmetin belirlenen kalite düzeyinde sürdürülebilirliğinin sağlanmasının garanti altına alınması büyük öneme sahiptir.
- KÖİ proje sözleşmeleri uzun vadeli olarak 25-49 yıllığına yapılmaktadır.
- KÖİ projelerindeki ürün veya hizmetin nitelik ve niceliği kamunun koyduğu kriterler etrafında belirlenir.
- KÖİ projelerinde kamunun temel görevi genel organizasyonu sağlamaktır. Denetim yetkisi kamunun elindedir. Dolayısıyla kamu proje sözleşme süresi boyunca her aşamada etkin rol oynar.
- Hem kamu hem de yüklenici firma kanadı üretilen ürün veya hizmetin maddi ve maddi olmayan kaynaklarına yatırım yaparken gerekli teşviki göstermelidir.
- Bu tür projelerde yer alan tüm aktörlerin yaptıkları faaliyetlerin sonuçlarının sorumluluğunu üstlenmeleri gerekir.
- KÖİ projelerinde maliyet kalemlerinin büyük bir kısmını bina yönetimine yapılan ödemeler oluşturmaktadır.
- KÖİ projelerinde sözleşme bitimi sonunda tesis kamuya devredilir.

KÖİ projelerinin temel özelliklerinin dışında KÖİ'nin temel ilkelerini de belirtmek gerekir. Bu temel ilkeler 4 başlık altında toplanabilir (20). Bunlar:

- Aktörler (taraflar, paydaşlar)
- Ağ
- Proje
- İlişki

Günümüzde bir KÖİ projesi planlaması ve geliştirilmesi, kamu, özel ve sivil toplum kesimleri açısından oldukça zordur. Her sektörün kendi özelinde farklı ekonomik ve sosyal özellikleri mevcuttur. Kamu sektörü kamunun çıkarlarını gözeterek, sosyal fayda ve çevresel farkındalığa doğru hareket ederken, özel sektör daha dinamik ve yaratıcı davranarak kar sağlama odaklı olabilmektedir. Sivil toplum kesimi “üçüncü sektör” ise sorumluluk ve acıma hisleriyle hareket eder. Fakat her sektörün faaliyet ve amaçları kamunun değişen rolleri ve özel sektörle aralarındaki sınır çizgisinin giderek bulanıklaşması bu sektörleri çoğu noktada kesiştirmektedir. Birbirlerinden farklı yapılar ve amaçlara sahip sektörler ortak amaçlar doğrultusunda hareket ettiklerinde bir ağ kurarak işbirliği içinde çalışırlar. KÖİ'ler bu ağın en büyük temsilcisidir (19).

4.1.3. Risk paylaşımı

Sağlık, altyapı ulaşım veya eğitim gibi kamu hizmetlerinin sunulabilmesi için tesis tasarımı, inşaatı, finansmanının sağlanması ve işletilmesi aşamalarından geçmesi gerekmektedir. Her hizmet kalemi kendi özelinde yüksek miktarda yatırım ve iş akış süreçlerini denetleyecek uzmanlık gücü gerektirmektedir. Fakat hem bütçe açıkları hem de kamunun birbirinden farklı alanlarda uzmanlık bilgi eksikliği sebebiyle gerekli olan hizmetlerin sunumu gerçekleştirilemeyebilir ya da maliyet fayda avantajı sebebiyle beklenen hizmet kalitesi düzeylerinde sunulamamaktadır.

Bahsedilen hizmetlerin hızlı, etkili, verimli ve sürdürülebilir olarak kamuya sunulabilmesi amacıyla farklı yöntemler uygulanmaktadır. Özelleştirme de bu yöntemleri içeren bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Özelleştirme ile birlikte kamuya ait tüm mal veya hizmetler sınırsız bir süre olarak özel sektöre bırakılır. Kamu hizmetlerinin sunumu açısından özelleştirme çoğunlukla etkin bir alternatif olarak görülse dahi, devletin bahsedilen mal ve hizmetler üzerindeki kontrolünün kaybedilmesi sebebiyle çoğu kesim tarafından eleştirilmektedir. Nitekim, kamu hizmetlerinin tamamen devlet tekelinde sunulması bahsedilen bütçe yetersizlikleri, uzmanlık bilgi eksikliği ve kontrol kayıpları vb. dezavantajları yok eden Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ-PPP) modelleridir. Bu finansman modeline günümüzde farklı sektörlerde sıklıkla başvurulmaktadır.

Kamu özel işbirliği projelerinde birden fazla türev model bulunmaktadır. Bu projelerde genellikle ilk aşamada devlete herhangi bir yatırım maliyeti külfeti olmadan, projenin özel sektör tarafından finanse edilmesi, işletilmesi ve tüm süreç genelinde oluşabilecek risklerin ise kamu ve yüklenici firmalar tarafından ortaklaşa paylaşılması esası vardır. Oluşan işbirliği sayesinde hem kamuya sunulacak hizmetlerin sürdürülebilirliği ve beklenen kalite düzeyi sağlanmakta hem de bu süreç tamamen devlet kontrolünde devam etmektedir. Özetlemek gerekirse KÖİ projeleri her iki taraf içinde kazan-kazan (win-win) yaklaşımına dayanmaktadır (3).

Proje, ekonomik ömrü boyunca farklı risklerle karşı karşıya kalınabilir. KÖİ projeleri olası risklere göre 3 temel aşamada incelenmektedir. Bu aşamalar projenin tasarım aşaması, inşaat aşaması ve işletme aşamasıdır. Tasarım ve geliştirme aşamasında, tüm sürecin fizibilite çalışmasının da dahil edilmesiyle maliyet-fayda analizi yapılmaktadır.

Bu analiz sonucunda projenin olası riskleri, inşaat ve operasyonel maliyetler, bakım-onarım maliyetleri, lojistik maliyetler (gemi, uçak, tır), kamulaştırma maliyetleri, ekonomik ömürler, dolaylı ve direkt gelirler, projenin vergileri de olmak üzere çeşitli kalemlerde hesaplamalar yapılarak risk analizleri oluşturulmaktadır.

Tüm bu hesaplamaların yapılmasının devamında KÖİ projesinin geçerli olup kabul edilebilmesi ve risklerin karşılanabilmesi amacıyla yüklenici firmanın projeye koyduğu sermayenin fırsat maliyetini geri kazanabilmesi gerekmektedir (21).

4.1.4. Finansman modelleri

Bir projenin tasarımının yapılarak inşası ya da mevcut projenin geliştirilmesi amacıyla yeterli ve uygun şartlarda kaynak oluşturulması, proje finansmanı olarak tanımlanmaktadır. Proje finansmanı, büyük çapta sermaye isteyen yatırımların faaliyete geçirilmesi amacıyla kullanılan finansmandır. Projelerin finansmanını sağlamaya talep olan özel sektör kurumları, projeden elde edilecek gelir yaratma gücünün ve proje varlıklarının teminat olarak kullanılabilmesi ile yakından ilgilidirler (3).

KÖİ projeleri, 1990'lı yılların başlarından bu yana Amerika, Avustralya ve çoğu Avrupa ülkesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. 2000 yılların başında Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre; devletlerin KÖİ modellerine başvuru sebepleri arasında, özel sektörün maliyet tasarrufu, uzmanlık gücü, esneklik ve hızlı karar alabilme ve uygulamaya başlayabilme kabiliyeti, yüksek kalitede hizmet sunabildiğini ortaya koymuştur (22).

Uzun vadeli bir süreç ve yüksek yatırım maliyetleri gerektiren kamu yatırımlarının gerçekleştirilebilmesi için özel sektördeki firmaların başta finansman kaynakları olmak üzere deneyimlerinden ve işletme yönetimleri üzerindeki etkililik ve verimliliğinden yararlanmayı amaçlayan finansman modelleri 1970'li yıllarda adından söz ettirmiş 1980'lerin başlarında itibaren dünyada yaygın kullanımına başvurulmuştur. Projelerin finansman problemlerinin çözülebilmesi amacıyla birbirinden farklı finansman modelleri uygulanmaya başlanmıştır. Bu modellerin 1990'lı yıllardan itibaren "Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) – Public Private Partnership (PPP)" sisteminde çeşitli finansman modelleri kullanılmaya devam etmektedir (23). KÖİ modelleri kendi içerisinde özel sektörün proje planlamasında üstlendiği

sorumluluklar bakımından çeşitlilik göstermektedir. Özel sektördeki yüklenici firmalar kamu hizmeti için oluşturulan projelerin tasarımını, inşaatını, yönetimini ve sahipliğini üstlenebilir.

Devletler tarafından sıkça kullanılan KÖİ proje finansman modelleri aşağıdaki gibidir:

- Yap Devret (YD) – Build Transfer (BT)
- Yap Kirala İşlet Devret (YKİD) – Build Lease Operate Transfer (BLOT)
- Yap Devret İşlet (YDİ) - Build Transfer Operate (BTO)
- Yap İşlet Devret (YİD) – Build Operate Transfer (BOT)
- Yap Sahiplen İşlet Devret (YSİD)- Build Own Operate Transfer (BOOT)
- Yap Sahiplen İşlet (YSİ) – Build Own Operate (BOO)

Tablo: 4.1.4.1. Kamu-Özel Sektör İşbirliği Modelleri

Devlet Finansmanı	Kamu Özel Sektör Ortaklık Modelleri						Özelleştirme
-Proje devlet tarafından finanse edilerek işletilir. -Risk ve getiri devlete aittir.	↓	↓	↓	↓	↓	↓	-Kamu hizmeti özel sektör tarafından sahiplenilir ve işletilir. -Risk ve getiri özel sektöre aittir
	YD BT	YKDİ BLOT	YDİ BTO	YİD BOT	YSİD BOOT	YSİ BOO	

Yap Devret (YD) / Build Transfer (BT) modelinde, kamu tasarım ve inşaat sürecindeki kalite standartlarını belirler. Maliyet analizi yapar ve performans kriterlerini oluşturur. Özel sektördeki işbirliği yaptığı yüklenici firmanın uygulamalarını kontrol eder. Proje inşaatının tamamlanmasının ardından işletme amacıyla devlete devredilir. Model çoğunlukla kamunun sahipliğini gözetir. Özel sektörün sadece tesis tasarım ve inşaatı aşamalarındaki uzmanlığından faydalanmayı esas alır.

Modelin sağladığı başlıca avantajlar; inşaat sürecinde olası risklerin yüklenici firma üzerinde olması, tasarım sürecinin yüklenici firma uzmanlığında ilerlemesi ve bu sebeple daha kaliteli tesis yapısının oluşturulması, tesis inşaat süresinin daha kısa sürede tamamlanabilmesidir.

Yap Kirala İşlet Devret (YKİD) / Build Lease Operate Transfer (BLOT) modelinde özel sektör kanadındaki yüklenici firmanın tesis inşasını tamamlayarak sahipliğini ise kamuya teslim ettiği bir proje de bazı durumlarda bazen projenin kendisini bazen de ilgili birimlerini belirli bir zaman aralığı için kiralar. Bu tür finansman modeli sıklıkla yapılan projenin özel sektörün sahipliğinde kalmaması gerektiği durumlarda kullanılmaktadır. Örnek vermek gerekirse; tünel, otoyol ve köprülerin kamu malı olarak kalması gibi.

Yap Devret İşlet (YDİ) / Build Transfer Operate (BTO) modelinde ise kamu, projenin finans kaynağı ve inşaat süreçleri için bir ortak bulur. Proje inşaatı tamamlandığında ise sahipliği kamuya devredilir. İnşaat karşılığında kamu işbirlikçi yüklenici firmasına önceden belirlenen geliri kazanana kadar tesisi işletme hakkı verir. Modelin en önemli avantajı; kamunun özel işbirlikçisinin inşaat ve işletme tecrübelerinden yararlanması ve bu yöntemle maliyetlerde tasarruf sağlayabilmesidir. Tesisin sahipliği tamamen kamuya aittir. Kamu tesis üzerindeki gelir ve gider akışını denetleyebilme yetkisini elinde bulundurur. İşletmenin performans ve hizmet kalite standartları kamu tarafından denetlenir. Belirlenen standartlar sağlanmadığında yüklenici firma değiştirilebilir.

Yap İşlet Devret (YİD) / Build Operate Transfer (BOT) modeli de yüksek teknoloji ve finansman desteği gerektiren kamu altyapı hizmetlerinin özel bir yüklenici firma tarafından desteklenerek gerçekleştirilmesi sonucu yapılan işbirlikleridir. Belirlenen bir süre sonucunda projeyi yüklenici firmanın işletmesi ve üretim sonucu mal veya hizmeti de önceden belirlenen tarifeler göz önüne alınarak kamu kurum ve kuruluşlarına satmasıdır. Süreç sonunda ise yüklenici firma, işlettiği projenin veya tesisin bakımını tamamlayıp eksiksiz bir şekilde kamuya devreder. Bu modele örnek verecek olursak; İngiltere-Galler arasındaki Sevem Makas Köprüsü, Çin'deki Shajao enerji santrali gösterilebilir.

Yap Sahiplen İşlet Devret (YSİD) / Build Own Operate Transfer (BOOT)

modelinde başta Avustralya olmak üzere çoğu gelişmekte olan ülkelerde yüksek bütçe maliyetleri gerektiren altyapı çalışmalarında (yol, köprü, baraj gibi) kullanılan bir finansman modelidir. Bu modelde de yüklenici firma tesisin inşaatı için fonlama desteği sağlar, tasarlayıp inşa eder ve belirlenen süre zarfı için sahiplenir ve tesisi işletir. Belirlenen süre genellikle 15 ile 30 yıl arasında değişmektedir. Süre dolduktan sonra tesis kamuya devredilir. Dünya genelinde Dünya Bankası, Asya Kalkınma Bankası ve Avrupa Kalkınma Bankası modelin destekleyicisi konumundadır. Örnek vermek gerekirse; Yeni Zelanda'da kurulan Mangawhai Limanı atık sus tesisi, Avustralya'daki Sidney Limanı Tüneli verilebilir.

Yap Sahiplen İşlet (YSİ) / Build Own Operate (BOO) tesis tasarımı, inşaatı

ve finansmanı bakımından yap-sahiplen-işlet-devret modeliyle benzerdir. En önemli farkı ise tesisin belirlenen bir işletme süresi sonunda kamuya devredilmemesidir. (süresiz işletim hakkına sahip olunması). Ancak, devlet tesisin işletilmesi hususunda bazı standartlar belirleyerek düzenlemeler yapabilir. Örneğin, fiyatlandırma politikaları üzerine kamunun söz hakkı olabilir. Dünya genelinde örnek vermek gerekirse; Amerikan Calenergy, Duke Energy ve Alman Siemens işbirliği ile Litvanya'da yapılması planlanan \$400 milyonluk bir enerji santrali gösterilebilir.



Şekil: 4.1.4.2. Özel Sektörün Proje Risklerine ve Yönetime Katılım Derecesi

Tüm kamu özel işbirliği modellerinde, özel sektörün risk paylaşım seviyeleri ve tesisin yönetimine katkı derecesi farklılık gösterir. Şekil 4.1.4.2’de her bir finansman modeli için özel sektör katkısı ve üstlenilen risk derecesine göre sıralaması gösterilmektedir (14).

KÖİ modelleri günümüzde başta İngiltere, Amerika, Hollanda ve Avustralya olmak üzere çoğu ülkede sıklıkla kullanılmaktadır. Tablo 4.1.5.3’de KÖİ modellerinin yaygın olarak kullanıldığı ülkeler ve kullanım alanları sıralanmıştır.

Tablo: 4.1.4.3. Kamu Özel Sektör İşbirliği Modellerinin Diğer Ülkelerdeki Kullanım Alanları

Ülke	Kullanım Alanları
Finlandiya	Ulaşım, okul ve üniversite inşaatı
Fransa	Su ve atık tesisleri
Yunanistan	Yol yapımı ve tren taşımacılığı
İrlanda	Ulaşım, eğitim ve atık su tesisleri
İtalya	Hastane, ulaşım ve atık tesisleri
Portekiz	Havaalanı ve yol inşaatı
İspanya	Otoban ve atık su tesisleri
Japonya	Hastane, huzurevi, bilişim ve ulaşım
Avusturalya	Yol yapımı, hastane ve hapisane
Güney Afrika	Hapisane, su ve atık su tesisleri, hastane ve okul yapımı

4.2. Sağlıkta Kamu-Özel İşbirliği

4.2.1. Kamu- özel işbirliğinin sağlıktaki gelişimi

Sağlık sektöründe KÖİ modelinin yaklaşık çeyrek asırlık bir geçmişi vardır. KÖİ modelinin tercih edilmesi sebepleri arasında iki ana neden bulunmaktadır. Bunlar, kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde, kamu yatırımları sürecinde özel sektörün finansman gücünden, işletme kapasite ve yeterliliklerinden yararlanmaktır (5).

Bu alanda dünya genelinde KÖİ modelini başta İngiltere olmak üzere Fransa, İtalya, İspanya, Almanya, Avustralya, Macaristan, Romanya, Polonya, Güney Afrika Portekiz, Japonya, Kanada, Meksika, ülkeleri uygulamaktadır.

Ülkeler KÖİ alanında yatırım yapmaya devam etmelerine rağmen toplam kamu yatırımları içerisinde hala küçük bir kısmı oluşturmaktadır (24).

Tablo: 4.2.1.1. Dünyada Sağlık Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları (25)

Ülkeler	Başlangıç Yılı	Proje Sayısı	Proje Bütçesi
İngiltere	1990	130	15 Milyar \$
İtalya	1999	50	6,5 Milyar \$
Almanya	2002	21	3 Milyar \$
Fransa	2002	50	5 Milyar \$
Portekiz	2002	6	1 Milyar \$
Kanada	2003	92	26 Milyar \$
Türkiye	2009	34	20 Milyar \$

Kamu-Özel İşbirliği Modeli her ülkenin kendine özgü özelliklerine göre değişiklikler gösterebilir. OECD bu konuda hazırladığı raporda KÖİ modelini uygulayan ülkelerin bu işbirliğinin yürütülebilmesi (ihale süreci, bütçe hesaplamaları, denetim vb.) için ayrı bir birim oluşturulmasının gerekliliğini belirtmiştir.

Bu birimin bakanlıklara bağlı ayrı bir birim, üst kurul tipi özerk bir yapı veya kamu tüzel kişisi ya da özel hukuk tüzel kişisi olmasının ülkelerin özelliklerine göre belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (24).

4.2.2. Avantaj ve dezavantajları

Sağlık sisteminde KÖİ modeli ile ülkemize kazandırılan Şehir Hastanelerinin çeşitli avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bunlar: (1, 8, 10, 26, 27)

Avantajları;

- Kamu sektöründe reform yapılmasını teşvik eder.
- Kamu hizmeti daha kaliteli ve hesaplı şekilde ifa edilebilir.
- Kamu hizmetlerinin finansmanında yaşanan sıkıntılara alternatif çözüm oluşturur.

- Yüksek finansman kaynağı gerektiren projelerin hayata geçirilmesi kolaylaşır.
- Rekabetçi ortam oluşturarak, sunulan hizmetin kalite düzeyini artırır.
- Kamu hizmetlerinin görülmesinde özel sektör kapasitesinin kullanılmasına olanak verir.
- Devletin ekonomik faaliyetlere katılım payını ve yönetimin getirdiği sorumluluk yükünü azaltır.
- Proje riskinin paylaşılmasını sağlar.
- Yatırım maliyetleri sebebiyle oluşacak bütçe açıklarının önüne geçer.
- Yüklenici firma tarafından kaynaklanan proje hatası vb. sebeplerden dolayı sağlık hizmet sunumu sürecinin aksamasına neden olan ‘kusurlar ve engeller’ ortadan kaldırılmadığı veya düzeltilmediği her dakika için yaptırım uygulanarak ceza kesilir. Kesilen ceza kullanım bedelinden düşülür.
- Hastanelerde özel sektörün süreç yönetiminin hızlı olması ve kamu hastanelerinde yaşanan ödenek yetersizliği gibi sorunların yaşanmaması ileri teknoloji yapılarının uygulanmasına imkân sağlar.
- Hastaneler teknolojik altyapı açısından; yeşil hastane sistemleri, trijenerasyon, deprem izolatörleri, yatak başı kapalı alanlarda dünya standartları üzerinde artış, kapalı otopark vb. sistem ve yapısal kazanımlar sağlar.
- 25 yılın sonunda hastaneler bakımlı ve işler durumda ayrıca bir bedel ödenmeden Sağlık Bakanlığına devredilecek.
- Ülke genelinde tedavi çeşitliliğinin yayılması, hizmet kalitesinin artması, yeni teknolojilerin kullanılması, nitelikli yatak kapasitesinin artması gibi avantajlar da sağlamaktadır.

Dezavantajları;

- Büyük ölçekli projelere sermaye teklifine belirli bir büyüklükte sınır getirilerek ihale aşamasında rekabetçi ortamın oluşması engellenmektedir.
- İç pazarda yaşanan kısıtlılıklar nedeniyle maliyetler artabilir.

- Projenin yatırım ve işletme dönemini kapsayan sürenin uzun vadeli olması yüklenici firmaların muhtemel riskleri olduğunca fiyata yansıtmaya çalışacaktır.
- Sözleşme tasarım, uygulama ve yönetiminin profesyoneller tarafından yapılması gerekir. Aksi halde, risklerin öncelik sıralamalarının yapılamayışı, yetersiz veya eksik yaptırımların olması uzun vadeli sorunlar yaratabilir.
- Özel sektöre borçlanıldığı için kaynak maliyetleri daha da artmaktadır.
- Sözleşmelerin uzun vadeli olması kaynağa uzun vadeli ödeme zorunluluğu yaratmaktadır. Bu durum kamunun genel bütçe esnekliğini azaltmaktadır.
- Şehir Hastanelerinin işletilmesi sürecinde hem kamu hem de özel sektör, bu alanda, yeni olduğu için sorunların çözüme ulaştırılması yavaş ilerlemekte ve yeni mevzuatların oluşturulması ihtiyacını doğurmaktadır.
- Sözleşmelerin uzun vadeli olması işletim süreci içerisinde değişen personelin (hem kamu hem de özel tarafında) kılavuzları/mevzuatı anlama farklılığından kaynaklanan sorunlar oluşabilir.

4.2.3. Şehir hastaneleri projeleri

Yozgat Şehir Hastanesi

Yozgat Şehir Hastanesi Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün kamu özel işbirliği projesi kapsamında 2017 yılının Nisan ayında hizmete açılmıştır. 141.000 m2 toplam inşaat alanına kurulmuştur. 475 yatak, 127 poliklinik, 17 ameliyathane, 34 yoğun bakım yatağı ve 27 yoğun bakım ünitesine sahiptir. Aylık ortalama hasta bilgileri; Acil hasta sayısı: 14.800, Poliklinik muayene sayısı: 65.000, Yatan hasta sayısı: 9.800, Yoğun bakım hasta sayısı: 1.500'dür.

Isparta Şehir Hastanesi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün kamu-özel işbirliğinde hayata geçirdiği 3. şehir hastanesi Isparta Şehir Hastanesi 2017 yılının mart ayında hizmet vermeye başlamıştır. 755 yatak, 167 poliklinik, 20 ameliyathane, 131 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır.

Adana Şehir Hastanesi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün kamu-özel işbirliğiyle Türkiye'ye kazandırdığı Adana Şehir Hastanesi 2018 yılının Eylül ayında hizmet vermeye başlamıştır.

547.000 m2 toplam inşaat alanına sahip olan Adana Şehir Hastanesi genel hastane binası, göğüs hastalıkları ve kalp damar, kadın doğum ve çocuk, yüksek güvenli adli psikiyatri (YGAP) ve fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) hastanelerinden oluşmaktadır. 1550 yatak, 324 poliklinik, 57 ameliyathane, 215 yoğun bakım yatağı ve 35 yeni doğan bakım yatağı kapasitelidir.

Aylık ortalama hasta bilgileri; Acil hasta sayısı:41.500, Poliklinik muayene sayısı: 139.000, Yatan hasta sayısı: 31.400, Yoğun bakım hasta sayısı: 6000'dir.

Mersin Şehir Hastanesi

Türkiye'de kamu özel işbirliği projesinde hayata geçen ilk şehir hastanesi Mersin'de 2017 yılının şubat ayında açılmıştır. 374.813 m2 kapalı bir alana sahip olan Mersin Şehir Hastanesi; genel hastane binası, kalp ve damar, kadın doğum ve çocuk, genel onkoloji ve psikiyatri hastanelerinden oluşmaktadır. 1300 yatak, 280 poliklinik, 52 ameliyathane, 214 yoğun bakım yatağı kapasitelidir.

4.2.4. Şehir hastanelerinin kapsam ve uygulaması

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

4.2.5. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kamu-özel iş birliğinin gelişimi: Şehir hastaneleri

Kamu Özel İşbirliği sözleşmesinde devlet kamu hizmetini tamamıyla özel sektöre devretmemekte fakat bu hizmetin ifası aşamasına özel sektörü dahil etmektedir. Nitekim kamu hizmetinin sunumundan kaynaklanan sorumlulukları devlet tüzel kişiliği üzerindedir. Şehir hastaneleri uygulamasında kesin bir ifadeyle özel sektörün bina inşaat, bakım ve işletimi (çekirdek hizmetler dışında) özelinde sorumluluğu olduğu, kamu hizmetlerine yönelik süreçlerin ise Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğu altında olduğu ifade edilmektedir (2).

Ülkemiz sağlık sektöründe 2000’lerin başlarına kadar KÖİ projeleri yapılmamıştır. Yaşanan döneme kadar çoğunlukla dış kaynak (outsourcing) uygulamalarına yer verilmiştir. KÖİ Modeli Sağlık alanında mevzuata girmesi, 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun’a 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile ek 7. maddenin eklenmesi ile gerçekteşmiştir (28). Ek madde ile; hazineye ait taşınmazların, üzerinde sağlık tesisi yapmaları için ihale yöntemiyle belirlenen yüklenici firmalara tahsis edilmesini, yüklenicilerin tahsis edilen araziler üzerinde Sağlık Bakanlığının belirlediği özelliklere sahip sağlık tesisi yapmaları, sağlık tesislerini sözleşmelerinde belirlenen süre için kamuya kiralamaları ve süre bitiminde tesislerin bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi yatmaktadır.

2013 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurularak “Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı” oluşturulmuştur. Oluşturulan altı alt birimiyle (Arsa Tespit, İmar ve Altyapı Birimi, Finans Hizmetleri Birimi, İdari İşler ve Bilgi Sistemleri Birimi, İhale Birimi, Koordinasyon ve Raporlama Birimi, Sözleşme Yönetimi Birimi) hizmet vermeye devam etmektedir (29). KÖİ modeli ile oluşturulan projelere hız kazandırmak için 2013 yılında “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” çıkartılmıştır (13).

Yatırım aşamasına kadar kamu kaynaklarının kullanılmaması ve sağlık tesisinin devrinin gerçekleşmesinden sonra belirlenen kira bedeli ödemesi yapılarak sağlık tesisleri yüklenici firmalara yaptırılmaktadır. Kira süresi; mevzuatta belirlenen üst sınırı 49 yıl olarak belirlense de uygulama örnekleri genelde inşaat dönemi 5 yıl ve işletme dönemi 25 yıl olmak üzere toplam 30 yıl olarak belirlenmektedir (1).

Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Sağlık Bakanlığı 2017 yılı da dahil olmak üzere toplam 32 şehir hastanesi hayata geçirilmesi planlamıştır. Bahsedilen projeler bittiğinde 14 milyon 159 bin m2 kapalı alan ve 42.199 hasta yatak kapasitesi hedeflenmektedir. Saha çalışmasının yapıldığı tarih aralığında; Yozgat, Mersin, Isparta ve Adana Şehir Hastaneleri hizmete açılmıştır. Sonrasında ise Kayseri, Manisa Elazığ, Ankara Bilkent ve Eskişehir şehir hastanelerinin açılışı gerçekleştirilmiştir. Diğer şehir hastanesi projeleri ise ihale ve yapım aşamasındadır. 2023 yılına kadar planlanan hastanelerin hizmet vermeye başlaması beklenmektedir (30).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Problemin tanımı

Şehir Hastanesi kavramının ülkemizde oldukça yeni bir konu olması sebebiyle, Şehir Hastanelerinin yönetimi, yapısı ve iyileştirme süreçleri üzerinde yapılan bir çalışma bulunmaması çalışmanın temel problemini oluşturmaktadır. Aynı zamanda kamuoyunda Şehir Hastaneleri hakkında ortaya çıkan bazı yanlış algılar da tanımlanan problemler arasında yer almaktadır.

Araştırmanın temel amaç sorusu:

- Şehir Hastanelerindeki iyi uygulama örnekleri nelerdir?

Alt amaç soruları:

- Tesis Yönetimi (Yönetim Zorlukları, Geleceğe Dayanıklılık, Atık Sistemleri) hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- İnsan Kaynakları Yönetimi (Tıbbi Hizmet Veren Personel Yönetimi, Tıbbi Hizmet Dışı Personel Yönetimi) uygulamaları hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Otelcilik Hizmetleri Yönetimi hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Tedarik Zinciri Yönetimi (Satın Alma, Lojistik) hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Yönetişim Uygulamaları (Paydaş Katılımı, Yönetimin Hesap Verebilirliği) hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?
- Hasta Güvenliği Uygulamaları (Ameliyathane Güvenliği, Yeni Doğan Güvenliği) ve Kalite Yönetim Bilgi Sistemi hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?

- Elektronik Sağlık Kaydı Temelli Katma Değerli Uygulamalar (Kapalı Döngü İlaç Uygulaması, Dijital Görüntü Yönetimi, Klinik Karar Destek Sistemi, Elektronik Order) hakkındaki iyi uygulama örnekleri nelerdir?

5.2. Araştırmanın amacı ve önemi

5.2.1. Araştırmanın amacı

Bu çalışmada hali hazırda açılmış olan Isparta, Mersin, Adana ve Yozgat Şehir Hastaneleri, işletme fonksiyonları ve elektronik sağlık kaydı temelli fonksiyonlar açısından ele alınarak; hastanelerin yönetsel fonksiyonları ve uygulamaları, mevcut durumları çerçevesinde ilgili hastanelerin yönetici pozisyonunda olan çalışanlarıyla nitel görüşme tekniklerinden biri olan yüz yüze görüşme yöntemiyle incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için:

1) Örneklem dahilindeki hastanelerin işletme fonksiyonları açısından iyi uygulamalarının tespit edilmesi,

2) Örneklem dahilindeki hastanelerin elektronik sağlık kaydı temelli fonksiyonlar açısından değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

3) Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu stratejik planında (2013-2017) yer alan temel ilke ve değerler kapsamında söz konusu hastanelerin uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan ilkelerine uygunluğu ve sağlık hizmetinin sunulması sürecinde önemli kriterler olan;

- Hasta ve çalışan güvenliğine,
- Enfeksiyonların kontrolüne ve önlenmesine,
- Hasta haklarının ve mahremiyetinin korunmasına,
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasına olan etkisini tespit etmek,

bu çalışmanın kapsamı dahilindedir.

5.2.2. Araştırmanın önemi

Mevcut şehir hastaneleri bünyesindeki iyi uygulama örneklerinin gelecekte açılacak olan diğer hastanelere yol göstermesi sağlanırken, gerekli görülen süreçlerde iyileştirmelerin yapılması adına şehir hastaneleri yöneticilerine yardımcı olmak planlanmaktadır.

Çalışmamız kamu-özel işbirliğinin sonucu olarak sağlık sektöründe şehir hastanelerinden beklenen iyi uygulamaların hangi işletme fonksiyonlarında yoğunlaştığının tespit edilmesi ve iyi uygulamaların ortaya konulması bakımından özgündür. Nitekim literatür incelendiğinde kamu-özel işbirliğinin sağlık sektörüne kazandırdığı şehir hastaneleriyle ilgili iyi uygulama örneklerini içeren herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple araştırmamız gelecekte yapılacak olan tüm çalışmalara yol gösterici bir nitelikte olması araştırmanın önemini oluşturmaktadır.

5.3. Araştırmanın katılımcıları

Bu araştırmanın katılımcıları Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir hastanelerinde çalışan orta ve üst düzey yöneticilerdir. Nitel araştırmalarda örneklem seçimi araştırılan konudaki problemin özelliği ve bu problemin çözümüne yönelik araştırmacının elinde bulunan kaynaklarla çok yakından ilişkilidir.

Bazı çalışmalarda tek bir kişi bile araştırmanın örneklemini oluşturabilir (31). Araştırmaya dâhil edilecek kişilerin belirlenmesinde ölçüt örneklem ve kartopu (zincir) örneklem yöntemleri kullanılmıştır. Amaçlı örneklem türlerinden biri olan ölçüt (kriter temelli) örneklem yöntemi, araştırılan duruma yönelik tecrübe sahibi kişileri temsil eden bireylerden oluşacağı için çalışmalarda başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (32). Aynı zamanda çalışılan olguyu deneyimleyen birey sayısı fazla ise bazı seçim ölçütlerinin oluşturulması araştırmacının örneklem seçimi sürecindeki işini kolaylaştırarak çalışmanın anlamlılık derecesini arttıracaktır (33). Ölçüt örneklem yönteminin temel işleyişi, çalışma yapılmadan önce kararlaştırılmış birtakım değerli ölçütleri karşılayan tüm olguları gözden geçirip değerlendirmeyi esas alır. Ölçüt örneklemin kilit noktası, belirlenecek olan olgunun bilgi verme açısından fayda sağlamasıdır (34).

Diğer bir amaçlı örnekleme yöntemi olan kartopu örnekleme yönteminde ise ilk olarak araştırmaya veri sağlayabilecek bir kişiye ulaşılır. Sonrasında o kişi vasıtasıyla başka bir kişiye, o kişinin yardımıyla da diğer başka bir kişiye şeklinde veriler doyunluğa ve çalışmayı tamamlayabilecek seviyeye gelinceye kadar devam edilir (35).

Çalışmada ulaşılan örneklemedeki kişilere bazen araştırmacının kendisi planlı olarak bazen de kartopu örnekleme yöntemiyle ulaştığı kişilerin farklı örneklemlere yönlendirmesiyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin tamamı katılımcıların odasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı derinlemesine görüşme sırasında konunun gidişatını yönlendirebilmek ve akışını bozmamak adına sadece görüşmeciyeye odaklanmalıdır. Özellikle yarı yapılandırılmış görüşme formlarıyla genel çatısı oluşturulan derinlemesine görüşmelerde, araştırmacı katılımcının ne söylediğini iyi analiz etmeli ve görüşme sırasında konuyu çözümleyerek katılımcıya ana soruyla aynı amaca hizmet eden paralel sonda sorular sorabilmelidir. Eğer araştırmacı katılımcının verdiği cevapları not almaya odaklanır ise soruyla ilgili kilit noktaları kaçırma tehlikesiyle karşı karşıya kalacaktır.

Diğer bir yandan ise sadece kilit noktalara odaklanırsa da eksik not alma kaygısı yaşayacaktır. Hatta görüşme sürecinde gerekli çözümlemeyi yapamaz ise bazı kısımları önemsiz diyerek not almayacak belki de çalışma için gerekli olan hayati verileri kaybedecektir.

Patton (34) görüşme yapılan kişinin söyledikleri kayıt altına alınmazsa, görüşme soru formlarının ne kadar kaliteli hazırlandığının ya da hazırlanırken hangi yönetim ile oluşturulduğunun bir öneminin kalmayacağına belirtmektedir. Merriam (36) ise söz konusu tehlikelerden kaçınabilmek ve güvenilirliği arttırabilmek adına görüşme sırasındaki verilerinin kaydedilmesinde en uygun yöntemin ses kayıt cihazı kullanmak olduğunu söylemiştir. Nitekim, ses kayıt cihazının konuşulan her bir kelimenin korunmasını garanti altına aldığını bu sayede veri kaybı tehlikesinin ortadan kaldırılacağını vurgulamaktadır. Belirtilen sebeplerden dolayı görüşme öncesinde katılımcıların da izni alınarak görüşmelerdeki veriler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır.

Tablo 5.3.1. Katılımcı Listesi

No	Katılımcılar	Çalıştığı Kurum	Unvanı	Görüşmenin Yapıldığı Yer
1	Katılımcı 1	Yozgat Şehir Hastanesi	Başhekim	Katılımcının Odası
2	Katılımcı 2	Yozgat Şehir Hastanesi	Kalite Yönetim Direktörü	Katılımcının Odası
3	Katılımcı 3	Yozgat Şehir Hastanesi	Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü	Katılımcının Odası
4	Katılımcı 4	Yozgat Şehir Hastanesi	Başhekim Yardımcısı	Katılımcının Odası
5	Katılımcı 5	Isparta Şehir Hastanesi	Başhekim	Katılımcının Odası
6	Katılımcı 6	Isparta Şehir Hastanesi	Başhekim Yardımcısı	Katılımcının Odası
7	Katılımcı 7	Isparta Şehir Hastanesi	İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı	Katılımcının Odası
8	Katılımcı 8	Isparta Şehir Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Katılımcının Odası
9	Katılımcı 9	Isparta Şehir Hastanesi	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Katılımcının Odası
10	Katılımcı 10	Isparta Şehir Hastanesi	Bilgi İşlem-Denetim Birimi/Bilgisayar Mühendisi	Katılımcının Odası
11	Katılımcı 11	Mersin Şehir Hastanesi	Başhekim Vekili	Katılımcının Odası
12	Katılımcı 12	Mersin Şehir Hastanesi	İşletme Genel Müdürü	Katılımcının Odası
13	Katılımcı 13	Mersin Şehir Hastanesi	İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	Katılımcının Odası
14	Katılımcı 14	Mersin Şehir Hastanesi	Yazılım Destek Uzmanı	Katılımcının Odası
15	Katılımcı 15	Mersin Şehir Hastanesi	HBYS Müdürü	Katılımcının Odası
16	Katılımcı 16	Adana Şehir Hastanesi	İşletme Genel Müdürü	Katılımcının Odası
17	Katılımcı 17	Adana Şehir Hastanesi	Başhekim Yardımcısı	Katılımcının Odası
18	Katılımcı 18	Adana Şehir Hastanesi	Firma BT Yöneticisi	Katılımcının Odası

5.4. Veri toplama ve uygulama yöntemleri

Bu çalışmada, kişilerin gözlemlenebilen davranışlarının, söylediklerinin ve yazdıklarının anlamlı bir veri oluşturulması hususunda araştırmacıya yardım eden nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, “gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma” olarak tanımlanabilir (32).

Nitel araştırmaların temellerini merak ve istek kavramları oluşturur. Nitel araştırma sürecindeki kilit nokta araştırmacıdır (37). Aynı zamanda nitel araştırma yöntemleri zaman ve emek gerektiren değişkenlik gösteren karmaşık ve tartışmalı bir alandır. Bu sebeple nitel araştırma tek bir varlığın karşılığı değil aynı zamanda büyük bir çeşitliliği çatısı altına alan bir terimdir (38).

Nitel araştırmanın temelini oluşturan kriterlerinden biri çalışmaya katılan kişilerin araştırılan olgu ya da durumla ilgili algı ve tecrübelerinin ortaya konulmasıdır. Bu durum da araştırma yönteminin seçilmesinde etkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma süreci ise soruların oluşturulması ve anlamlı verinin toplanabilmesi, özelden genele doğru bir bilgi akışı sağlayıp temalara ulaşmayı hedef alan tümevarımsal bir analiz ile devam eden ve son olarak araştırmacının verileri kendi özgün değerleriyle yorumlayıp raporlaması adımlarından oluşmaktadır (39).

Bir problem veya konu keşfedilmesi gerektiğinde nitel araştırma yapılır. Bu keşif ölçülmesi zor olan değişkenleri belirlemek ya da bastırılmış düşünceleri ortaya çıkarmak için gereklidir (32). Araştırma da tipik durum örnekleme kullanılmıştır. Tipik durum örnekleme, nitel araştırma yöntemlerinde sıklıkla kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden biridir. Tipik durum örnekleme, olguların çalışılması sonucunda konuyla ilgili belli bir düzeyde bilgi edinebilmek ya da bu alan, konu, olgu, durum, uygulama veya yenilik hususunda yeterli seviyede bilgisi olmayan kişileri bilgilendirerek, bilinçlendirme amacı taşımaktadır (40).

Verilerin elde edilmesinde, nitel veri toplama yöntemlerinden biri olan görüşmeden yararlanılmıştır. Görüşme yöntemi bireylerin konu, durum, olgu, uygulama ya da yenilik hakkındaki bilgilerini, görüşlerini, davranışlarını, duygularını ve tecrübelerini ortaya çıkarmak için güçlü olması ve sıklıkla kullandığımız iletişim biçimi olan konuşmayı da kapsamı sebebiyle nitel araştırmalarda sıklıkla kullanımına başvuru yapılan veri toplama yöntemlerinden biridir (41). Görüşme önceden belirlenmiş sorular yardımıyla anlamlı bir amaca sahip araştırmalar için yapılan soru sorma ve yanıtlama prensiplerine dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim sürecidir. Görüşme, yarı yapılandırılmış görüşme formu ile gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış sorularla yapılan derinlemesine görüşme nitel araştırmalar için en yaygın kullanılan görüşme formatıdır.

Yarı yapılandırılmış görüşme genellikle araştırmacı tarafından daha önceden oluşturulan sorular ve görüşme esnasında ortaya çıkan diyalog sayesinde geliştirilen açık uçlu sorular etrafında şekillenir (42). Derinlemesine görüşmelerin gerçekleştirilebilmesi için bu çalışmada veri toplama aracı olarak, açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formundan (EK-1) faydalanılmıştır. Görüşme formu oluşturulurken temel işletme fonksiyonlarının ve Sağlık Bakanlığı stratejik ilkelerinin yer aldığı yarı yapılandırılmış bir form uzman görüşü alınarak oluşturulmuştur. İlgili hastanelerin yönetici pozisyonundaki çalışanlarıyla 3 farklı günde yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır.

5.5. Analiz

Niteliksel araştırmalarda elde edilen verilerin çözümlenmesinde iki analiz yöntemine başvurulmaktadır. Bunlar:

1. Betimsel analiz
2. İçerik analizidir.

Çalışmada verilerin çözümlenmesi için görüşme formundaki önceden oluşturulmuş sorulara verilen cevaplar altında içerik analizi yöntemi uygulanmıştır.

Bu analiz yöntemi ile oluşturulan veriler temalar ve kodlar çerçevesinde özetlenir ve yorumlanır. Kişilerin konuyla ilgili görüş ve önerilerini doğru ve etkili bir biçimde yansıtabilmek için içerik analizi yönteminin uygulandığı araştırmalarda alıntılara da yer verilmektedir. Bu tür araştırmalarda yapılan içerik analizi sayesinde elde edilen bulguların okuyucuya tema ve kodlar yardımıyla, düzenlenmiş ve yorumlanmış biçimde aktarılması sağlanır. Betimsel analiz ise içerik analizine kıyasla elde edilen verilerin daha yüzeysel olarak düzenlenmesini sağlar ve genellikle araştırmacı tarafından olgunun kavramsal yapısının önceden açık bir şekilde belirlendiği çalışmalarda kullanılır (41). Çalışmanın son aşamasında iyi uygulamaların hangi yönetsel fonksiyonlarında yoğunlaştığı analiz edilmiştir.

Bahsedilen iyi uygulama analizi, sağlık yönetimi ve sağlık bilişimi teknolojileri boyutlarında yapılmıştır.

Sağlık yönetiminde ele alınmış boyutlar şunlardır:

- Tesis Yönetimi
 - Yönetim zorlukları
 - Geleceğe dayanıklılık
 - Atık sistemleri
- İnsan kaynakları yönetimi
 - Tıbbi hizmet veren personel yönetimi
 - Tıbbi hizmet dışı personel yönetimi
- Otelcilik hizmetleri yönetimi
- Tedarik zinciri yönetimi
 - Satın alma
 - Lojistik
- Yönetişim uygulamaları
 - Paydaş katılımı
 - Yönetimin hesap verebilirliği
- Sağlık bilişimi teknolojileri boyutları ise şunlardır:
 - Elektronik Sağlık Kaydı temelli katma değerli uygulamalar

- Kapalı döngü ilaç uygulaması
- Dijital görüntü yönetimi
- Klinik karar destek sistemi
- Elektronik order
- Hasta güvenliği uygulamaları
 - Ameliyathane güvenliği
 - Yeni doğan güvenliği
- Envanter yönetimi sistemleri
- Kalite yönetim bilgi sistemi

Bu çalışmada öncelikle ses kayıt cihazı yardımıyla elde edilen ham verilerin tamamı dinlenilmiş, sonrasında Microsoft Word'e aktarılarak metne dönüştürülmüştür. Dökümler yapılırken atlama olmaması için ses kaydı sürekli geri alınarak dökümler yapılmıştır.

Dökümler bittikten sonra tüm görüşmeler kulaklıkla dinlenmiş eş zamanlı olarak da yapılan dökümlerden takip edilmiştir. Bu sayede veri kaybı olup olmadığı denetlenmiştir. Daha sonra dökümler tekrar tekrar okunmuştur. Sonrasında kodlama aşamasına geçilmiştir.

Kodlama niteliksel çözümlemenin ilk adımıdır ve sonraki çözümler için temel oluşturur. Kodlar; isimdir, etikettir ya da nitelendirmedir. Dolayısıyla kodlama belirlenen veri gruplarına isimlerin veya nitelendirmelerin verilmesi sürecini kapsamaktadır. Bu veri grupları tek bir kelime ya da küçük/büyük veri kümeleri olabilir (38). Okuma esnasında zihinde şekillenen temalar ve kodlar kısa kısa not alınmıştır. Daha sonra ikinci defa okuma yapılmış ve okuma yaparken sayfanın sol tarafına kodlar verilmiştir. Daha sonra ikinci defa kodlama yapılmıştır. İkinci kodlamada daha çok verilen kodların hangi temalara dâhil olabileceği üzerinde durulmuş, bunun yanında çıkan yeni kodlar da not alınmıştır.

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

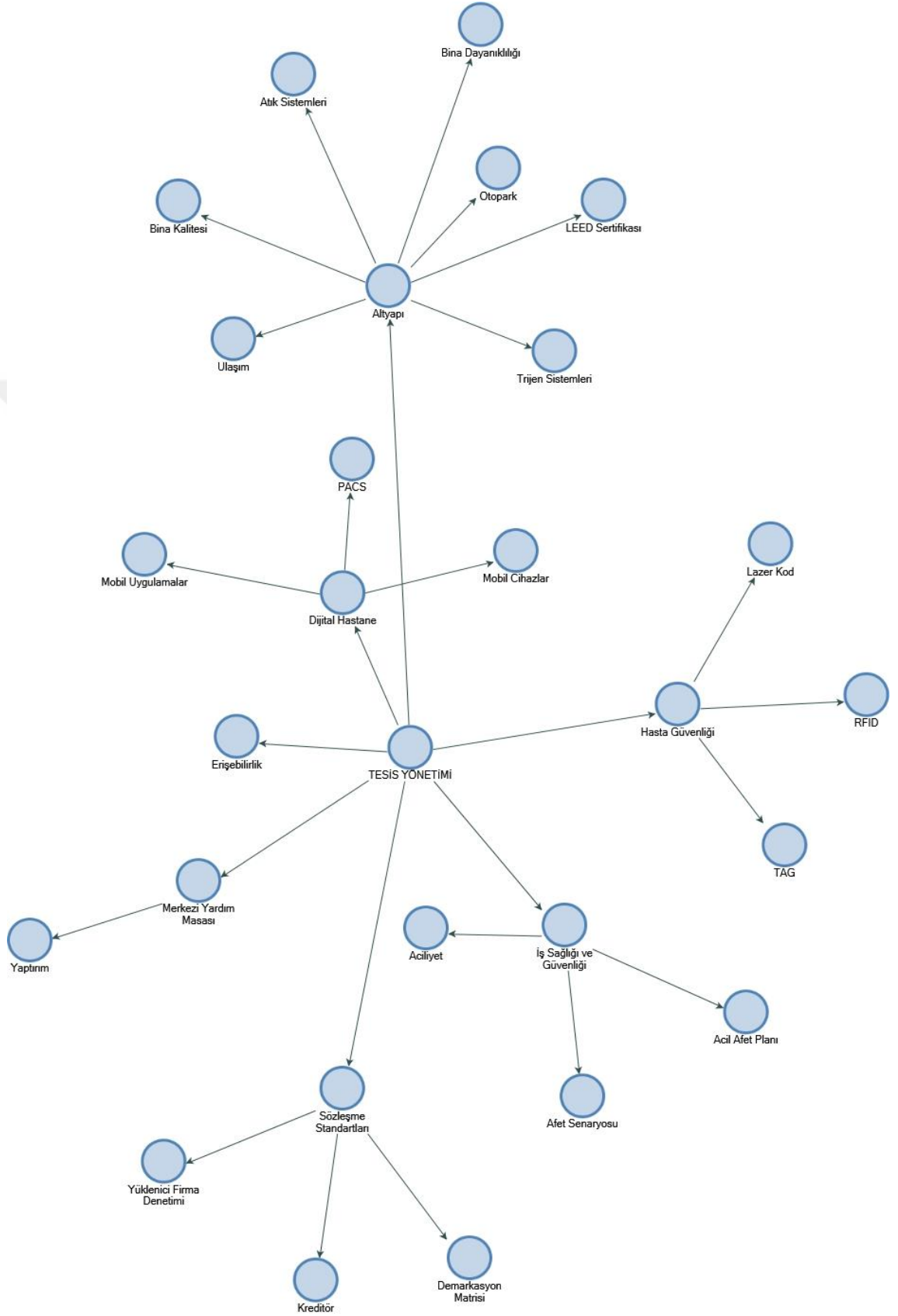


6. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde Şehir Hastanelerinin orta ve üst düzey yöneticilerinden oluşan katılımcıların, belirlenen yönetsel fonksiyonlar altında oluşturulan temalar hakkındaki görüşlerinden elde edilen verilerin bulguları yer almaktadır.



6.1. Tesis Yönetimine İlişkin Bulgular



Şekil 6.1.1. Tesis Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

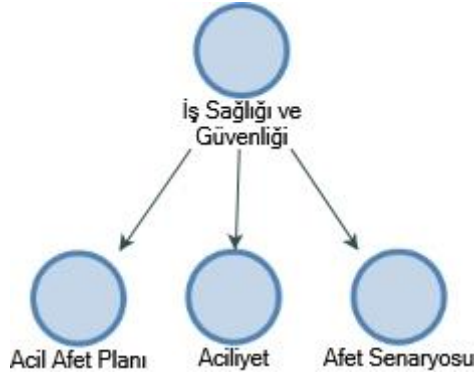
Yukarıda verilen şekilde hastanelerdeki “Tesis Yönetimi” ne dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar aşağıdaki gibi ortak temalar altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır;

Araştırmanın bu kısmında “Tesis Yönetimi” denildiğinde katılımcıların zihnindeki çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara tesis yönetimiyle ilgili önceden oluşturulmuş soru formlarındaki;

- Şehir hastanelerinde oldukça modern tesislerle karlı karşıyayız bu modern tesis özelliklerinin otopark hizmetleri, ulaşılabilirlik ve fiziki konumları gibi hususlar açısından sağladığı faydalar nelerdir?
- Tesis yönetiminde binanın uzun ömürlü olması için alınan tedbirler nelerdir?
- Peki hastanenizin atık sistemleri yeşil bina gibi diğer hastanelerden iyi uygulamalarından bahsedebilir misiniz? (Su, elektrik tüketimi, güneş panelleri, hasta sonuçlarının çıktı olarak alınmaması HIMSS)
- Hasta odalarını diğer hastanelerden farklı olarak nasıl dizayn ettiniz? (Özellikle kamu hastaneleriyle karşılaştırıldığında)
- Özellikle tesisinizin büyüklüğü dikkate alındığında hastane çalışanlarının verimli şekilde çalışmasını sağlayacak iyi uygulamalarınızdan bahsedebilir misiniz? (Mobil teknolojiler, ulaşım aracı, akıllı cihazlar)
- Hastanenizde hastane afet planlarıyla ilgili kamu hastanelerinden farklı uygulamalarınız var mı? Örneğin hastaneye özgü senaryolar oluşturduunuz mu?
- Bu büyük tesiste güvenlikle ilgili sahip olduğunuz iyi uygulamalar nelerdir?

Yukarıda belirtilen sorular yöneltmiş, katılımcılardan alınan cevaplara göre tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan “Tesis Yönetimi” fonksiyonuna dair elde edilen veriler; “İş Sağlığı ve Güvenliği”, “Merkezi Yardım Masası”, “Altyapı”, “Hasta Güvenliği”, “Sözleşme Standartları”, “Erişilebilirlik” ve “Dijital Hastane” olmak üzere yedi temada toplanmıştır.

6.1.1. İş sağlığı ve güvenliği



Şekil 6.1.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Teması Kodları

Tesis yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde iş sağlığı ve güvenliği teması canlanmıştır. Katılımcılar iş sağlığı ve güvenliğini “aciliyet, acil afet planı ve afet senaryosu” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

Katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 12 ve katılımcı 16 iş sağlığı ve güvenliğini sağlarken gerçekleşen olayların çözümünün aciliyet gerektiren bir olgu olduğundan bahsetmişler ve olaylara açılan çağrılarını acil, acele veya standart olarak sınıflandırmışlardır. Katılımcı 1 “Standart 20 dakika, acil dediyse de 5 dakika içerisinde gerçekleşmesi lazım, belirlenen bu süreleri geçerse de cezaya düşüyor” ifadelerine yer vererek, hastanelerdeki sorunların çözümünde geçen sürecin aciliyetinin yerine getirilmediği takdirde yaptırımı tabi olacağını ve tesis yönetimini etkileyeceğini belirtmiştir. Bu süreçlerle ilgili oluşturulan afet planlarını “...hastane afet planımız böyle meydan larousse gibi oldu” diyerek birden fazla senaryoya karşı aldıkları önlemleri nitelendirmiştir.

6.1.2. Merkezi yardım masası

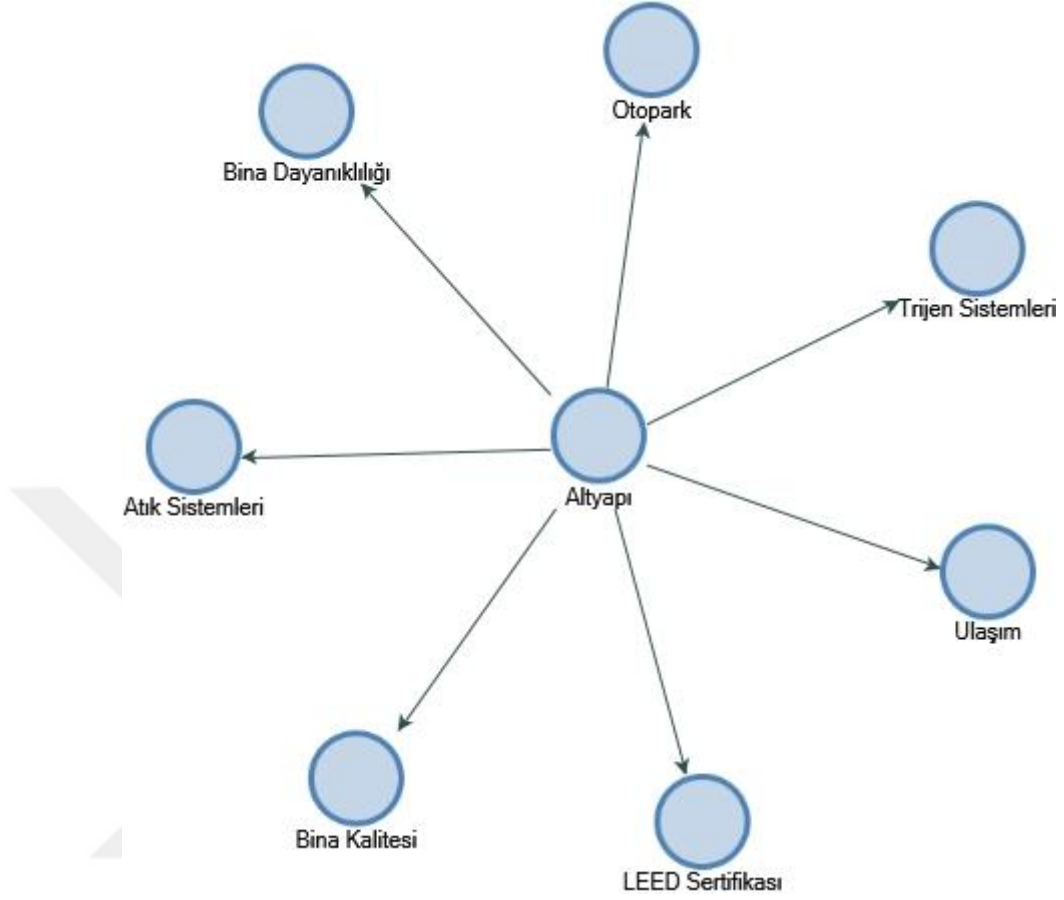


Şekil 6.1.2.1 Merkezi Yardım Masası Teması Kodları

Tesis yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir başka tema ise merkezi yardım masası olmuştur. Katılımcılar merkezi yardım masasını “yaptırım” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

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

6.1.3. Altyapı



Şekil 6.1.3.1 Altyapı Teması Kodları

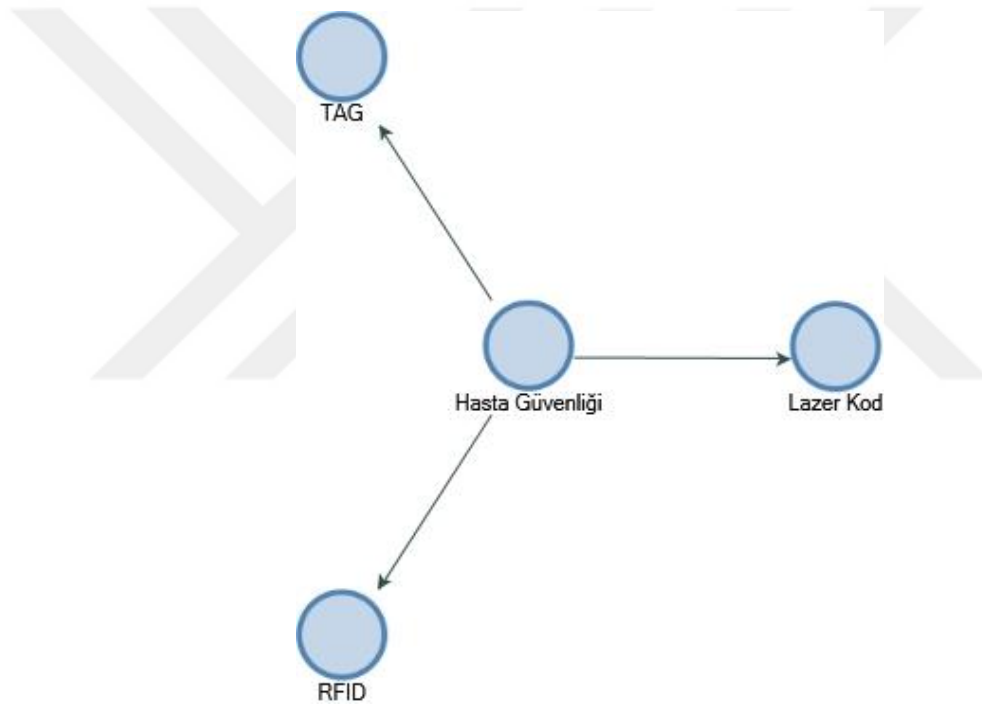
Tesis yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan diğer bir tema ise altyapı olmuştur.

Katılımcılar altyapıyı “Bina kalitesi, Leed Sertifikası, Bina Dayanıklılığı, Atık Sistemleri, Otopark, Ulaşım ve Trijen Sistemleri” olmak üzere yedi kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

Katılımcıların ortak görüş ve önerileri doğrultusunda altyapı temasına dair sorunların çözümüne ışık tutacak yöntemleri sözleşmede belirtilen bina kalitesinin 25 yıl boyunca ilk günkü gibi korunacağı maddesiyle ve bazı şehir hastanelerinde bina kalitesine dair alınan sertifika ve belgelerle sağlanacağından bahsetmişlerdir.

Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 bina kalitesinin korunması sürecinde bina dayanıklılığı ve binadaki atık sistemleri de dahil olmak üzere geri dönüşüm sistemlerinin sürdürülebilirliğinin yüklenici firma kanadından sağlandığını söylemişlerdir. Binalardaki kapalı ve açık otoparklar sayesinde araç trafiğinin iyi yönetildiğini ve ulaşımın hem kendi araçlarıyla hem de diğer ulaşım araçlarıyla rahatlıkla sağlanabildiğini ifade etmişlerdir. Geri dönüşüm sistemlerinin iyi işletilmesiyle birlikte enerji tasarrufu sağlayacak önlemlerin de trijen sistemiyle sağlandığını belirtmişlerdir.

6.1.4. Hasta güvenliği



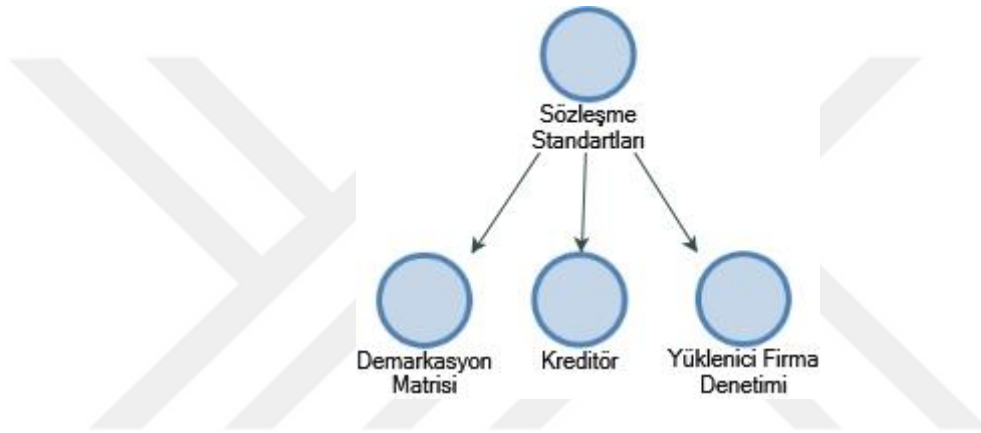
Şekil 6.1.4.1 Hasta Güvenliği Teması Kodları

Tesis yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan diğer bir tema ise hasta güvenliği olmuştur. Katılımcılar hasta güvenliğini “TAG, RFID ve Lazer Kod” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

Katılımcılar hasta güvenliğinin sağlanması ve bu süreçte yaşanan sorunların çözümü için kullanılan RFID sisteminin çok işlevsel olduğundan bahsetmiş, hemen hemen hastanenin her sürecinde önceden sisteme kayıt edilen kodlar sayesinde problemi yerinde ve zamanında tespit ederek çözümüne yönelik önlemler aldıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 11 ve katılımcı 12 bebek ve annelerin bileklerine takılan TAG'ler sayesinde anne-bebek güvenliğinin sağlandığını ve bebek kaçırmalarının önüne tamamiyle geçildiği ifadelerine yer vermişlerdir. Ameliyathane paketlerindeki cerrahi aletlerinde lazer kodlar sayesinde sisteme tanımlanması, eksik cerrahi aletten dolayı ameliyathane sürecinde yaşanan aksaklıkların önüne geçmiş ve unutulmuş cerrahi alet, gazlı bez vb. sarf malzemelerin hasta içerisinde unutulmasının önlendiğini belirtmişlerdir.

6.1.5. Sözleşme Standartları



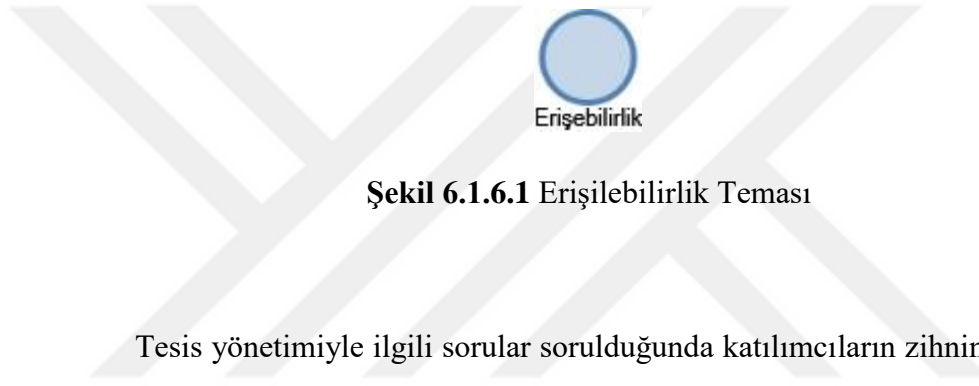
Şekil 6.1.5.1 Sözleşme Standartları Teması Kodları

Tesis yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan diğer bir tema ise sözleşme standartları olmuştur. Katılımcılar sözleşme standartlarını “Yüklenici Firma Denetimi, Kreditör ve Demarkasyon Matrisi” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

Katılımcı 1, katılımcı 5, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 sözleşmede belirtilen şartlar dahilinde idarenin denetim sorumluluğunun yüklenici firma üzerinde yaptırım hakkına sahip olduğundan ve şehir hastanelerinin her ne kadar kamu-özel ortaklığıyla kurulmuş olsalar da kamu sağlık hizmetinin kesintisiz olarak sürdürüldüğünden ve aslında birer kamu hastanesi oldukları ifadelerine yer vermişlerdir. Sözleşme eklerinde belirtilen demarkasyon tablolarında hastane kurulumu itibarıyla alınan cihazların kullanım ömürlerinin ve bakım/yenilenme zamanlarının belirtilip, garanti dahiline alındığından talep edildiği takdirde uygulanacağını söylemişlerdir.

Bu durumun, hastane içerisinde kullanılan sistemi sürekli güncel ve modern tutacağını, ilk günkü gibi korunacağını ifade etmişlerdir. Yüklenici firmalara, hastane yapımında finansal desteği sağlayan kreditorlerin de kendilerini belirli zaman aralıklarında denetlediğinden ve süreçlerini yapılandırdığından bahsetmişlerdir. Kreditorler tarafından yüklenici firma personelinin hasta ile temas edecek ortamlarda kesinlikle çalıştırılmayacağı da bildirilmişlerdir. Bu bağlamda sağlık hizmeti süreçlerinin yürütülmesinin tamamıyla kamu personeline bırakıldığı sözleşmede de net olarak belirtilmiştir.

6.1.6. Erişilebilirlik



Şekil 6.1.6.1 Erişilebilirlik Teması

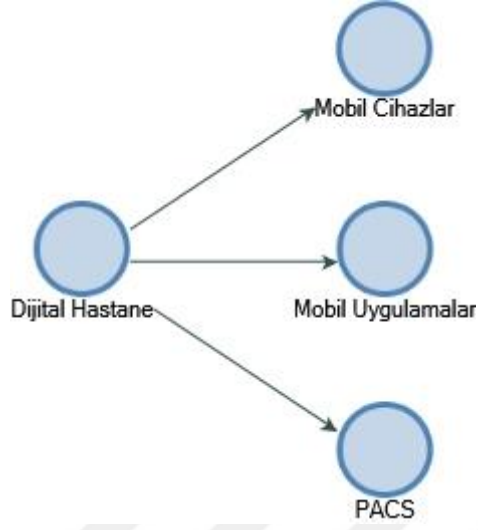
Tesis yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan diğer bir tema ise Erişilebilirlik olmuştur.

Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 17 tesisin tamamıyla kamu sağlık hizmetine ait olduğundan ve toplumun her kesiminin ihtiyacı kadar sağlık hizmetinden diğer devlet hastanelerindeki gibi ücretsiz olarak yararlanabileceğinden bahsetmişlerdir. Hastaların şehir hastanelerinden sağlık hizmeti alımına dair ulaşılabilirliğinin kesintisiz olarak sağlandığını belirtmişlerdir.

Modern ve kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulduğu şehir hastanelerinin sağladığı faydalardan birinin de hastaların artık farklı uzmanlık alanları için diğer hastanelere sevk edilme gerekliliğinin ortadan kaldırılması olarak belirtmişlerdir.

Katılımcılar hastaların artık istedikleri poliklinikte muayene olup, ihtiyacı olan her türlü tetkik ve tedaviyi farklı bir hastaneye gereksinim duymadan şehir hastaneleri özelinde aldıklarını ve erişimlerinin bu bağlamda arttırıldığı ifadelerine yer vermişlerdir.

6.1.7. Dijital hastane



Şekil 6.1.7.1 Dijital Hastane Teması Kodları

Tesis yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir başka tema ise dijital hastane olmuştur. Katılımcılar dijital hastaneyi “PACS, Mobil Cihazlar ve Mobil Uygulamalar” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

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

6.2. İnsan Kaynakları Yönetimine İlişkin Bulgular



Şekil: 6.2.1. İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

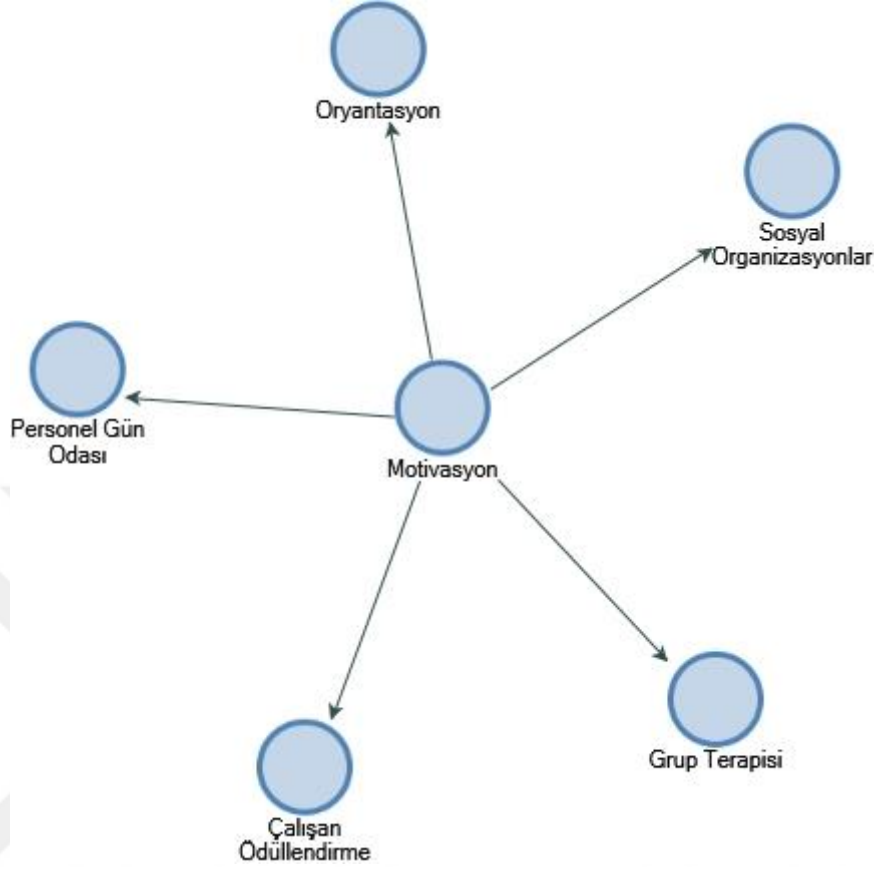
Yukarıda verilen şekilde hastanelerdeki “İnsan Kaynakları Yönetimi” ne dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar aşağıdaki gibi ortak temalar altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır;

Araştırmanın bu kısmında “İnsan Kaynakları Yönetimi” denildiğinde katılımcıların zihnindeki çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara insan kaynakları yönetimiyle ilgili önceden oluşturulmuş soru formlarındaki;

- Hastanenizde çalışan personel yapılandırılması hakkında genel bir bilgi verebilir misiniz? (Tıbbi, İdari, Şirket, Sözleşmeli)
- İdari personel ile sözleşmeli (Şirket personelleri) arasında çalışma koşulları ve özlük hakları arasında fark var mıdır?
- Personelin motivasyonu için ne tür faaliyetler gerçekleştirmektesiniz veya gerçekleştirmeyi planlamaktasınız? (Tıbbi hizmet personeli ve idari personel)
- Performans değerlendirme ile ilgili ne gibi çalışmalar yapıyorsunuz? (Yılda kaç kere) Bunun sonucuna bağlı olarak ödüllendirme kriterleriniz var mı?
- Stratejik plan oluşturulurken tüm çalışanlarla paylaşarak, onlardan görüş alınıyor mu?
- Hastane çalışanlarının bazıları yüklenici tarafından istihdam edilmektedir. Bunun size sağladığı faydalar nelerdir?
- İdare, çalışan personelin iş doyumu ve memnuniyetini ölçüyor mu? (Yüklenici firma çalışanları ve tıbbi hizmet çalışanları)

Yukarıda belirtilen sorular yöneltilmiş, katılımcılardan alınan cevaplara göre tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan “İnsan Kaynakları Yönetimi” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Motivasyon”, “Personel Planlaması”, “Dijital Hastane”, “Hizmet Devamlılığı”, “Kültürel Dönüşüm”, ve “Sosyal Sorumluluk” ve “Performans Ölçümü” olmak üzere yedi temada toplanmıştır.

6.2.1. Motivasyon



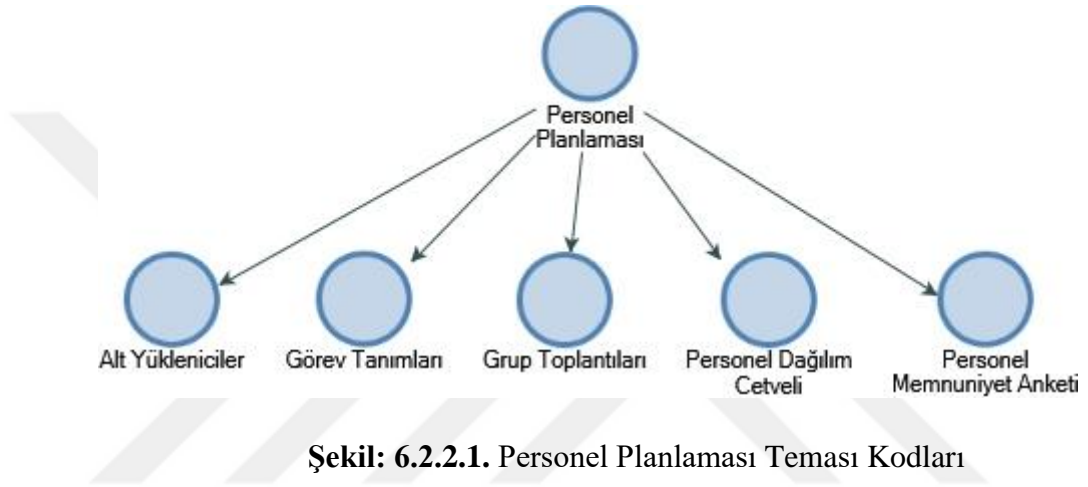
Şekil: 6.2.1.1. Motivasyon Teması Kodları

İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihinlerinde motivasyon teması canlanmıştır. Katılımcılar motivasyonu “Personel Gün Odası, Grup Terapisi, Oryantasyon, Çalışan Ödüllendirme ve Sosyal Organizasyonlar” olmak üzere beş kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

Katılımcı 1, katılımcı 6, katılımcı 11 ve katılımcı 17 çalışanları üzerindeki motivasyonu personel gün odalarında onlara özel yemekli toplantılar düzenleyerek özel günlerini kutlayıp, istek ve arzularını yerine getirmelerine olanak tanıdıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı 1 “Gün odasına grup terapisi için işte ne arzu ediyorlarsa pastadır, börektir, yemektir, kısırdır onlar yemekhanede yapılır ve gider onları da üzerinde uzlaştığımız bir yemek bedeli üzerinden düşeriz biz. Dolayısıyla bu yeni sistem bize çok büyük bir avantaj getirdi. Şey açısından yani motivasyon açısından” ifadelerine yer vererek bu olguyu desteklemiştir.

Yeni başlayan çalışanların iş süreçlerine hakimiyetini arttırmak ve şehir hastanesi kültürüne uyum sağlayabilmelerini kolaylaştırmak adına oryantasyon programlarına dahil ettiklerini belirtmişlerdir. Özel günlerin dışında da sosyal organizasyonlar düzenleyerek çalışanlarının moral ve motivasyonlarını yüksek düzeylerde tutma amaçları olduğundan bahsetmişlerdir. Çalışanları arasından ayın elemanı seçimi sonucu ödüllendirmelere de gidildiği ifadelerine yer verilmiştir.

6.2.2. Personel planlaması



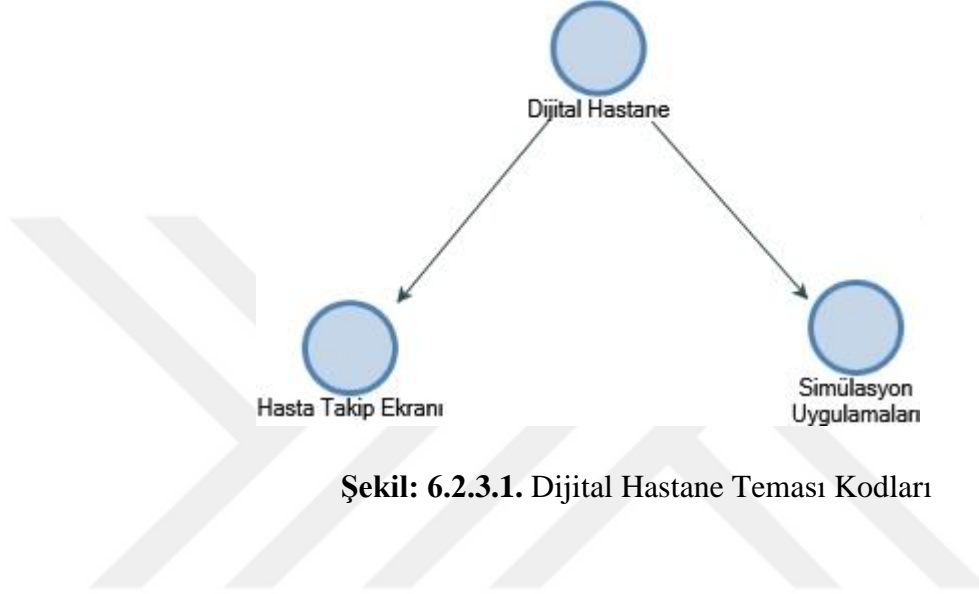
Şekil: 6.2.2.1. Personel Planlaması Teması Kodları

İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihinlerinde personel planlaması teması da canlanmıştı. Katılımcılar personel planlamasını “Personel Memnuniyet Anketi, Grup Toplantıları, Alt Yükleniciler, Görev Tanımları ve Personel Dağılım Cetveli” olmak üzere beş kod bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcı 1, katılımcı 4 katılımcı 5, katılımcı 11 ve katılımcı 17 doğru işe doğru ve kalifiye personeli yönlendirebilmek için her çalışanın kendi görev tanımlarını belirlediklerini ve bu doğrultu da süreçlerin yönetildiğinden bahsetmişlerdir.

Yüklenici firmanın kendi personelinin sağlık hizmeti sunumunda doğrudan hasta ile temas edilebilecek süreçlerde bulunmaması gerektiği, sağlık hizmeti sunumunu direkt olarak kamu personelinin yapması gerektiği ayrımını yaptıklarını ifade etmişlerdir. Alt yüklenicilerin diğer hizmet kalemlerinde görev alarak sağlık hizmeti sunumuna dolaylı yoldan yardımcı oldukları söylenmiştir.

Kamuda personel dağılım cetvelleri yardımıyla belirlenen görev yetki ve sorumlulukların sürecin yönetilebilirliği amacıyla etkili olduğu belirtilmiştir. Yapılan anket uygulamaları ile çalışanın istek ve arzularına yanıt arandığı, motivasyon kaynağı oluşturabilecek etkenlerin araştırıldığı görüşlerini de ifade etmişlerdir.

6.2.3. Dijital hastane



Şekil: 6.2.3.1. Dijital Hastane Teması Kodları

İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihinlerinde canlanan bir diğer temada dijital hastane olmuştur. Katılımcılar dijital hastaneyi “Hasta Takip Ekranı ve Simülasyon Uygulamaları” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

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

6.2.4. Hizmet devamlılığı

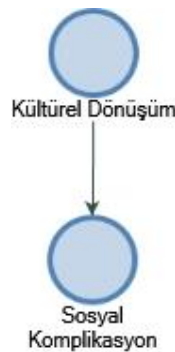


Şekil: 6.2.4.1. Hizmet Devamlılığı Teması Kodları

İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihinlerinde hizmet devamlılığı teması da canlanmıştır. Katılımcılar hizmet devamlılığını “Çalışanın Özverisi ve Personel Zincir Halkası” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

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

6.2.5. Kültürel dönüşüm

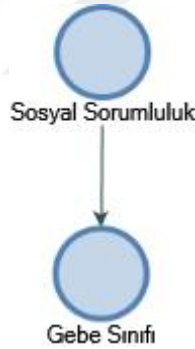


Şekil: 6.2.5.1. Kültürel Dönüşüm Teması Kodları

İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihinlerinde canlanan bir başka tema da kültürel dönüşüm olmuştur. Katılımcılar kültürel dönüşümü “Sosyal Komplikasyon” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

Katılımcı 1 ve katılımcı 5 ifadelerinde şehir hastanelerinin personel altyapısının çevredeki devlet hastanelerinin kapatılması ve personellerin şehir hastanelerinde birleşimi sonucu oluştuğu, buna bağlı olarak küçük devlet hastanelerinde çalışan personellerin büyük modern bir tesise, sağlık şehrine entegrasi sonucu kültürel şoka uğradıklarını ve büyük bir dönüşüm sürecine girdiklerini ifade etmişlerdir. Bu kültürel dönüşümü sosyal komplikasyonlara mahal vermeyecek şekilde yönettiklerini ve personelin tamamına yakınının artık modern tesislere uyumunun sağlandığını, gerekli hem teknolojik hem de teknik uyumlaştırmayı başardıklarını belirtmişlerdir.

6.2.6. Sosyal Sorumluluk



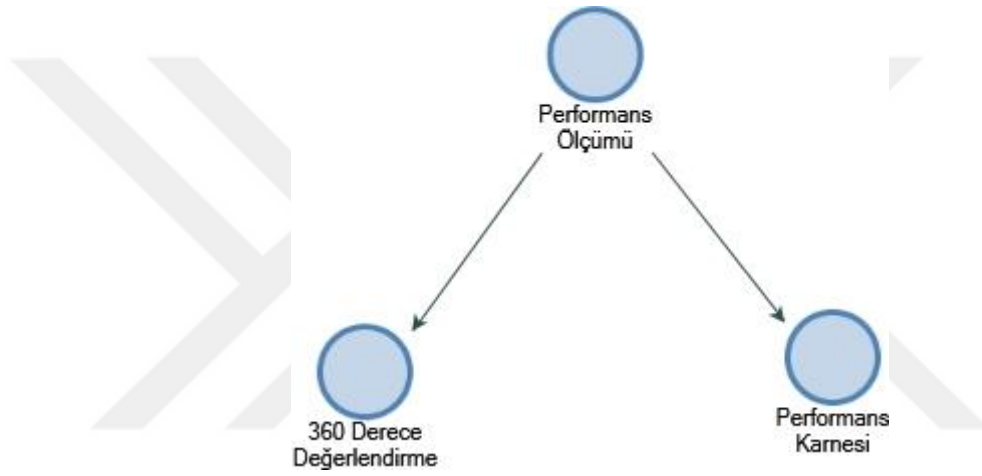
Şekil: 6.2.6.1. Sosyal Sorumluluk Teması Kodları

İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihinlerinde canlanan bir başka tema da sosyal sorumluluk olmuştur. Katılımcılar sosyal sorumluluğu “Gebe Sınıfı” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmişlerdir.

Katılımcı 6 ve katılımcı 8 şehir hastanelerinin anne ve bebek dostu hastaneler olduğundan ve sosyal bilinçlendirmenin gerekliliğinden bu olguyu destekleyici süreçlerinin varlığından bahsetmişlerdir. Bunlara örnek olarak doğum öncesinde anneyi hem doğuma hazırlamak hem de babaya gerekli bilinci aşlamak amacıyla gebe sınıflarının oluşturduklarını belirtmişlerdir.

Kapanan devlet hastanelerine kıyaslandığında yeni kurulan şehir hastanelerini Katılımcı 8 “Yani artıları çok fazla. Yani hani hastaneyi gezdiğinizde de göreceksiniz çocuk oyun alanlarımız öbür hastanede yoktu burada hem serviste hem poliklinikte çocuk oyun alanları yaptık. Gebe okulu, gebe sınıfımız var. Bunları öbür hastanemizle kıyasladığımızda bizim için artı” ifadeleriyle desteklemiştir. Tüm bu süreçlerin şehir hastanesi memnuniyet oranlarını arttırdığını ve insan kaynakları uygulamaları ve politikaları ile yakından ilişkili olduklarını beyan etmişlerdir.

6.2.7. Performans ölçümü



Şekil: 6.2.7.1. Performans Ölçümü Teması Kodları

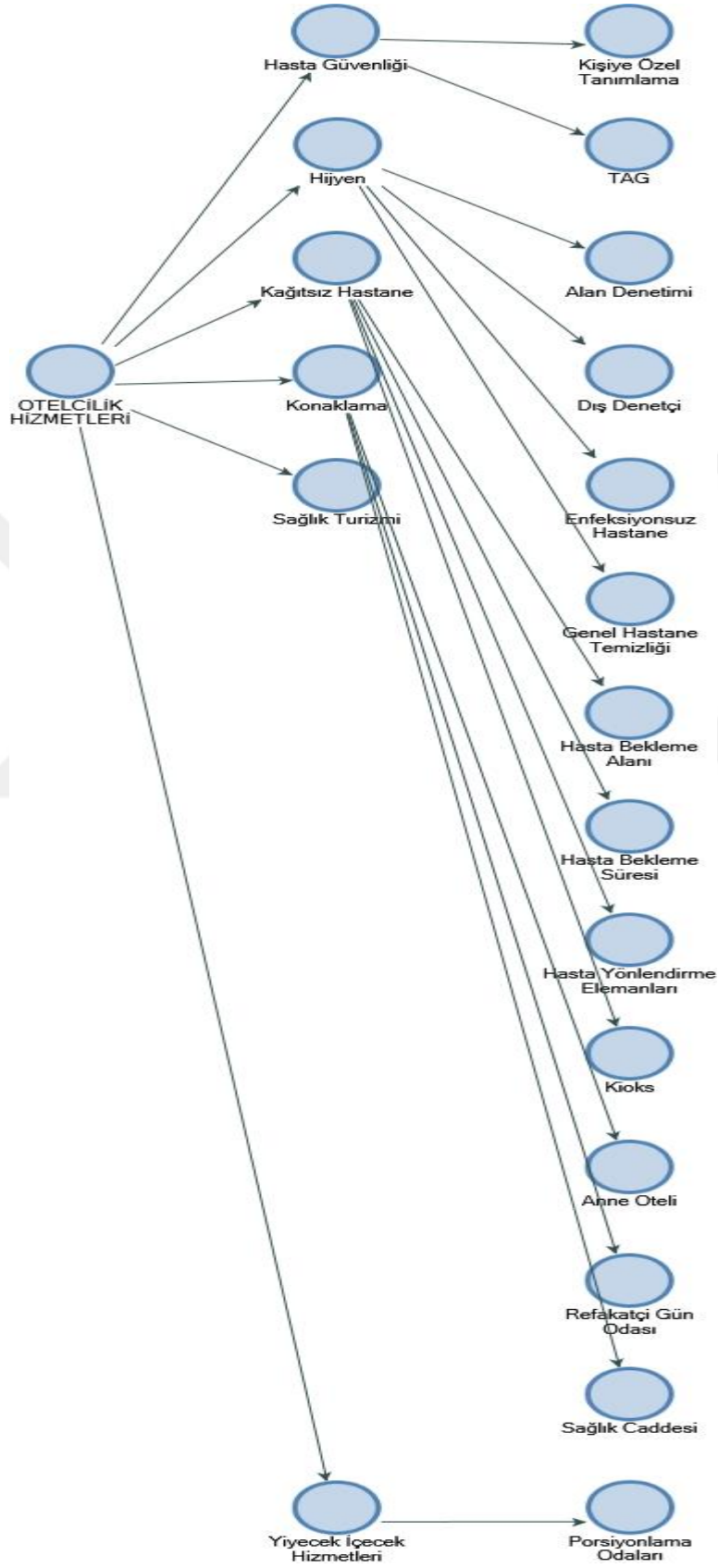
İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde performans ölçümü teması canlanmıştır. Katılımcılar performans ölçümünü “Performans Karnesi ve 360 Derece Değerlendirme” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 5, katılımcı 11, katılımcı 16 ve katılımcı 17 yüklenici firma tarafındaki performans ölçümlerini her bir çalışan için 360 derece değerlendirmelerle yapıldığını belirtmişlerdir. Katılımcı 16 bu konu hakkında “... performansa yönelik merkezi insan kaynaklarımızın, genel müdürlüğümüzün yaptığı bireysel; o 360 derecelik değerlendirmelerimiz var her bir çalışan için onlar sıklıkla yapılıyor.” ifadelerine yer vermiştir.

Kamu tarafında ise yapılan performans ölçümleri karne kriterleri bağlamında performans ölçümlerinin yapıldığını ve takibinin sağlandığını belirtmişlerdir. Katılımcı 17 bu konu hususunda *“Bakanlık ölçüyor bizim adımıza. Yerinden değerlendirmeler ile şimdi yönetici takip ekranları aracılığıyla bakanlığında verimlilik daire başkanlığı yönetici performanslarını ölçecek ve karne kriteri olarak oraya koyacak. Onlar üzerinden de yöneticinin performansını değerlendirecek. Yani Bakanlık yapıyor”* söyleminde bulunmuştur.



6.3. Otelcilik Hizmetleri Yönetimine İlişkin Bulgular



Şekil 6.3.1. Otelcilik Hizmetleri Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

Yukarıda verilen şekilde hastanelerdeki “Otelcilik Hizmetleri Yönetimi” ne dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar aşağıdaki gibi ortak temalar altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır;

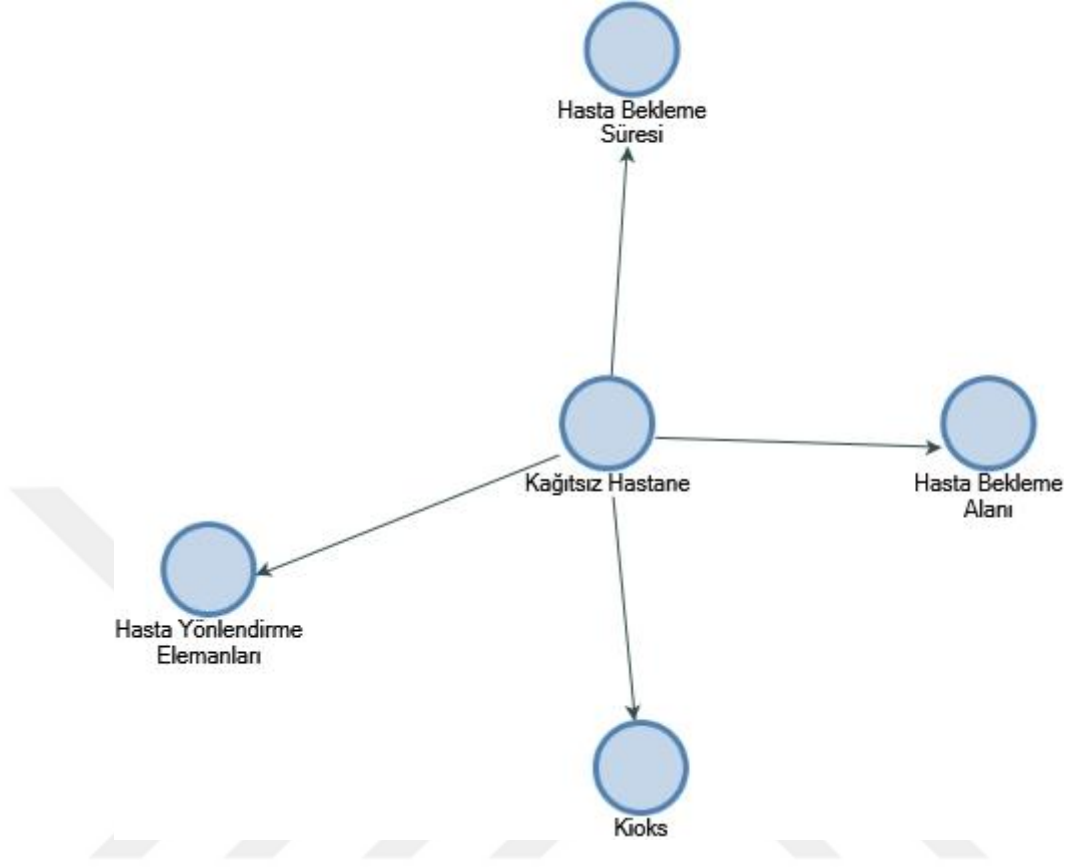
Araştırmamızın bu kısmında “Otelcilik Hizmetleri” denildiğinde katılımcıların zihnindeki çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara tesis yönetimiyle ilgili önceden oluşturulmuş soru formlarındaki;

- Sağlık otelcilik hizmetleri altında yer alan hizmetlerde yeni bir uygulamanız bulunmakta mıdır? (Güvenlik, yiyecek, çamaşırhane, yatan hasta / oda hizmetleri, otopark vb.)
- Hastanenin dış tasarımı, peyzajı, içeride kullanılan öğelerin seçiminde nelere dikkat edildi? Diğer devlet hastanelerinden farklı uygulamalar var mı?
- Bekleme alanlarının tasarımı ve yönetiminde diğer hastanelere nazaran iyi uygulamalarınız varsa bunlar hakkında bilgi verebilir misiniz? (Randevu, Sevk Sistemi iyi işliyor mu?)
- Hastalar hizmet alımını beklerken nasıl sıralanıyorlar (bekleme hattı), bir kuyruk sistemi kullanılıyor mu? (Randevusuz hastalar için). Bu alanda sektöre yol gösterebilecek iyi uygulamalarınız var mı?
- Hasta odalarının tasarımında ve sunulan olanaklarda diğer devlet hastanelerden hangi farklılıklar personel ve hasta / hasta yakını tarafından beğenilmektedir?
- Hasta ve hasta yakınlarına sunulan yiyecek içecek hizmetleri çeşitliliği ve kalitesinde devlet hastanelerine kıyasla ne durumdasınız? Bu konuda ziyaretçilere sunulan imkanlar nelerdir? (7/24 açık kafeterya vb.)
- Refakatçi ve hasta yakınları (çocuklar da dahil olmak üzere) vakit geçirilebilecekleri alanlar açısından devlet hastanelerinden farklı uygulamalarınız var mı?

- Şehir hastanelerinin devlet hastanelerinden farklı olarak hasta memnuniyetini arttıran uygulamaları nelerdir? (Hasta memnuniyetinin ölçümü ve iyileştirilmesi konusunda çalışmalar var mı?)
- Hastane çıkışından sonra hasta takibi yapılıyor mu, iletişim nasıl sağlanıyor?
- Hasta ve hasta yakınlarının talep, yorum ve şikayetlerini ele almak için nasıl bir sistem kurgulanmış durumda? Diğer hastanelere nazaran bu alanda öne çıkan uygulamalarınız neler?
- Kötü niyetli, hasta / hasta yakınlarıyla ilgili (hırsızlık, mala hasar, personel ve diğer hasta/hasta yakınlarına şiddet) izlenen belirli süreçler var mı?
- Yurt dışından gelen sağlık turistlerine bakış açınız nedir? (Devlet hastaneleri ve özel hastanelere kıyasla) Yabancı sağlık turistlerine yönelik personel ve hizmetleriniz devlet hastanelerinden farklılaşıyor mu?

Yukarıda belirtilen sorular yöneltilmiş, katılımcılardan alınan cevaplara göre tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan “Otelcilik Hizmetleri Yönetimi” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Kağıtsız Hastane”, “Hasta Güvenliği”, “Hijyen”, “Sağlık Turizmi”, “Konaklama” ve “Yiyecek İçecek Hizmetleri” olmak üzere altı temada toplanmıştır.

6.3.1. Kağıtsız hastane



Şekil: 6.3.1.1. Kağıtsız Hastane Teması Kodları

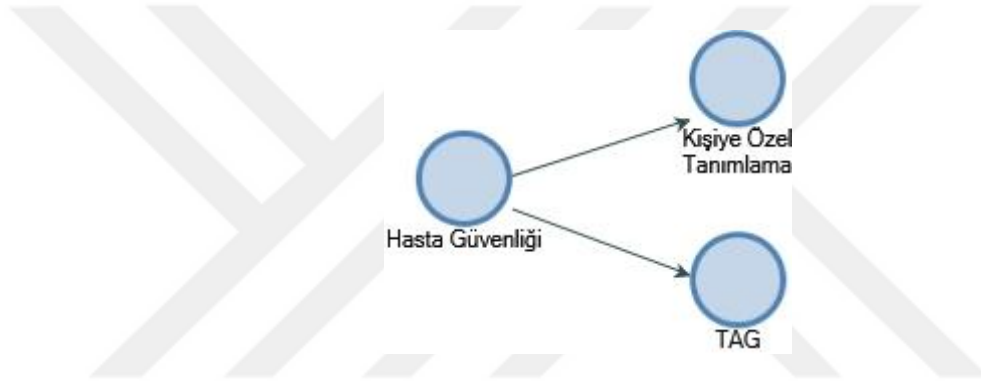
Otelcilik hizmetleri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde kağıtsız hastane teması canlanmıştır. Katılımcılar kağıtsız hastaneyi “Kioks, Hasta Yönlendirme Elemanları, Hasta Bekleme Alanı ve Hasta Bekleme Süresi” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 3, katılımcı 4 ve katılımcı 15 dijital hastane altyapısına uygun formatta kurulan şehir hastanelerinde çok sayıda bulunan ve aktif kullanılan kioksları, randevu alma, tetkik ve laboratuvar sonuçlarının çıkıp çıkmadığına dair bilgi alma vb. gibi birçok hastane içi kalabalığı/karmaşıklığı önleyecek, hastane içi bilgi kirliliğini azaltacak şekilde kullanıldığını ve faydalı bir uygulama olduğunu ifade etmişlerdir.

Kioksların aktif bir şekilde hastane içinde kullanımıyla hasta bekleme alanlarındaki yoğunluğun ve karmaşıklığın aynı zamanda da bekleme sürelerinde azalmanın sağlandığını belirtmişlerdir.

Katılımcılar, hastane içerisindeki birçok alanda bulunan çok sayıda hasta yönlendirme elemanı ile diğer devlet hastanelerine oranla daha büyük yapıdaki şehir hastanelerinde hizmet alan kişilerin kısa sürede, doğru alana ulaşmalarını sağladıklarını ve hastane içerisindeki kargaşanın ve stres durumunun önüne geçildiğini ifade etmişlerdir.

6.3.2. Hasta güvenliği

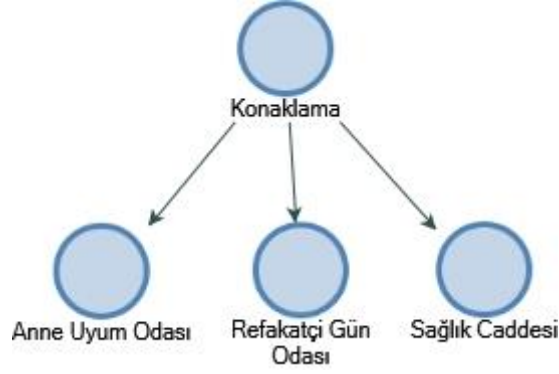


Şekil: 6.3.2.1. Hasta Güvenliği Teması Kodları

Otelcilik hizmetleri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir diğer tema da hasta güvenliğidir. Katılımcılar hasta güvenliğini “TAG ve Kişiyi Özel Tanımlama” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir.

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

6.3.3. Konaklama

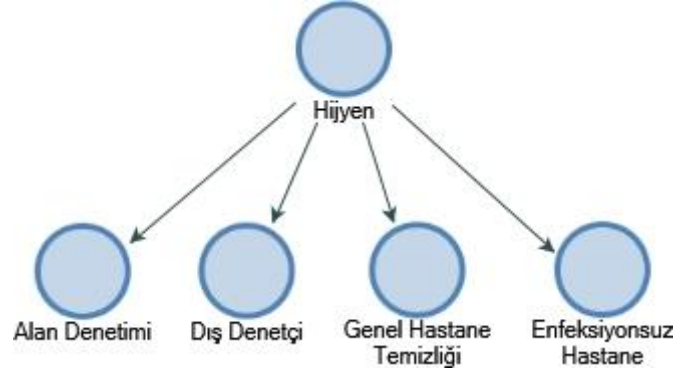


Şekil: 6.3.3.1. Konaklama Teması Kodları

Otelcilik hizmetleri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir diğer tema ise konaklamadır. Katılımcılar konaklamayı “Refakatçi Gün Odası, Anne Uyum Odası ve Sağlık Caddesi” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 8, katılımcı 9, katılımcı 12 ve katılımcı 16 konaklamayı otelcilik hizmetlerinin en önemli unsurlarından biri olarak görmektedir. Hem sağlık hizmetini alan kişi açısından, hem hasta yakınları açısından şehir hastanelerinin sunmuş olduğu imkanların, özellikle diğer devlet hastaneleri ile kıyaslandığında oldukça fazla olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar, refakatçilerin hasta odaları haricinde gün odalarında zaman geçirebildiklerini ve bunun hastane ortamı içerisinde dahi olsalar sosyalleşmelerine imkân tanıdığını ifade etmişlerdir. Ayrıca sağlık caddeleri ile de ihtiyaçlarına kolayca erişebilmektedirler. Bununla birlikte katılımcılar, yeni doğan servislerinde bulunan anne uyum odaları (anne oteli) ile bebeklerine refakat eden annelerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak desteklenmesine katkı sağlandığını ifade etmişlerdir.

6.3.4. Hijyen

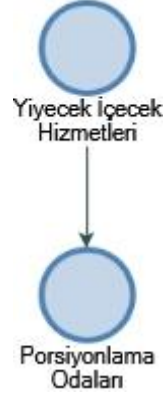


Şekil: 6.3.4.1. Hijyen Teması Kodları

Otelcilik hizmetleri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan temalardan biri de hijyendir. Katılımcılar hijyeni “Genel Hastane Temizliği, Enfeksiyonsuz Hastane, Alan Denetimi, Dış Denetçi” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir.

Şehir hastanesi binalarının yapılış amaçlarından birinin de enfeksiyonsuz hastane olduğunu belirten katılımcı 1, katılımcı 2 ve katılımcı 8 binanın büyüklüğü ve gelen hasta sayısındaki artış göz önüne alındığında hastane içi enfeksiyon oranlarının artacağı tahmin ediliyorken bu oranların modern ve teknolojik hastane binaları sayesinde düştüğünü ifade etmişlerdir. Bu durumun sağlanmasında şehir hastanesi yapılanmasının en önemli unsurlardan birinin hijyen olarak görülmesi ve sözleşmede belirtilen alan denetimlerinin sıklıkla uygulanıyor olması olarak görmekte-dirler. Bununla birlikte en üst kalite de temizlik ürünlerinin kullanılması ve temizlik hizmetini sağlayan alt yüklenici firmanın da kendi dış denetçisinin olmasının önemli bir etken olduğunu vurgulamışlardır.

6.3.5. Yiyecek-içecek hizmetleri



Şekil: 6.3.5.1. Yiyecek-İçecek Hizmetleri Teması Kodları

Otelcilik hizmetleri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan temalardan bir diğeri de yiyecek-içecek hizmetleridir.

Katılımcılar yiyecek-içecek hizmetlerini “Porsiyonlama Odaları” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 11 ve katılımcı 16 ilaç uygulamalarında ve ilaç etkileşimlerinde olduğu gibi yiyecek-içecek hizmetlerinde de HBYS’den hastaya verilen order ile hasta bilekliği doğrulaması yapıldığını ifade etmişler ve verilen order ile hastanın diyetinin uyumlu olup olmadığına bakılarak doğrulamasının yapıldığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte yemek tepsisiyle hastanın bilekliğinin hatta refakatçının da doğrulandığı uygulamaların mevcut olduğunu aktarmışlardır. Bu yöntemler aracılığıyla emin olunup doğrulaması yapıldıktan sonra garsonlar tarafından yemekler teslim edilmektedir. Yemeklerin hazırlandıktan sonra hastaya ulaştırılma aşamasının ise ana binanın dışında yer alan porsiyonlama odalarında gerçekleştiğini, porsiyonlanan yemeklerin ısıtılmalı tekerlekli araçlar yardımıyla yemek asansörleriyle sıcak ve güvenli bir şekilde hastaya ulaştırılmakta olduğunu ifade etmişlerdir.

6.3.6. Sağlık turizmi

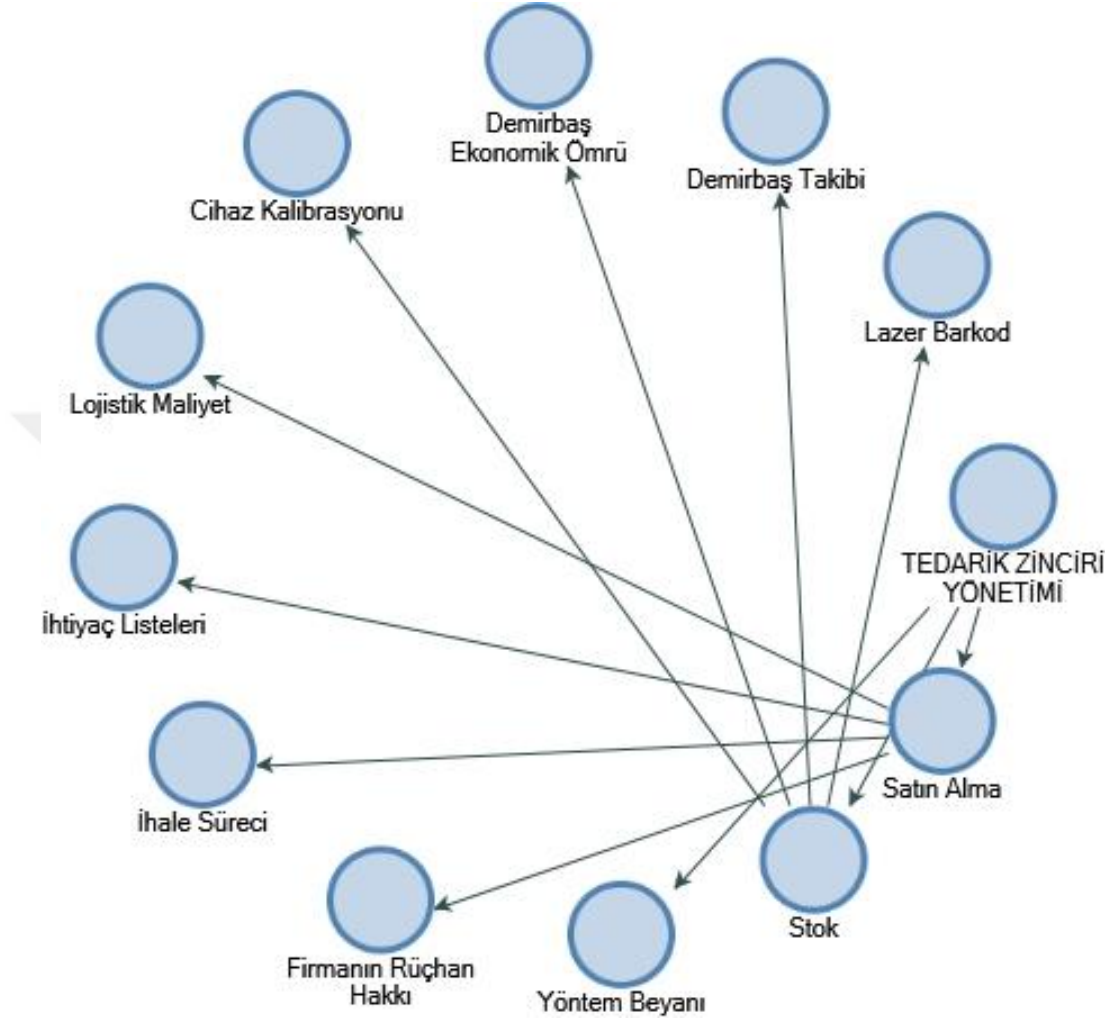


Şekil: 6.3.6.1. Sağlık Turizmi Teması

Otelcilik hizmetleri yönetimiyle ilgili sorular aktarıldığında şehir hastanesi yapılanmasında katılımcıların zihninde canlanan önemli temalardan birisi de sağlık turizmi olmuştur.

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

6.4. Tedarik Zinciri Yönetimine İlişkin Bulgular



Şekil: 6.4.1. Tedarik Zinciri Yönetimi Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

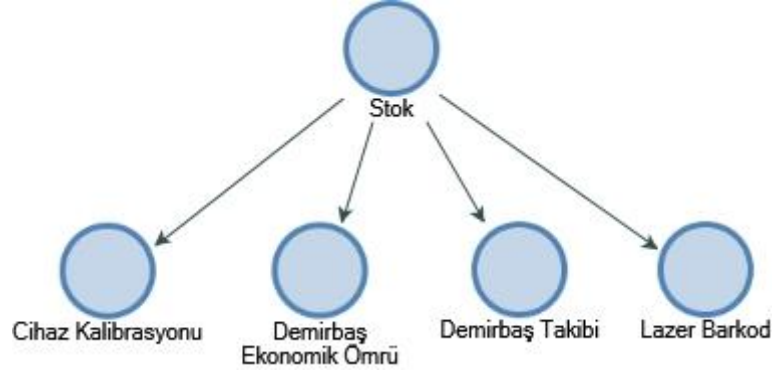
Yukarıda verilen şekilde hastanelerdeki “Tedarik Zinciri Yönetimi” ne dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar aşağıdaki gibi ortak temalar altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır;

Araştırmamızın bu kısmında “Tedarik Zinciri Yönetimi” denildiğinde katılımcıların zihnindeki çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara tedarik zinciri yönetimiyle ilgili önceden oluşturulmuş soru formlarındaki;

- Şehir Hastanelerinin satın alım süreci ile devlet hastanesinin satın alma süreci arasında ne fark vardır? Uygulama olarak avantajlı olarak gösterebileceğiniz neler vardır? (Süreci hızlandırmak için farklı uygulamalarınız var mı?)
- Hastane demirbaş takibini RFID (Radio Frequency Identification) çözümleri kullanıyor musunuz? Devlet hastanelerinde henüz kullanılmayan bu sistem, şehir hastanesi yönetiminde sizlere ne gibi kolaylıklar sağladı, açıklayabilir misiniz? (İlaç sargı bezi iğne gibi sarf malzemeler de bu kapsamda takip ediliyor mu?)
- Hastanede kullanılan tıbbi teknoloji ürünlerinin ekonomik ömürlerine dair bir planlamanız bulunuyor mu? Ürünlerinin ekonomik ömürlerinin bitmesini beklemeden, aynı nitelikte yeni ürünün satın alma sürecini başlatmanızı sağlayacak bir kontrol mekanizması mevcut mudur?
- İsteği yapılan tıbbi malzemelerin hastaneye ulaştırılması sürecinde ortaya çıkan lojistik maliyetleri size yansıyor mu? Yönetme sürecini kolaylaştırıcı uygulamalarınızdan bahsedebilir misiniz?
- Stokta bulundurma maliyeti ve stoksuz kalma maliyetleri dikkate aldığınız bir tedarik zinciri yönetim sisteminiz var mı?

Yukarıda belirtilen sorular yöneltilmiş, katılımcılardan alınan cevaplara göre tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan “Tedarik Zinciri Yönetimi” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Stok”, “Satın Alma”, ve “Yöntem Beyanı” olmak üzere üç temada toplanmıştır.

6.4.1. Stok



Şekil: 6.4.1.1. Stok Teması Kodları

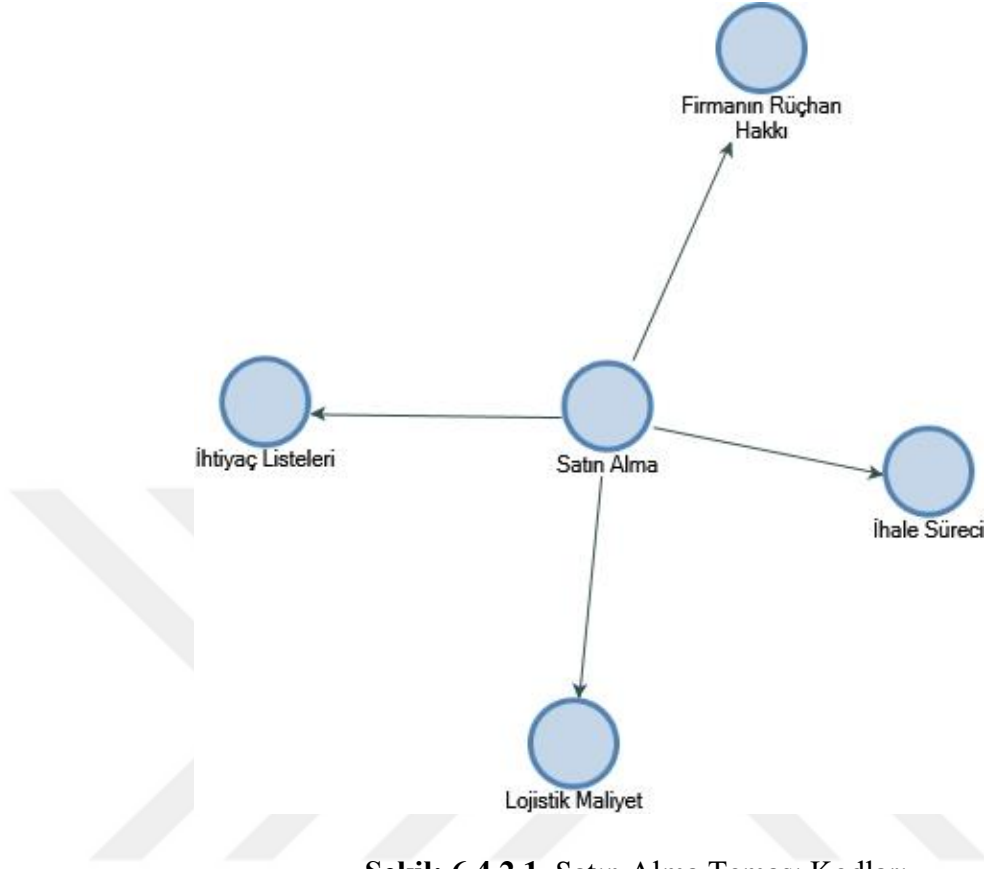
Tedarik zinciri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde stok teması canlanmıştır. Katılımcılar stoğu “Cihaz Kalibrasyonu, Demirbaş Ekonomik Ömrü, Demirbaş Takibi ve Lazer Barkod” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 7, katılımcı 12, katılımcı 13 ve katılımcı 16 şehir hastanelerine gelen hasta sayıları, yapılan tetkik ve tedaviler göz önüne alındığında bu denli büyük tesislerin stok değerlemesinin yapılmasının, sunulan sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması hususunda ciddi bir öneme sahip olduğunu vurgulamışlardır.

Nitekim şehir hastanelerinde kullanılan lazer barkodlar ile her bir demirbaş ve cerrahi aletlerin stok durumları kontrol edilerek takibi sağlanmakta ve ihtiyaç halinde kolayca erişilebilmekte olduğunu belirtmişlerdir. Sözleşmede de yer alan ek listeler çerçevesinde, her kaleme kullanılan demirbaşın ekonomik ömürleri belirlenmiş ve gerektiğinde yenilenmeleri garanti altına alınmış olduğunu ifade etmişlerdir.

Yüklenici firmaların desteği ve alt yüklenici firmalardaki personeller sayesinde özellikle biyomedikal cihazların güncel olarak kalibrasyonları yapılmakta ve cihazlardan kaynaklanan ölçüm hatalarının önüne geçilmesini sağladıklarına değinmişlerdir.

6.4.2. Satın alma



Şekil: 6.4.2.1. Satın Alma Teması Kodları

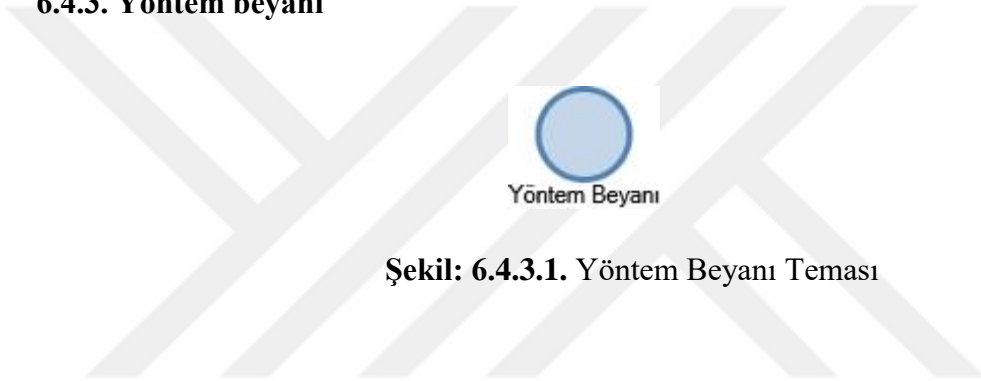
Tedarik zinciri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir başka tema da satın almadır. Katılımcılar satın almayı “İhale Süreci, Firmanın Rüçhan Hakkı, Lojistik Maliyet ve İhtiyaç Listeleri” olmak üzere dört kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 7, katılımcı 13 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinde satın alma fonksiyonunu işletirken sözleşmede yer alan belli başlı eklerin devlet hastanelerine kıyasla satın almayı daha da çok kolaylaştıracağını ve bu ek maddelerin işletilmesine dair çalışmaların devam ettiğini ifade etmişlerdir. İhale süreçlerinin diğer devlet hastaneleri gibi şeffaf ve kamuya açık olduğundan ve satın alım sürecinde her teklifin değerlendirildiğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda bu teklifler arasında düşük maliyet ve yüksek fayda göz önüne alındığında bu koşulları sağlayan firmalar arasında kendi ortakları olan yüklenici firmanın teklifi de yer alıyorsa; firmanın rüçhan hakkından dolayı satın alımın firma üzerinden gerçekleştirildiğini ifade etmektedirler.

Nitekim bu satın alım da onlara ekstra bir lojistik maliyeti gerektirmediği ve kendi paydaşlarıyla birlikte yaptıkları iş birliğini arttırdığını belirtmişlerdir. Şehir hastanelerinde satın alımdan önce gerekli ihtiyaç listelerinin titizlikle oluşturulduğunu ve piyasaya birden fazla kez teklif araştırmasına çıkıldığını, satın alımın bu telifler arasındaki en düşük maliyeti seçerek yapıldığını vurgulamışlardır.

Sözleşmede belirtilen ek listelerdeki kalemlerin onaylanması sonucunda şehir hastanelerine özgü satın alım süreçleri farklı bir yöntemle yürütüleceğini, bu durumun yüklenici firmayla gerçekleştirecekleri satın alma sürecini daha kolay kılacağını belirtmişlerdir.

6.4.3. Yöntem beyanı

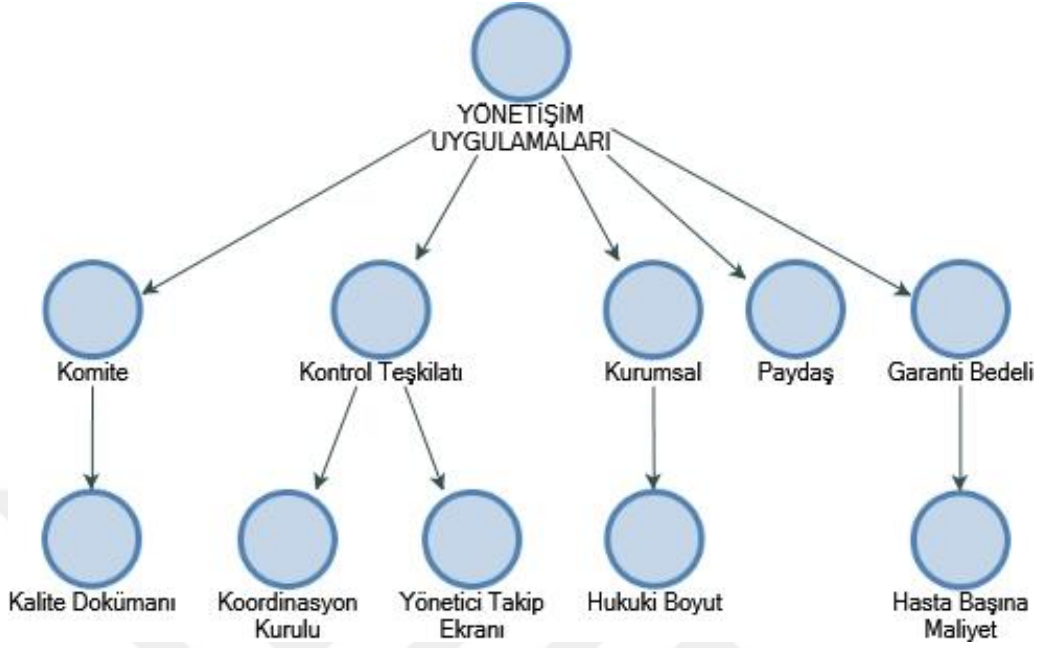


Şekil: 6.4.3.1. Yöntem Beyanı Teması

Tedarik zinciri yönetimiyle ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir başka tema ise yöntem beyanı olmuştur.

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

6.5. Yönetişim Uygulamalarına İlişkin Bulgular



Şekil: 6.5.1. Yönetişim Uygulamaları Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

Yukarıda verilen şekilde hastanelerdeki “Yönetişim Uygulamaları” na dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar aşağıdaki gibi ortak temalar altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır;

Araştırmamızın bu kısmında “Yönetişim Uygulamaları” denildiğinde katılımcıların zihnindeki çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara yönetim uygulamalarıyla ilgili önceden oluşturulmuş soru formlarındaki;

- Kurumunuzdaki üst yönetimin görev ve sorumluluklarında (iş tanımlarında) kamu hastanelerine oranla ne gibi farklılıklar vardır ve bu farklılıklar size ne gibi avantajlar sağlamaktadır?
- Kurumunuzda üst yönetimde görevli çalışanların performans değerlendirmelerine sıklıkla yapılmaktadır ve bu değerlendirmenin sonraki süreçlere ne gibi faydaları olmaktadır?
- İdare ve işletme arasında koordinasyon nasıl sağlanmaktadır?

- İdare işletmenin hangi parametrelerle performans ölçümü yapılmaktadır?
- Buna göre idarenin, yüklenici firmaya karşı sorumlulukları nelerdir?
- Kurumunuzda üst yönetim toplantılarında güncel ve gelecekte ortaya çıkabilecek durumlara karşı çözüm önerileri nasıl belirlenmektedir?
- Çalışanlarınızla hangi sıklıkla toplantılar gerçekleştirmektesiniz ve bu toplantıların çalışanlar üzerindeki motivasyon ve bağlılık hususlarındaki etkileri nelerdir?
- Kurumunuzda uygulamış olduğunuz, paydaşların kurum yönetimine katılımını destekleyici anket, yüz yüze görüşme gibi mekanizmaları ne sıklıkla gerçekleştiriyorsunuz? Bu mekanizmalar size ne gibi faydalar sağlamaktadır?
- Kurumunuzda uygulanan süreçleri paydaş beklenti ve gereksinimlerine göre tasarlamak bu süreçlere ne gibi katkılar sağlamaktadır?
- Kurumunuzda paydaş (Yüklenici firma) haklarının korunmasıyla ilgili politikalar ve prosedürler hakkında bilgilendirme süreçleri nasıl yürütülmektedir? Bu süreçlerde karşılaştığınız problemlerin nasıl üstesinden geliyorsunuz?

Yukarıda belirtilen sorular yöneltilmiş, katılımcılardan alınan cevaplara göre tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan “Yönetişim Uygulamaları” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Kurumsal”, “Paydaş”, “Kontrol Teşkilatı”, “Komite” ve “Garanti Bedeli” olmak üzere beş temada toplanmıştır.

6.5.1. Kurumsal



Şekil: 6.5.1.1. Kurumsal Teması Kodları

Yönetişim uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde kurumsal teması canlanmıştı. Katılımcılar kurumsal “Hukuki Boyut” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir.

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

6.5.2. Paydaş

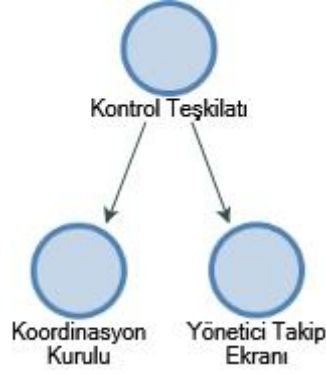


Şekil: 6.5.2.1. Paydaş Teması

Yönetişim uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde paydaş teması canlanmıştır.

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

6.5.3. Kontrol teşkilatı

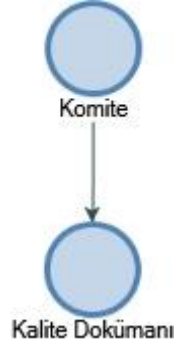


Şekil: 6.5.3.1. Kontrol Teşkilatı Teması Kodları

Yönetişim uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde kontrol teşkilatı teması canlanmıştır. Katılımcılar kontrol teşkilatını “Koordinasyon Kurulu ve Yönetici Takip Ekranı” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir.

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

6.5.4. Komite

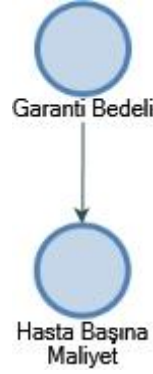


Şekil: 6.5.4.1. Komite Teması Kodları

Yönetişim uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde komite teması canlanmıştır. Katılımcılar komiteyi “Kalite Dokümanı” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 3, katılımcı 8, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumunun devamlılığının sağlanması ve doğru, kaliteli, etkili, güvenilir ve zamanın sağlık hizmeti için belirlenen alt komitelerin olduğunu bu komitelerin belirli günlerde toplantılar yaparak kalite dokümanları oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Komitelerden çıkan kararlar doğrultusunda hem yüklenici firma hem de idare tarafındaki süreçlerde iyileştirmelere ve standardizasyona gidilmektedir. Nitekim bu iyileştirmeler şehir hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırarak hastaların memnuniyet oranlarını yükselteceği vurgulanmıştır.

6.5.5. Garanti bedeli



Şekil: 6.5.5.1. Garanti Bedeli Teması Kodları

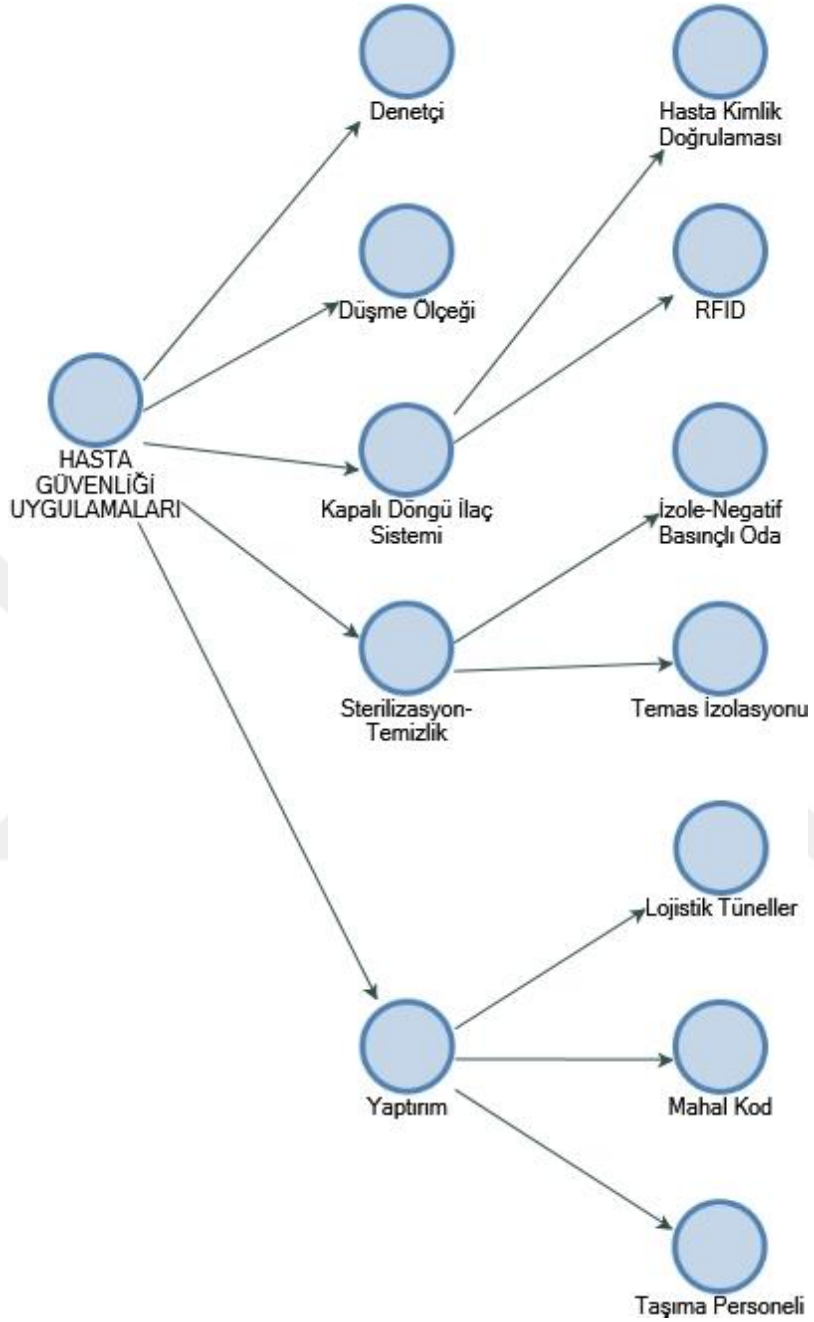
Yönetişim uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde garanti bedeli teması canlanmıştır. Katılımcılar garanti bedelini “Hasta Başına Maliyet” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 16 şehir hastanelerini, büyüklükleri, standartların yüksekliği göz önüne alındığında maliyetlerin de artacağını düşünülüğünü bu düşüncenin bir bakıma hizmet standartlarının/kalitesinin değişmesiyle doğru bir yaklaşım olduğunu ancak yapının büyüklüğünün, personel sayısının artmasıyla birlikte aynı zamanda hizmet verilen hastanın da aynı oranda artmasıyla hasta başına maliyete bakıldığında aynı oranda artan bir maliyetin söz konusu olmadığı ifade etmişlerdir.

Şirketin sahip olduğu sözleşme ve Bakanlığın hizmet standartlarına bakıldığında standartlar da belirtilen şartların çok yüksek şartlar olduğunu ancak artan maliyet konusundaki çözümü de daha düşük standartta ucuz hizmet vermekte aramayıp, zaten bu uygulamadan kaçarak bu yapıya geldiklerini ve mevcut standartlarda makul ve kabul edilebilir ödemeler yapmayı esas aldıklarını ve birçok kalemde de bunu uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Bakanlığın %70 olarak belirlediği garanti bedeli oranını da tüm hizmet gruplarına bakıldığında hastane %70’in üzerinde dolulukla çalışmaya başladığı için tutarlı olarak bulmuşlardır. Bununla birlikte bu altyapı ve hizmet standardının gelecekte de varlığını rahatlıkla devam ettirecek olduğu görüşündeydiler.

6.6. Hasta Güvenliği Uygulamalarına İlişkin Bulgular



Şekil: 6.6.1. Hasta Güvenliği Uygulamaları Fonksiyonu Temalar ve Kodlar

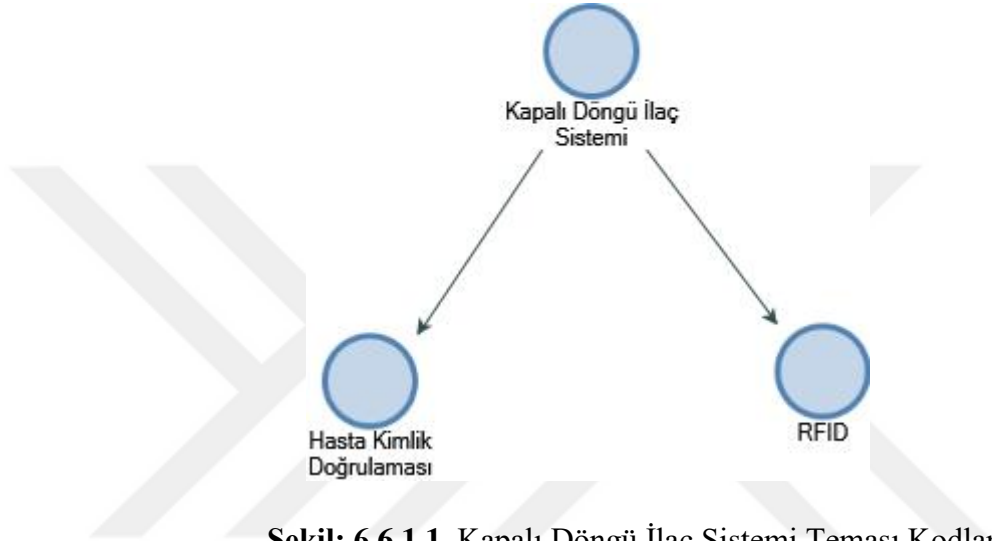
Yukarıda verilen şekilde hastanelerdeki “Hasta Güvenliği Uygulamaları” na dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur. Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar aşağıdaki gibi ortak temalar altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır;

Araştırmamızın bu kısmında “Hasta Güvenliği Uygulamaları” denildiğinde katılımcıların zihnindeki çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara hasta güvenliği uygulamaları ile ilgili önceden oluşturulmuş soru formlarındaki;

- Hastanenede tüm sağlık hizmetlerini bir arada sunabilmeniz sağlık hizmeti kullanıcıları için sağladığı faydalar nelerdir?
- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanmasında diğer hastanelerden farklı sistemler ve uygulamalardan yararlanıyor musunuz? Bu süreçlerde güçlü yönleriniz hakkında neler söylemek istersiniz.
- İlaç güvenliğinin sağlanmasında hangi uygulamalardan faydalanıyorsunuz? Bu süreçte yararlandığınız sistemler ya da teknolojiler var mı?
- RFID hasta güvenliğini sağlama konusunda sizlere sağladığı kolaylıklardan bahsedebilir misiniz?
- Tesis özelliklerinizin engelli hastalara sağlık hizmeti sunumu konusunda sağladığı faydalar nelerdir?
- Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hasta düşmeleri, radyasyon riski ve bebek güvenliği gibi oluşabilecek hasta güvenliği sorunları ile ilgili alınan önlemler hakkında bilgi verebilir misiniz?
- Modern tesis özelliklerinizin hastane enfeksiyonları konusunda sağladığı faydalar nelerdir?
- Şehir Hastaneleri yapılanmasında temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamaları açısından sağladığınız kazançlar nelerdir?
- Şehir Hastaneleri yapılanmasında laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri uygulamaları açısından sağladığınız kazançlar nelerdir? Bu hizmetlerin sunumunda kalite süreçlerini nasıl yürütüyorsunuz?
- Bu hizmetleri Özel sektörden satın alıyorsunuz maliyet anlamında eski devlet hastanesi uygulaması ile karşılaştırır mısınız? Daha ucuza mı mal ediyorsunuz yoksa daha pahalı mı satın alıyorsunuz? (Toplam maliyet / Hasta başına maliyet) Verimlilik açısından değerlendirebilir misiniz?

Yukarıda belirtilen sorular yöneltilmiş, katılımcılardan alınan cevaplara göre tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan “Hasta Güvenliği Uygulamaları” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Kapalı Döngü İlaç Sistemi”, “Yaptırım”, “Sterilizasyon-Temizlik”, “Düşme Ölçeği” ve “Denetçi” olmak üzere beş temada toplanmıştır.

6.6.1. Kapalı döngü ilaç sistemi



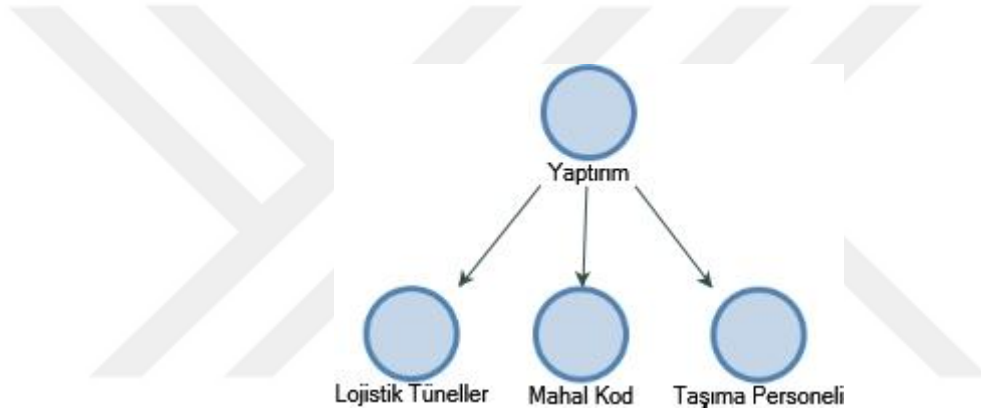
Şekil: 6.6.1.1. Kapalı Döngü İlaç Sistemi Teması Kodları

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde kapalı döngü ilaç sistemi teması canlanmıştır. Katılımcılar kapalı döngü ilaç sistemini “RFID ve Hasta Kimlik Doğrulaması” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir.

Temelinde hasta güvenliğinin sağlanması yatan kapalı döngü ilaç sisteminde katılımcı 1, katılımcı 2, katılımcı 8, katılımcı 9 ve katılımcı 11 kullanılan RFID sistemlerini ve hasta kimlik doğrulamalarını birbirini tamamlayan uygulamalar olarak görmektedirler. Bu sistemlerin kullanılması ile birçok açıdan hasta güvenliğinin en üst düzeylerde tutulduğunu ifade etmişlerdir. Hasta kimlik doğrulamaları ve hastaya takılan bilekler sayesinde hastaya yanlış ilaç uygulama riskinin ortadan kaldırıldığını ifade eden katılımcılar anne-bebek ve bebek-hemşire eşleştirmeleri ile de bebeğin güvenli bölgeden izinsiz uzaklaştığında veya bebeğin yanına farklı bir anne yaklaştığı anda alınan uyarılar sayesinde bebek kaçırılmalarının önüne geçildiğini belirtmişlerdir.

Aynı zamanda katılımcılar, bu senaryonun içerisinde otomatik kapıların kapanması, kamera sisteminin kayıt almaya ve fotoğraf çekmeye başlaması, anında mail atılması gibi uygulamaların şehir hastanelerinin ayırt edici özelliklerinden olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar yemek hizmetlerinde de kullanılan RFID sistemi ve hasta kimlik doğrulaması ile doğru hastaya doğru yemeklerin ulaştırılmasının sağlanması ve cerrahi aletlerde kullanılan RFID sistemi ile cerrahi müdahale sırasında hasta içerisinde herhangi bir malzeme unutulma riskinin ortadan kaldırılması ile hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir etken olduğunu vurgulamışlardır.

6.6.2. Yaptırım



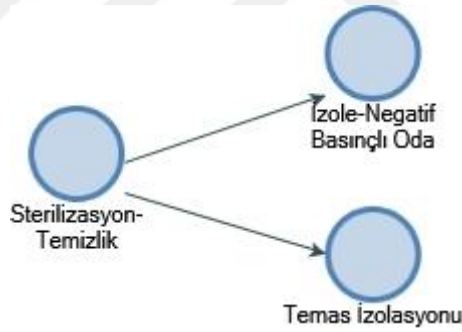
Şekil: 6.6.2.1. Yaptırım Teması Kodları

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde yaptırım teması canlanmıştır. Katılımcılar mahal kodu “Mahal Kod, Taşıma Personeli ve Lojistik Tüneller” olmak üzere üç kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 5, katılımcı 11, katılımcı 12, katılımcı 16 şehir hastanelerini diğer devlet hastanelerinden farklı kılan birtakım uygulamalar ile bunların uygulanma veya uygulanamama nedenlerine ilişkin birtakım yaptırımların olduğundan bahsetmişlerdir.

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

6.6.3. Sterilizasyon-temizlik



Şekil: 6.6.3.1. Sterilizasyon-Temizlik Teması Kodları

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde sterilizasyon-temizlik teması canlanmıştır. Katılımcılar sterilizasyon-temizliği “Temas İzolasyonu ve İzole-Negatif Basıncılı Oda” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 8, katılımcı 9 ve katılımcı 11 şehir hastanelerinin temelinde enfeksiyonsuz hastane kavramının yattığını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda hasta güvenliğini esas alarak sterilizasyon ve temizlik konularında ayrıca hassasiyet gösterildiğini ve farklı uygulamaların olduğunu aktarmışlardır.

Katılımcılar, servislerde özellikle de acil ve yoğun bakımlarda tek kişilik izole odaların ve negatif basınçlı odaların olmasının enfeksiyon oranlarını azalttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca yoğun bakımdaki negatif basınçlı odaların basıncını, nemini, herhangi bir anda bir odaya ne kadar hava üflendiğini ne kadar hava çekildiğini bunların sıcaklığı gibi göstergelerin hepsini görebildiklerini, kontrol altında tutabildiklerini ve bu süreçlerin de yıllık idareye rapor halinde verildiğini; idarenin de enfeksiyon komitesiyle birlikte periyodik aralıklarla enfeksiyon numuneleri aldıklarını ayrıca riskli bir durum da hemen yazı yazılarak gerekli çalışmaların yapıldığını aktarmışlardır.

Firma tarafında da enfeksiyonla ilgili hastalıklar için belirlenen şekillerinin tanındığını ve hangi enfeksiyon önlemi uygulanacaksa temas izolasyonu hakkında temizlik personelinin de bilinçli olduğunu ve bu bilincin şehir hastanesi yapılanmasıyla birlikte kazanıldığını ifade etmişlerdir.

6.6.4. Düşme ölçeği



Şekil: 6.6.4.1. Düşme Ölçeği Teması

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde canlanan bir diğer tema da düşme ölçeği olmuştur.

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

6.6.5. Denetçi



Şekil: 6.6.5.1. Denetçi Teması

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde denetçi teması canlanmıştır.

Katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinin sağlık hizmeti sunumunda kamu ve özeline birlikte sorumluluk aldığı karma bir model olması nedeniyle katılımcılar idare tarafının da şirkete karşı sorumluluklarının olduğunu ve bu sorumlulukların da dış denetçiler tarafından denetiminin sağlandığını ifade etmişlerdir. Özellikle hasta güvenliğini etkileyen temizlik, sterilizasyon, radyasyon güvenliği, hastane afet planı vs. gibi konularda dış denetçilerin ve bağımsız denetçilerin devreye girmesinin hata yapma ihtimalini çok düşürdüğünü belirtmişlerdir. Bununla birlikte yüklenici firmanın hizmeti kendisinin denetlemesinin, bağımsız denetçilerin denetlemesinin, ana denetçi olarak idare tarafının denetlemesini ve idareyi de Bakanlığının denetlemesiyle birlikte çapraz denetleme sisteminin oluşuyla; hata yapma riskini ortadan kaldırdığını ve hasta güvenliğinin sağlanmasında etkin bir sistem kurguladıklarını ifade etmişlerdir.

6.7. Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) Temelli Katma Değerli Uygulamalara İlişkin Bulgular



Şekil 6.7.1. ESK Temelli Katma Değerli Uygulamalar Temalar ve Kodlar

Yukarıda verilen şekilde hastanelerdeki “Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) Temelli Katma Değerli Uygulamalar” a dair kavramsal çerçeve ana hatlarıyla sunulmuştur.

Yapılan çalışma ile ortaya konulan kavramlar aşağıdaki gibi ortak temalar altında gruplandırılmış olup, çalışma kapsamına alınan dört şehir hastanesinin iyi uygulama örnekleri olarak açıklanmaktadır;

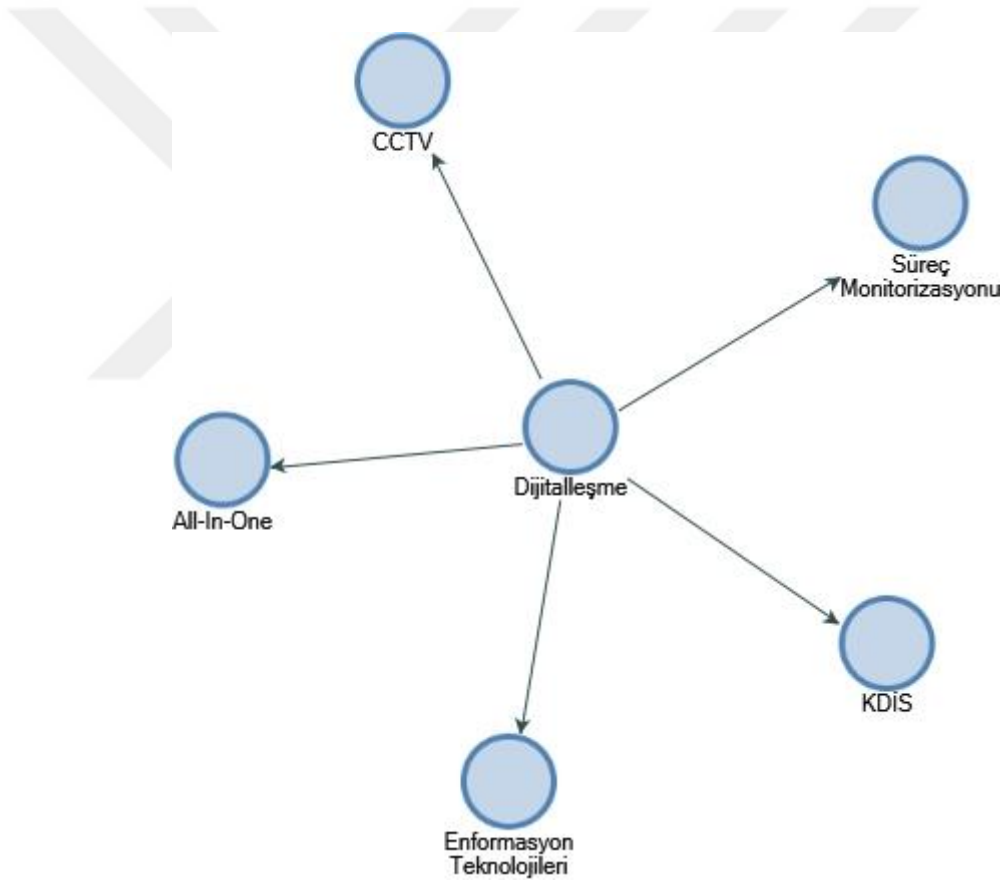
Araştırmamızın bu kısmında “ESK Temelli Katma Değerli Uygulamalar” denildiğinde katılımcıların zihnindeki çağrışımlara dair bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili önceden oluşturulmuş soru formlarındaki;

- şehir hastanelerinde tıbbi sekreter istihdam ediyor musunuz? Bu sree ilgili iyi uygulama örneklerinden bahsedebilir misiniz?
- HBYS sisteminizi uygularken sağlık çalışanlarınızın tepkisi ne yönde idi? Herhangi bir direnç ile karşılaştınmış mı?
- Hastanenizde klinik karar destek sistemlerinin kullanım düzeyi nedir? Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından kullanılan KKDS'lere örnekler verebilir misiniz?
- şehir hastanelerinde yoğun bakım servislerinde bilgi sistemlerinin ve teknolojinin kullanımını açısından devlet hastanelerinden farklı uygulamalar mevcut mudur?
- şehir hastanelerinde acil serviste bilgi sistemlerinin ve teknolojinin kullanımını açısından devlet hastanelerinden farklı uygulamalar mevcut mudur?
- şehir hastanelerindeki biyomedikal cihazlarının sayı, çeşitlilik ve kapasitesinin devlet hastanelerinden önemli ölçüde iyi olduğuna dair bir kanaat var. Sizce de böyle midir? Bu cihazların HBYS ile entegrasyonu konusunda devlet hastanelerinden ayırt edici olduğunu düşündüğünüz uygulamalarınız nelerdir?
- Hastanenizdeki elektronik sağlık kayıtlarının hem içerideki kullanımında hem de kurum dışından erişim ve paylaşımlarda hangi prosedürleri uyguluyorsunuz? Devlet hastanelerinden ayırt edici olduğunu düşündüğünüz uygulamalarınız nelerdir?

Hastanenizde bilgi sistemleri ve teknolojiyi hasta güvenliğini ve sağlık hizmet kalitesini artırmak için nasıl kullanıyorsunuz? Devlet hastanelerinden ayırt edici olduğunu düşündüğünüz uygulamalarınız nelerdir?

Yukarıda belirtilen sorular yöneltmiş, katılımcılardan alınan cevaplara göre tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan “ESK Temelli Katma Değerli Uygulamalar” fonksiyonuna dair elde edilen veriler “Dijitalleşme”, “Tıbbi Sekreter”, “Kurumsal”, “Güvenlik”, “Yardım Masası” ve “Entegrasyon” olmak üzere altı temada toplanmıştır.

6.7.1. Dijitalleşme



Şekil: 6.7.1.1. Dijitalleşme Teması Kodları

ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde dijitalleşme teması canlanmıştır. Katılımcılar dijitalleşmeyi “Enformasyon Teknolojileri, CCTV, Süreç Monitorizasyonu, Kapalı Döngü İlaç Sistemi (KDİS) ve All-In-One” olmak üzere beş kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 10, katılımcı 14, katılımcı 15 ve katılımcı 18 dijital hastane altyapısıyla kurulan şehir hastanelerinin birçok uygulamasıyla diğer devlet hastanelerden farklılaştığını belirtmişlerdir. Katılımcılar, kapalı döngü ilaç sistemini (KDİS), hasta güvenliği temeliyle hastanelerde mevcut olan ve servislerde ilaçların order edilmesinden itibaren birim doz halindeki ilaçların hastaya özel olarak eczacı ve hekimin ekranına düşen ilaç-ilaç, ilaç-alerji, ilaç-besin etkileşimleri ve uyarıları dikkate alınarak hasta bilekliği ile eşleşmesi sağlandıktan sonra doğru ilacın doğru hastaya doğru zamanda doğru uygulama yolu ile uygulandığı sistemler olarak ifade etmişlerdir. Lighthouse adı verilen program aracılığıyla hastane içerisindeki taşıma personellerinin takibinin sağlanabildiğini yine maliyeti belli bir meblağın üzerindeki biyomedikal cihazların, demirbaşların, taşınmazların anlık olarak takip edilebildiğini, bu cihazların serviste içerisinde veya dışarısında olup olmadığının takibinin sağlanabildiği, hastane içerisinde hangi lokasyonda bulunduğunu öğrenebildiklerini belirtmişlerdir.

Bununla birlikte hastane içerisindeki tüm kameraların CCTV odalarında kayıt altına alındığını ve kontrol edilebildiğini ve CCTV kamera sistemiyle birlikte demirbaş takibi, bebek kaçırma sistemi, hastane otomasyon sisteminin tamamının birbirleriyle entegre çalıştığını aktarmışlardır. Katılımcılar bir başka dijital uygulama olarak all-in-one bilgisayarlardan bahsetmişlerdir ve bu bilgisayarlar aracılığıyla farklı bir sekreteryaya işine sekreteryaya ihtiyaç duymadan sağlık profesyonellerine ulaşımın sağlanabildiğini, bilgi barkodu ve tüpleri çıkarabildiğini, laboratuvar sonuçları hususundaki sürecin devamlılığının sağlanabildiğini ifade etmişlerdir.

6.7.2. Tıbbi sekreter

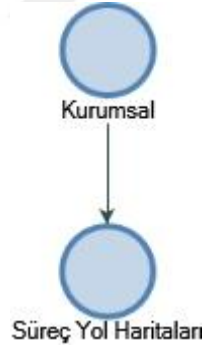


Şekil: 6.7.2.1. Tıbbi Sekreter Teması

ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde tıbbi sekreter teması canlanmıştır.

Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 11 ve katılımcı 12 bazı şehir hastanelerinde hasta mahremiyeti ve hekimlerin sürece dahil olması amacıyla tıbbi sekreterlerin görev yapmadığını bazı şehir hastanelerinde ise taşeron yasasıyla birlikte tıbbi sekreter istihdam edildiğini belirtmişlerdir. Tıbbi sekreter kullanmayan şehir hastaneleri için bu uygulama ile primer kullanıcı tarafından verinin üretilip üretilen verinin de kullandırılıyor olmasını avantaj olarak görülmektedir. Ancak belli bir sayının üstünde hasta ile çalışan doktorlara sekreter verilme konusuna sıcak baktıklarını bunun sebebini ise daha önce yasal olarak uygun olmamasına rağmen bazı hekimlerin yapacağı işleri hekimin yoğunluğu veya yokluğu sırasında sekreterinin yapması olarak dile getirmişlerdir. Fakat tıbbi sekreterlerin olmaması durumunda hastaların bekleme sürelerinin uzadığı için hasta memnuniyetini sağlamak adına da sekreter verilmesi gerekliliğinden bahsetmişlerdir.

6.7.3. Kurumsal



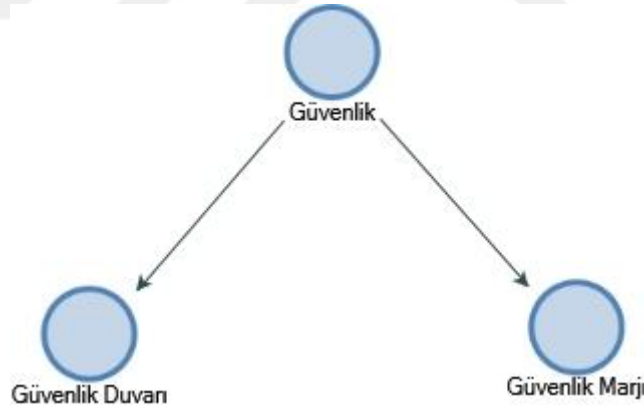
Şekil: 6.7.3.1. Kurumsal Teması Kodları

ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde kurumsal teması canlanmıştır. Katılımcılar kurumsal “Süreç Yol Haritaları” olmak üzere bir kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 11, katılımcı 12 ve katılımcı 15 ve katılımcı 16 şehir hastanelerinde elektronik sağlık kayıtlarının hem hastane içerisindeki kullanımında hem de kurum dışından erişiminde altyapıyı sağlayan firmaların çok katı kurallarının olduğunu ama bu katı kuralların kurumsallığı sağladığını aksi takdirde yönetiminde sorunlar yaşanacağını ve devlet hastanelerinden bir farklarının kalmayacağını ifade etmişlerdir. Bu altyapıyı sağlayan firmaların kurumsallığı dolayısıyla kendi teşvik yöntemlerinin ve ödül sistemlerinin olmasının da hastane içerisindeki süreçlere olumlu katkı sağladığını belirtmişlerdir.

Bununla birlikte time-out olarak adlandırılan yol haritalarının mevcut olması; örneğin, sezaryen yol haritasının olmasıyla, sezaryene başlarken hemşire ve doktorun ne yapacağına ve nerede bekleyeceğine dair yol haritasının oluşu, bunların belirlenmiş ve erişilebilir olmasının aynı zamanda hastane içerisindeki diğer süreçler için de yol haritalarının belirlenmesi elektronik sağlık kaydı temelli uygulamaları kolaylaştırıcı ve katkı sağlayıcı faktör olarak nitelendirilmiştir.

6.7.4. Güvenlik



Şekil: 6.7.4.1. Güvenlik Teması Kodları

ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde güvenlik teması canlanmıştır. Katılımcılar güvenliği “Güvenlik Marjı ve Güvenlik Duvarı” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 10, katılımcı 14, katılımcı 15 ve katılımcı 18 şehir hastanelerine gelen hasta sayılarının standartların üzerinde olduğunu bu bağlamda da hastaların kişisel mahremiyetinin ve güvenliğinin sağlanması hususunda ciddi önlemler aldıklarını aktarmışlardır. Bu önlemlerin başında da elektronik ortamda saklanan verilerin güvenilirliğini sağlayan sistemdeki güvenlik duvarları gelmektedir. Katılımcı 1 kullanılan güvenlik duvarının etkinliğini “*Şöyle bir şey var, veri merkezi ve bunun güvenlik standartları daha hakim sürdürülebilir teknik olarak, çok yüksek yani bir güvenlik duvarı şartı getirmiş Bakanlık şartnamede Merkez Bankasında yoktur herhalde. Öyle ki ben bazen kendi hastamın verisini girerken açmakta güçlük çekiyorum, sıkıntı yaşadım birkaç kere kapatmak zorunda kaldık güvenlik duvarını. Çok yüksek standartlı bir güvenlik duvarı var ve bu verilerin güvenliğinden de mesul olduğu için şirket varını yoğunu bu alana harcıyor*” ifadeleriyle açıklamıştır.

Şehir hastanelerini gerek teknik altyapı gerekse de bilgi işlem altyapısıyla yüksek güvenlik marjına sahip tesisler olarak tanımlayan katılımcılar hasta mahremiyetinin korunabilmesi adına en üst düzeyde önlem aldıklarını vurgulamışlardır.

6.7.5. Yardım masası



Şekil: 6.7.5.1. Yardım Masası Teması

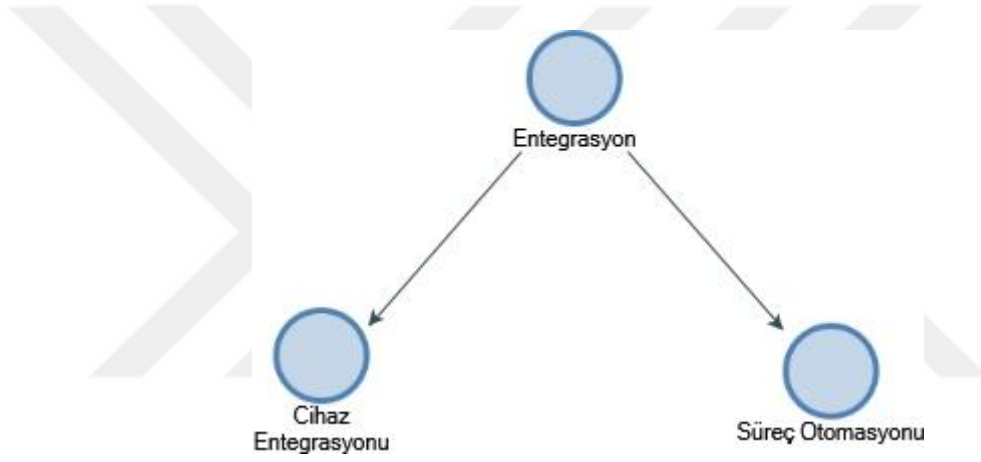
ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde yardım masası teması canlanmıştır.

Katılımcı 1, katılımcı 4, katılımcı 10, katılımcı 12 ve katılımcı 16 sağlık hizmet sunumu süreçlerinde yaşanan aksaklıkları ihbar etmek amacıyla, taşıma personeli gerektiği durumlarda veya tesisle ilgili herhangi bir sorun tespit ettiklerinde diğer devlet hastanelerinden farklı olarak şehir hastanelerinde bu tür sorunlara çözüm getirmek amacıyla başvurabilecekleri yardım masası uygulamasının olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar yardım masasını; açılan çağrılara yönelik gerekli çözümü acil durum skalaları özelinde belirlenen zaman aralığında giderilmesini sağlayan birim olarak tanımlamaktadırlar.

Şehir hastanesinin her bir köşesine belirli aralıklarla yerleştirilen mahal kodlar sayesinde yapılan ihbar yerleri kolayca tespit edilip çözüm üretecek personelin yönlendirmesi hızlıca yapılmakta olduğunu belirtmişlerdir.

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

6.7.6. Entegrasyon



Şekil: 6.7.6.1. Entegrasyon Teması Kodları

ESK temelli katma değerli uygulamalarla ilgili sorular sorulduğunda katılımcıların zihninde entegrasyon teması canlanmıştı. Katılımcılar entegrasyonu “Cihaz Entegrasyonu ve Süreç Otomasyonu” olmak üzere iki kod bağlamında değerlendirmiştir.

Katılımcı 1, katılımcı 10, katılımcı 14, katılımcı 15 ve katılımcı 18 şehir hastanelerine alınan her bir biyomedikal cihazın sözleşmede de belirtildiği üzere entegrasyonunun sağlanabilir olduğundan bahsetmişlerdir. Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan ekipmanın gerekli bilgi işlem altyapısıyla birlikte entegre edilebilir ve ulaşılabilir olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sistemin entegrasyonu ile birlikte belli başlı insan gücü gerektirmeyen süreçlerde otomasyonun sağlandığından nitekim bu durumun süreçleri daha hızlı ve sürdürülebilir kıldığını vurgulamışlardır.

Şehir hastanelerinde kullanılan entegrasyonun yaygınlığını belirtmek için Katılımcı 18 “Aslında bu alanları saymaya çalışsak bitmez, dediğim gibi bizim 70’in üzerinde entegrasyonumuz var, bütün sistemlerimiz birbiriyle haberleşme içerisinde. Örneğin, bu bebek kaçırmadan bahsedebiliriz pembe kod sistemi. Şimdi örneğin, CCTV bir kamera sistemimizle birlikte demirbaş takip sistemimiz, bebek kaçırma sistemimiz, building management dediğimiz hastane otomasyon sistemimiz bunların tamamı birbirleriyle entegre çalışmakta” ifadelerine yer vermiştir.



7. SONUÇ

Çalışmada, gün geçtikçe ülkemizdeki yaygınlığı artarak devam eden ve kesintisiz sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğine büyük katkı sağlayan, kamu-özel işbirliğiyle kurgulanan Şehir Hastaneleri'nin diğer devlet hastanelerine kıyasla sağlık hizmeti sunumunda sağladığı iyi uygulama örnekleri ortaya çıkarılmıştır. Bu bağlamda proje başlatıldığı tarihten itibaren halihazırda hizmete girmiş olan Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri yerinde incelenerek; hastanelerin üst ve orta düzey yönetim kademelerinde çalışanlarla yapılan görüşmeler neticesinde; Şehir Hastaneleri'nin iyi uygulamaları yedi yönetsel fonksiyon ışığında incelenmiştir.

Yapılan incelemeler sonucunda şehir hastanelerinin bina kalitesinden dijital hastane altyapısına, hasta güvenliği için kişiye özel tanımlama teknolojilerinden demirbaş takibinde kullanılan RFID ve lazer kod sistemlerine kadar genişletilebilen iyi uygulama örneklerinin detaylı açıklamalarına üst ve orta düzey yöneticilerin yorumları ışığında değinilmiştir. Nitekim literatürde RFID kullanımının hem tedarik zinciri yönetiminde malzeme ve stok kontrolü yapabilmek ve maliyetlerin azaltılmasını sağlayabilmek amacıyla kullanılan ekipmanları maksimize etmeyi sağladığını hem de acil müdahale gerektiren durumlar için kullanıldığını destekler çalışmalar bulunmaktadır (43, 44, 45, 46). Bununla birlikte özellikle şehir hastanelerinde uygulamaya geçilen dijital hastane altyapısının sağlık hizmet sunum sürecinin ve kalitesinin artırılmasını sağladığı görüşünde olan çeşitli alan araştırmaları da bulunmaktadır (47, 48).

Ayrıca anne-bebek sağlığının sürdürülebilirliği için uygulanan anne oteli ve gebe sınıfı uygulamalarına hastane içi erişilebilirliğin sağlanması amacıyla geliştirilen mobil cihaz ve uygulamalara, maliyetlerin azaltılması ve enerji tasarrufu sağlanabilmesi için kurulan trijen sistemlerine de katılımcıların farklı bakış açılarıyla birlikte yer verilmiştir. Şehir hastanelerinde kullanılan trijen sistemleri ve leed sertifikaları ile birlikte yeşil hastane uygulamalarına da geçildiği tespit edilmiştir. Yeşil hastane uygulamalarının sağlık hizmeti sunum maliyetlerini azaltarak kalite artırımına yönelik faydalar sağladığı yapılan alan çalışmalarında belirtilmiştir (49, 50, 51).

Bugüne kadar özel hastanelerin tercih edilmesinde rol oynayan en önemli faktörlerden biri, kaliteli otelcilik hizmetleridir. Kamu sağlık hizmeti, şehir hastaneleriyle herhangi bir katılım payı alınmaksızın halka sunulmaktadır. Bu nedenle şehir hastanelerinin kurulmasıyla sağlık sektöründe artacak rekabet, özel hastaneleri doğrudan etkileyecek olup, özellikle sunulan hizmet kalitesi, hizmete ulaşma hızı ve rekabet edilebilirliği göz önünde bulundurulduğunda kendilerini sorgulamalarını ve daha iyi hizmet verebilmeleri adına iyileştirmeler yapmalarını teşvik edecektir.

Şehir hastanelerinin satın alma süreçlerinde işleyen sistem hususunda ayrı bir mevzuatın ve yönetmeliğin olmayışı sebebiyle devlet hastanelerinde işleyen sistem ile benzerlik göstermektedir. Sarf malzemelerindeki alım prosedürü kamu hastanelerindeki gibi işlemektedir.

Şehir hastanelerini satın alma sürecinde kamu hastanelerinden ayıracak en önemli kriter, sözleşmedeki Ek-22, Ek-13 ve Ek-17 gibi süreçlerin işletilebilmesidir. Ekler dahilindeki hizmetlerin içeriğinde demirbaş malzemeler, bilgisayar, biyomedikal cihazlar, mefruşat gibi kalemler bulunmaktadır. Ancak hizmet sunulmaya başlanmasının üzerinden yaklaşık bir yıl geçmesine rağmen Ek-22, Ek-13 ve Ek-17'nin içerisinde hangi kalemlerin yer alacağı resmi bir otorite tarafından belirlenmemiştir ve bu eklerin nasıl işletileceğine yönelik bir uygulama örneği bulunmamaktadır.

Satın alma sürecinde yaşanan gecikmelerin yarattığı sorunların yanı sıra özellikle bakım onarım hizmetlerinin alınamaması cihazların zarar görmesine ve hizmet sunumunun aksamasına sebep olabilmektedir. Bu durumun özelinde gerekli mevzuat çalışmasının yapılması ve süreçler ile ilgili kılavuz kitapların yayınlanması gerekmektedir.

Şehir hastanelerinin gerek yapısı gerekse de alan ve hizmet büyüklüğü nedeniyle sıradan bir kamu hastanesi olarak organizasyon şemasının düzenlenmesi ve bu doğrultu da yürütülmesi zor olmaktadır. Şehir hastanelerine özgü yönetim şemasının kurgulanması ve buna yönelik mevzuat çalışmalarının başlatılması elzemdir.

Çalışma bilimsel araştırma projesinin başladığı 01.04.2018 tarihinden itibaren faal olan Yozgat, Isparta, Adana ve Mersin Şehir Hastaneleri üzerinden yürütülmüştür. Bu durum projenin saha araştırmasının bittiği 15.07.2018 tarihinden sonra açılan şehir hastanelerini kapsamadığı için çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Gelecek araştırmalarda, açılan tüm şehir hastanelerinin detaylı saha çalışmaları yapılarak analizi sağlanabilir. Araştırmacılar elde edilen bulguları içerik analiziyle birlikte bir ileri seviye analiz yöntem ve metotlarına da tabi tutarak daha nitelikli sonuçlar elde edebilirler.



EK:1 YAYGINLAŞMA DÖNEMİNDEKİ ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN İYİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ PROJESİ ANKET SORULARI

Tesis Yönetimi (Yönetim Zorlukları, Geleceğe Dayanıklılık, Atık Sistemleri)

1. Şehir hastanelerinde oldukça modern tesislerle karlı karşıyoruz bu modern tesis özelliklerinin otopark hizmetleri, ulaşılabilirlik ve fiziki konumları gibi hususlar açısından sağladığı faydalar nelerdir?

2. Tesis yönetiminde binanın uzun ömürlü olması için alınan tedbirler nelerdir?

3. Peki hastanenizin atık sistemleri yeşil bina gibi diğer hastanelerden iyi uygulamalarından bahsedebilir misiniz? (Su, elektrik tüketimi, güneş panelleri, hasta sonuçlarının çıktı olarak alınmaması HIMSS)

4. Hasta odalarını diğer hastanelerden farklı olarak nasıl dizayn ettiniz? (Özellikle kamu hastaneleriyle karşılaştırıldığında)

5. Özellikle tesisinizin büyüklüğü dikkate alındığında hastane çalışanlarının verimli şekilde çalışmasını sağlayacak iyi uygulamalarınızdan bahsedebilir misiniz? (Mobil teknolojiler, ulaşım aracı, akıllı cihazlar)

6. Hastanenizde hastane afet planlarıyla ilgili kamu hastanelerinden farklı uygulamalarınız var mı? Örneğin hastaneye özgü senaryolar oluşturduğunuz mu?

7. Modern bir tesisin yöneticisi olarak sahip olduğunuz diğer kamu hastanelerinden farklı avantajlar nelerdir? (Büyük tesis olması, teknoloji fırsatları, kaynak kullanımı fırsatları)

8. Bu büyük tesiste güvenlikle ilgili sahip olduğunuz iyi uygulamalar nelerdir?

İnsan Kaynakları Yönetimi (Tıbbi Hizmet Veren Personel Yönetimi, Tıbbi Hizmet Dışı Personel Yönetimi)

9. Hastanenizde çalışan personel yapılandırılması hakkında genel bir bilgi verebilir misiniz? (Tıbbi, İdari, Şirket, Sözleşmeli)

10. İdari personel ile sözleşmeli (Şirket personelleri) arasında çalışma koşulları ve özlük hakları arasında fark var mıdır?

11. Personelin motivasyonu için ne tür faaliyetler gerçekleştirmekteyiz veya gerçekleştirmeyi planlamaktasınız? (Tıbbi hizmet personeli ve idari personel)

12. Performans değerlendirme ile ilgili ne gibi çalışmalar yapıyorsunuz? (Yılda kaç kere) Bunun sonucuna bağlı olarak ödüllendirme kriterleriniz var mı?

13. Stratejik plan oluşturulurken tüm çalışanlarla paylaşarak, onlardan görüş alınıyor mu?

14. Hastane çalışanlarının bazıları yüklenici tarafından istihdam edilmektedir. Bunun size sağladığı faydalar nelerdir?

15. İdare, çalışan personelin iş doyumunu ve memnuniyetini ölçüyor mu? (Yüklenici firma çalışanları ve tıbbi hizmet çalışanları)

Otelcilik Hizmetleri Yönetimi

16. Sağlık otelcilik hizmetleri altında yer alan hizmetlerde yeni bir uygulamanız bulunmakta mıdır? (Güvenlik, yiyecek, çamaşırhane, yatan hasta / oda hizmetleri, otopark vb.)

17. Hastanenin dış tasarımı, peyzajı, içeride kullanılan öğelerin seçiminde nelere dikkat edildi? Diğer devlet hastanelerinden farklı uygulamalar var mı?

18. Bekleme alanlarının tasarımı ve yönetiminde diğer hastanelere nazaran iyi uygulamalarınız varsa bunlar hakkında bilgi verebilir misiniz? (Randevu, Sevk Sistemi iyi işliyor mu?)

19. Hastalar hizmet alımını beklerken nasıl sıralanıyorlar (bekleme hattı), bir kuyruk sistemi kullanılıyor mu? (Randevusuz hastalar için). Bu alanda sektöre yol gösterebilecek iyi uygulamalarınız var mı?

20. Hasta odalarının tasarımında ve sunulan olanaklarda diğer devlet hastanelerden hangi farklılıklar personel ve hasta / hasta yakını tarafından beğenilmektedir?

21. Hasta ve hasta yakınlarına sunulan yiyecek içecek hizmetleri çeşitliliği ve kalitesinde devlet hastanelerine kıyasla ne durumdasınız? Bu konuda ziyaretçilere sunulan imkanlar nelerdir? (7/24 açık kafeterya vb.)

22. Refakatçi ve hasta yakınları (çocuklar da dahil olmak üzere) vakit geçirilebilecekleri alanlar açısından devlet hastanelerinden farklı uygulamalarınız var mı?

23. Şehir hastanelerinin devlet hastanelerinden farklı olarak hasta memnuniyetini arttıran uygulamaları nelerdir? (Hasta memnuniyetinin ölçümü ve iyileştirilmesi konusunda çalışmalar var mı?) Hastane çıkışından sonra hasta takibi yapılıyor mu, iletişim nasıl sağlanıyor?

24. Hasta ve hasta yakınlarının talep, yorum ve şikayetlerini ele almak için nasıl bir sistem kurgulanmış durumda? Diğer hastanelere nazaran bu alanda öne çıkan uygulamalarınız neler?

25. Kötü niyetli, hasta / hasta yakınlarıyla ilgili (hırsızlık, mala hasar, personel ve diğer hasta/hasta yakınlarına şiddet) izlenilen belirli süreçler var mı?

26. Yurt dışından gelen sağlık turistlerine bakış açınız nedir? (Devlet hastaneleri ve özel hastanelere kıyasla) Yabancı sağlık turistlerine yönelik personel ve hizmetleriniz devlet hastanelerinden farklılaşıyor mu?

Tedarik Zinciri Yönetimi (Satın Alma, Lojistik)

27. Şehir Hastanelerinin satın alım süreci ile devlet hastanesinin satın alma süreci arasında ne fark vardır? Uygulama olarak avantajlı olarak gösterebileceğiniz neler vardır? (Süreci hızlandırmak için farklı uygulamalarınız var mı?)

28. Hastane demirbaş takibini RFID (Radio Frequency Identification) çözümleri kullanıyor musunuz? Devlet hastanelerinde henüz kullanılmayan bu sistem, şehir hastanesi yönetiminde sizlere ne gibi kolaylıklar sağladı, açıklayabilir misiniz? (İlaç sargı bezi iğne gibi sarf malzemeler de bu kapsamda takip ediliyor mu?)

29. Hastanede kullanılan tıbbi teknoloji ürünlerinin ekonomik ömürlerine dair bir planlamanız bulunuyor mu? Ürünlerinin ekonomik ömürlerinin bitmesini beklemeden, aynı nitelikte yeni ürünün satın alma sürecini başlatmanızı sağlayacak bir kontrol mekanizması mevcut mudur?

30. İsteği yapılan tıbbi malzemelerin hastaneye ulaştırılması sürecinde ortaya çıkan lojistik maliyetleri size yansıyor mu? Yönetme sürecini kolaylaştırıcı uygulamalarınızdan bahsedebilir misiniz?

31. Stokta bulundurma maliyeti ve stoksuz kalma maliyetleri dikkate aldığınız bir tedarik zinciri yönetim sisteminiz var mı?

Yönetişim Uygulamaları (Paydaş Katılımı, Yönetimin Hesap Verebilirliği)

32. Kurumunuzdaki üst yönetimin görev ve sorumluluklarında (iş tanımlarında) kamu hastanelerine oranla ne gibi farklılıklar vardır ve bu farklılıklar size ne gibi avantajlar sağlamaktadır?

33. Kurumunuzda üst yönetimde görevli çalışanların performans değerlendirmelerine sıklıkla yapılmaktadır ve bu değerlendirmenin sonraki süreçlere ne gibi faydaları olmaktadır?

34. İdare ve işletme arasında koordinasyon nasıl sağlanmaktadır?

35. İdare işletmenin hangi parametrelerle performans ölçümü yapılmaktadır?

36. Buna göre idarenin, yüklenici firmaya karşı sorumlulukları nelerdir?

37. Kurumunuzda üst yönetim toplantılarında güncel ve gelecekte ortaya çıkabilecek durumlara karşı çözüm önerileri nasıl belirlenmektedir?

38. Çalışanlarınızla hangi sıklıkla toplantılar gerçekleştirmektesiniz ve bu toplantıların çalışanlar üzerindeki motivasyon ve bağlılık hususlarındaki etkileri nelerdir?

39. Kurumunuzda uygulamış olduğunuz, paydaşların kurum yönetimine katılımını destekleyici anket, yüz yüze görüşme gibi mekanizmaları ne sıklıkla gerçekleştiriyorsunuz? Bu mekanizmalar size ne gibi faydalar sağlamaktadır?

40. Kurumunuzda uygulanan süreçleri paydaş beklenti ve gereksinimlerine göre tasarlamak bu süreçlere ne gibi katkılar sağlamaktadır?

41. Kurumunuzda paydaş (Yüklenici firma) haklarının korunmasıyla ilgili politikalar ve prosedürler hakkında bilgilendirme süreçleri nasıl yürütülmektedir? Bu süreçlerde karşılaştığınız problemlerin nasıl üstesinden geliyorsunuz?

Hasta Güvenliği Uygulamaları (Ameliyathane Güvenliği, Yeni Doğan Güvenliği) ve Kalite Yönetim Bilgi Sistemi

42. Hastanenizde tüm sağlık hizmetlerini bir arada sunabilmeniz sağlık hizmeti kullanıcıları için sağladığı faydalar nelerdir?

43. Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanmasında diğer hastanelerden farklı sistemler ve uygulamalardan yararlanıyor musunuz? Bu süreçlerde güçlü yönleriniz hakkında neler söylemek istersiniz.

44. İlaç güvenliğinin sağlanmasında hangi uygulamalardan faydalanıyorsunuz? Bu süreçte yararlandığınız sistemler ya da teknolojiler var mı?

45. RFID hasta güvenliğini sağlama konusunda sizlere sağladığı kolaylıklardan bahsedebilir misiniz?

46. Tesis özelliklerinizin engelli hastalara sağlık hizmeti sunumu konusunda sağladığı faydalar nelerdir?

47. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hasta düşmeleri, radyasyon riski ve bebek güvenliği gibi oluşabilecek hasta güvenliği sorunları ile ilgili alınan önlemler hakkında bilgi verebilir misiniz?

48. Modern tesis özelliklerinizin hastane enfeksiyonları konusunda sağladığı faydalar nelerdir?

49. Şehir Hastaneleri yapılanmasında temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamaları açısından sağladığınız kazançlar nelerdir?

50. Şehir Hastaneleri yapılanmasında laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri uygulamaları açısından sağladığınız kazançlar nelerdir? Bu hizmetlerin sunumunda kalite süreçlerini nasıl yürütüyorsunuz?

51. Bu hizmetleri Özel sektörden satın alıyorsunuz maliyet anlamında eski devlet hastanesi uygulaması ile karşılaştırır mısınız? Daha ucuza mı mal ediyorsunuz yoksa daha pahalı mı satın alıyorsunuz? (Toplam maliyet / Hasta başına maliyet) Verimlilik açısından değerlendirebilir misiniz?

Elektronik Sağlık Kaydı Temelli Katma Değerli Uygulamalar (Kapalı Döngü İlaç Uygulaması, Dijital Görüntü Yönetimi, Klinik Karar Destek Sistemi, Elektronik Order)

52. Şehir hastanelerinde tıbbi sekreter istihdam ediyor musunuz? Bu süreçle ilgili iyi uygulama örneklerinden bahsedebilir misiniz?

53. HBYS sisteminizi uygularken sağlık çalışanlarınızın tepkisi ne yönde idi? Herhangi bir direnç ile karşılaştınız mı?

54. Hastanenizde klinik karar destek sistemlerinin kullanım düzeyi nedir? Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından kullanılan KKDS'lere örnekler verebilir misiniz?

55. Şehir hastanelerinde yoğun bakım servislerinde bilgi sistemlerinin ve teknolojinin kullanımı açısından devlet hastanelerinden farklı uygulamalar mevcut mudur?

56. Şehir hastanelerinde acil serviste bilgi sistemlerinin ve teknolojinin kullanımı açısından devlet hastanelerinden farklı uygulamalar mevcut mudur?

57. Şehir hastanelerindeki biyomedikal cihazlarının sayısı, çeşitlilik ve kapasitesinin devlet hastanelerinden önemli ölçüde iyi olduğuna dair bir kanaat var. Sizce de böyle midir? Bu cihazların HBYS ile entegrasyonu konusunda devlet hastanelerinden ayırt edici olduğunu düşündüğünüz uygulamalarınız nelerdir?

58. Hastanenizdeki elektronik sağlık kayıtlarının hem içerideki kullanımında hem de kurum dışından erişim ve paylaşımlarda hangi prosedürleri uyguluyorsunuz? Devlet hastanelerinden ayırt edici olduğunu düşündüğünüz uygulamalarınız nelerdir?

59. Hastanenizde bilgi sistemleri ve teknolojiyi hasta güvenliğini ve sağlık hizmet kalitesini artırmak için nasıl kullanıyorsunuz? Devlet hastanelerinden ayırt edici olduğunu düşündüğünüz uygulamalarınız nelerdir?

8. KAYNAKLAR

- (1) Atasever M. Şehir Hastaneleri Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü. 2018.
- (2) Boz S. S. Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 4 (2);279-332, 2013.
- (3) Teker DL. Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi. Muhasebe ve Finansman Dergisi. (37); 1-18, 2008.
- (4) Yaşar M. F. Şehir Hastaneleri ve Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli. 2015. 05.05. 2019 tarihinde Hukuki Haber: <http://www.hukukihaber.net/sehir-hastaneleri-ve-kamu-ozel-isbirligi-ppp-modeli-makale,3984.html> adresinden alındı.
- (5) OECD. Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure. Paris: OECD Publishing. 2010.
- (6) Prats J, Demaestri E, Chiara J. Public-Private Partnership Databases. Inter-American Development Bank. 2018.
- (7) Teker S, Teker D, Çimen M. Ulaştırma projeleri finansmanı için bir model önerisi: kamu-özel sektör ortaklığı ile yap-işlet-devret. İşletme Araştırmaları Dergisi. 5(1);116-129, 2013.
- (8) PPIAF. Toolkit For Public-Private Partnerships In Roads & Highways. Public-Private Infrastructure Advisory Facility, 2009.
- (9) Uygun B. Yeni Bir İlişki Türü: Kamu Özel Ortaklığı. Hukuk Gündemi, 24-27, 2013.
- (10) Koray K. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi , 66 (3); 217-262, 2011.
- (11) Güler E. Sağlık Hizmetlerin Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri (Bursa İli Örneği). Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.
- (12) ADB. Guidebook on Public-Private Partnership in Hospital Management. Philippines: Asian Development Bank, 2013.
- (13) Atasever M. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. Ankara: ISBN: 978-975-590-521-1 Bakanlık Yayın No:983, 2014.
- (14) David H. Value for Money tests and accounting treatment in PFI schemes. Accounting and Accountability Journal 16; 342-371, 2003.

- (15) De Bettignies JE, Ross TW. The economics of public-private partnerships. *Canadian public policy*, 30(2); 135-154, 2004.
- (16) International Financial Services London (IFSL). *Public Private Partnerships – UK Expertise for International Markets 2003*. London, 2003. <http://www.ifsl.org.uk/uploads/PPP%20report%202002.pdf>
- (17) Akintoye A, Hardcastle C, Beck M, Chinyio E, Asenova D. Achieving best value in private finance initiative project procurement. *Construction management and economics*, 21(5); 461-470, 2003.
- (18) Klijn EH, Teisman GR. Institutional and strategic barriers to public-private partnership: An analysis of Dutch cases. *Public money and Management*. 23(3); 137-146, 2003.
- (19) Bult-Spiering M, Dewulf GP, Blanken A, Bult-Spiering, WD, Dewulf, GPMR. *The future of Public-Private Partnerships. Strategic Issues in Public-Private Partnerships: An international perspective*, 176-202, 2006.
- (20) Rosenau PV. *Introduction: The strengths and weaknesses of public-private policy partnerships*, 1999.
- (21) Lonsdale C. Post-contractual lock-in and the UK private finance initiative (PFI): the cases of National Savings and Investments and the Lord Chancellor's Department. *Public Administration*. 83(1); 67-88, 2005.
- (22) Esty, Benjamin, C. "Modern Project Finance", Wiley International Edition 2004.
- (24) OECD. *Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure*. Paris: OECD Publishing, 2012.
- (25) Bayar M. *Küresel Ekonomik Gelişmelerin Sağlık Sektörüne Etkileri: Sağlık Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) Programı*. OHSAD Konferansı, 2017.
- (26) Acartürk E, Keskin S. *Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 17 (3); 25-51, 2012.
- (27) Tekin AG. *Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri-Kamu-Özel Ortaklıkları*. İdarecinin Sesi Dergisi. 21 (122); 10-14, 2007.
- (28) Resmi Gazete. 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 2005.
- (29) SYGM Tarihçemiz. 08 10, 2018 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü: <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,31061/tarihçemiz.html>, 2018.
- (30) Demircan A. *2018 Yılı Bütçe Sunumu (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2017.

- (31) Şimşek H, Yıldırım A. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2011.
- (32) Creswell JW. Nitel Araştırma Yöntemleri, Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni, (Çev. M. Bütün ve S. B. Demir), 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2015.
- (33) Ersoy AF. Fenomenoloji, içinde A. Saban ve A. Ersoy (Ed.), Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri, 2. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık, 2017.
- (34) Patton MQ. Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri, (Çev. M. Bütün ve S. B. Demir), 1. Baskı, Ankara: Pegem Akademi, 2014.
- (35) Böke K. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, 3. Baskı, İstanbul: Alfa Yayınevi, 2011.
- (36) Merriam SB. Nitel Araştırma, (Çev. S. Turan), Ankara: Nobel Yayıncılık, 2015.
- (37) Yılmaz N. Tıpta Uzmanlaşma Üzerine Nitel Bir Araştırma, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta, 2016.
- (38) Punch KF. Sosyal Araştırmalara Giriş, Nicel ve Nitel Yaklaşımlar, (Çev. D. Bayrak, H. B. Arslan ve Z. Akyüz), 3. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014.
- (39) Creswell JW. Araştırma Deseni, Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları, (Çev. S. B. Demir), Ankara: Eğiten Kitap, 2013.
- (40) Sargın N, Hamurcu H. Özel Özel Eğitim Kurumlarında Çalışan Rehber Öğretmenlerin Sorunlarına ve Beklentilerine Yönelik Bir Çalışma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (24); 323-329, 2010.
- (41) Geçer AK. Teknik Öğretmen Adaylarının Öğretim Teknolojisi ve Materyal Geliştirme Dersine Yönelik Deneyimleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 7(2); 1-25, 2010.
- (42) DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The Qualitative Research Interview, 252 Medical Education, 40(4); 314-321, 2006.
- (43) Maraşlı F, Çıbuk M. RFID teknolojisi ve kullanım alanları. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 4(2); 249-275, 2015.
- (44) Özdemir A, Doğan N. Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Bilgi Teknolojileri. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 1 (28); 19-41, 2010.
- (45) Aktaş F, Çeken C, Erdemli Y. Nesnelerin İnterneti Teknolojisinin Biyomedikal Alanındaki Uygulamaları. Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi. 4(1), 2016.
- (46) Pala Z. RFID Teknolojisinin Acil Müdahalede Kullanımı. In Academic Computing Conference, Urfa. 2009.

- (47) Demirci Ş. Sağlığın Dijitalleşmesi-Digitalization of Health. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.10(26); 710-721, 2018.
- (48) Avaner T. Fedai R. Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması. Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences. 22, 2017.
- (49) Yıldız H. Sürdürülebilirlik Bağlamında Sağlık Sektöründe İnovatif Uygulamalar: Yeşil Hastaneler. Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 7(13);323-340, 2016.
- (50) Kılıç CH. GÜdük Ö. Yeşil Hastane Kavramı ve Türkiye'deki Son Kullanıcıların Beklentileri Üzerine Bir Hastane Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 7(1); 164-174, 2018.
- (51) Gürgün AP. Türkiye'deki LEED NC 2009 Sertifikalı Binaların Enerji ve Atmosfer Kredilerinin Değerlendirilmesi. Politeknik Dergisi. 20(2); 383-392, 2017.

9. EKLER

EK: 2 YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - YOZGAT İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 92198657-771
Konu : Yasal İzin Talebi

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI

İlgi : a) 11.05.2018 tarihli ve 2932938-604.01.01-13280 sayılı yazı.
b) 02.07.2018 tarihli ve 92198657-771-8460 sayılı yazımız.
c) 09.07.2018 tarihli ve 78535428-799-7882 sayılı yazımız.

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğünün ilgi a) yazısı ile yapacağı Projenin Kamu özel iş birliği Modeli Faaliyet Gösteren Yozgat Şehir Hastanesinde, İstanbul Medipol Üniversitesinin "Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri" konulu Bilimsel Araştırma talebinin 18 Nisan 2010 tarih ve 27556 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ticari Sırların Korunmasına İlişkin 2010/3 sayılı Tebliğ kapsamında değerlendirilmiş olup;

Yapılacak olan Bilimsel araştırmaya esas olmak üzere ilgili Tebliğe göre araştırmamızın sınırlı tutulması, söz konusu çalışmada Ek-1' deki Maddelerin dikkate alınarak, yükleniciye ait verilerde YZG AŞ den ayrıca izin alınması ilgi b) yazımızda istenmiş olup, ilgi c) yazımızla YZG A.Ş 'den izin alınmasını gerektiren husus tespit edilmemiş olduğu bildirilmiştir. Ancak Müdürlüğümüzce YZG AŞ. 'den izin alınmasının daha uygun olunacağı düşünülmekte olup; yükleniciye ait sorumluluğunun Hastane Yönetimine ait olması kaydıyla çalışmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.

Ayrıca sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, anket yapılacak sağlık çalışanlarının ve poliklinik hastalarının rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup; Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Fatih ŞAHİN
İl Sağlık Müdürü


Develik Mah. Çamlık Cad. No: 9 YOZGAT
Faks No:0354 217 60 07

e-Posta:sule.arikan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ş.ARIKAN

Bilgi için:Şule ARIKAN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:354 217 50 70 / 1202

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4f997d5e-ff7c-4c5e-9109-f7d520c70a22 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Kurum Hastaneleri Kurumu	YOZGAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU, Doç. Dr. Gökhan AYDIN, Dr. Öğr. Üye İlker KÖSE, Arş. Gör. Emre YILMAZ
Kurumu / Üniversitesi	İstanbul Medipol Üniversitesi
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat, Isparta, Mersin ve Adana
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu	"Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri"
Araştırmanın Statüsü	Anket
Ön İzin Formu	(*)Var / () Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (*) Var / () Yok Üniversite / Kurum Talebi (*)Var / () Yok Araştırma Yöntemi Örneği (*) Var / () Araştırma Detay Formu (*) Var / () Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (*) Var / () Yok Etik Kurul Raporu (*) Var / () Yok / () Karar Aşamasında
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	-
Görüş İstenilecek Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Başvuru yapılacak Hastaneden alınacak ön izin formu ve araştırma çalışmalarını başvuru formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde ve Ek-1' deki Ticari sırlar göz önüne alması kaydıyla Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çalışmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

23/07/2018

KOMİSYON

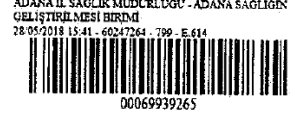
<p style="text-align: center;">Üye Hastane Başhekimisi Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL</p> <p style="text-align: center;">Üye Başkan Yardımcısı Dr. Abdullah ÇESUR</p>	<p style="text-align: center;">Üye Başkan Yardımcısı Dr. Murat BAŞKAL</p> <p style="text-align: center;">Üye Başkan Uz. Dr. Cahit Bekir KAYHAN</p>	<p style="text-align: center;">Komisyon Başkanı İl Sağlık Müdürü Dr. Fatih ŞAHİN</p>
---	--	--

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4f997d5c-ff7c-4c5e-9109-f7d520c70a22 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK: 3 ADANA ŞEHİR HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Öğr. Gör.
Aliye Aslı SONSUZ)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Teknoloji Transfer Ofisi desteğiyle Doç.Dr. Yeter DEMİR USLU'nun proje yürütücülüğünde, Öğr. Gör. Aliye Aslı SONSUZ, Öğr. Gör. Esra BAYTÖREN, Arş.Gör. Emre YILMAZ tarafından "Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri" başlıklı Bilimsel Araştırma Projesi(BAP) kapsamında 4-5-6 Temmuz 2018 tarihlerinde Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmak istenen anket çalışması başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuştur.

e-izimdir.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Mustafa Kemal Paşa Bulvarı İl Sağlık Müdürlüğü 01230 Yüreğir/ADANA
Faks No:
e-Posta:Sadiye.Ceylan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Şadiye CEYLAN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(0322) 3440303-3167

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ddb64d6f-f199-413d-8ca1-b39a553243d1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK: 4 MERSİN ŞEHİR HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : 65355327-604.01.02
Konu : Araştırma izni

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 11/05/2018 tarihli ve 65355327-13281 sayılı yazınız

İlgi yazıya istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU'nun sorumluluğunda yürütülmekte olan Doç. Dr. Gökhan AYDIN, Dr. Öğr. Üye. Pakize YİĞİT, Dr. Öğr. Üye. Seda KUMRU, Dr. Öğr. Üye. İlker KÖSE, Öğr. Gör. Esra BAYTÖREN, Öğr. Gör. Aliye Aslı SONSUZ, Öğr. Gör. Emman KEDİKLİ, Arş. Gör. Yaşar GÖKALP, Gizem GENÇYÜREK ve Emre YILMAZ'ın "Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri" konulu çalışmalarının yapılabilmesine dair Üniversitenizin talep yazısı incelenmiş; çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmemesi ve yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu çalışma Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup, ilgili Bilimsel Araştırma/Tez/Projesi İzin Başvuru İnceleme Komisyon kararı ekte gönderilmiştir;

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Sinan BAHÇACI
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmza
Aslı İ. Ayvaz
21/05/2018
Kodu: 111111111111

EKLER:
TEZ ÇALIŞMASI İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI (1 sayfa)

Nispetiye Mah. Kuvai Milliye Cad. No:132 Akdeniz MERSİN
Faks No:0324 3373499
e-Posta:meral.ozgulbasar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge Birimi M.ÖZGÜL
BAŞAR

Bilgi için:Meral ÖZGÜL BAŞAR
Unvan:Laboratuvar Teknisyeni
Telefon No:0324 3373692

Exrakan elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden afc43cf5-d8a8-4bcb-8f10-a1565acda0c6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Mersin İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :
KONU: Araştırma İzni İnceleme Komisyonu

BİLİMSEL ARAŞTIRMA/TEZ/ PROJESİ İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasının Yapılacağı Hastane ve Klinik/bölümün adı	Mersin Şehir Hastanesi
Araştırma/Tezin/Projenin verildiği eğitim kurumu	İstanbul Medipol Üniversitesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasını yapan/yürüten Öğrenci/Yürütücü	Doç.Dr.Gökhan AYDIN, Dr.Öğr.Üye.Pakize YİĞİT, Dr.Öğr.Üye.Seda KUMRU, Dr.Öğr.Üye.İlker KÖSE, Öğr.Gör.Esra BAYTÖREN, Öğr.Gör.Aliye Ashı SONSUZ, Öğr.Gör.Erman KEDİKLİ, Arş.Gör.Yaşar GÖKALP, Gizem GENÇYÜREK, Emre YILMAZ
Danışman Öğretim Üyesi	Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı

KARAR

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönerge gereği, T.C.Sağlık Bakanlığı Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08/01/2018 tarihli ve 65355327-604.01.02-E.46 sayılı Makam Onayı ile görevlendirilen Komisyon üyeleri, Sağlık Müdürlüğümüze intikal eden Tez Çalışmasını değerlendirmek üzere 21/05/2018 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda; başvuru yapılan Tez Çalışmasının Müdürlüğümüze Bağlı Tüm Sağlık Tesislerinde yapılmasına karar verilmiştir.

Üye
Uzm. Dr. Serkan KILINÇ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Üye
Gültekin ARSOY
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yrd

Üye
Uzm.Dr. Bahar AYDINLI
Mersin Şehir Hastanesi Başhekim V.

Üye
Meral ÖZGÜL BAŞAR
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

ONAY

.../05/2018

Komisyon Başkanı

Dr. Sinan BAHCACI

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden tefik43c15-d8a8-4cb-8f10-a1565acda0c6 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imzalı olarak imzalanmıştır.

10. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.8386
Konu : Etik Kurulu Kararı

08/03/2018

Sayın Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 08.03.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrâğınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 39C4A290X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekiadiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	05.03.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	05.03.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 168	Tarih: 07/03/2018				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Emre	Soyadı	YILMAZ
Doğum Yeri	Bakırköy	Doğum Tarihi	21.06.1995
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail	uzmemreyilmaz@gmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2017
Lise	Tuna Lisesi	2013

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	2018- ...

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu <input type="checkbox"/>									
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE	YÖK- DİL
									62,50

YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,13	74,01	72,56

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	İyi
SPSS	İyi
NVIVO	İyi
KNIME	İyi