



## ÜST DÜZEY YÖNETİCİ VE UZMAN HEKİMLERİN ŞEHİR HASTANELERİNE YÖNELİK TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI\*

Büşra SAYLAN<sup>1</sup>, Songül ÇINAROĞLU<sup>2</sup>

### Öz

Bu çalışmada Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapmakta olan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının meslek gruplarına ve uzmanlık alanlarına göre karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında, ilgili şehir hastanesinde görev yapan 11 üst düzey yönetici ve 185 uzman hekimden oluşan toplam 196 sağlık profesyoneline yüz yüze anket uygulanmıştır. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik değerlendirmeleri sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibarıyla incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğuna yönelik değerlendirmelerde üst düzey yöneticilerin (%100) uzman hekimlere (%84,3) kıyasla daha olumlu bir görüşe sahip oldukları belirlenmiştir. Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik genel değerlendirmeleri ( $X^2=47,76$ ;  $p<0,001$ ) ile dört boyut açısından değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Şehir Hastaneleri, Entegre Sağlık Kampüsleri, Sağlık Profesyonelleri, Uzman Hekim, Üst Düzey Yönetici

**JEL Sınıflandırması:** C02, I10, I18

## COMPARISON OF ATTITUDES OF SENIOR MANAGERS AND SPECIALIST PHYSICIANS TOWARDS CITY HOSPITALS

### Abstract

In this study, it is aimed to compare the attitudes of senior managers and specialist physicians working in Elazığ Fethi Sekin City Hospital towards city hospitals according to their occupational groups and fields of expertise. In the study's scope, face-to-face surveys were conducted with a total of 196 healthcare professionals, including 11 senior managers and 185 specialist physicians, working at the relevant city hospital. Senior managers and specialist physicians were examined in terms of their evaluations regarding city hospitals in dimensions such as health care quality and efficiency, coordination of care components, interdisciplinary care teams, and integration of health services. According to the findings, it was determined that senior managers (100%) had a more positive opinion compared to specialist physicians (84.3%) in the evaluation of the suitability of city hospitals for the health sector. Statistically significant differences were found between the general evaluations of specialist physicians for city hospitals according to their specialties ( $X^2=47.76$ ;  $p<0.001$ ) and the mean rank of their evaluations in terms of four dimensions.

**Keywords:** City Hospitals, Integrated Health Campuses, Health Professionals, Specialist Physician, Senior Manager

**JEL Classification:** C02, I10, I18

<sup>1</sup> Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi, [bsr.syln23@gmail.com](mailto:bsr.syln23@gmail.com), ORCID: 0000-0002-1296-1824

<sup>2</sup> Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, [cinaroglus@hacettepe.edu.tr](mailto:cinaroglus@hacettepe.edu.tr), ORCID: 0000-0001-5699-8402

\* Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi SBE Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda hazırlanan "Sağlık Profesyonellerinin Entegre Sağlık Kampüslerine (Şehir Hastaneleri) Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması" başlıklı Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir.

Makalenin Geliş Tarihi (Received Date): 12.02.2023

Yayına Kabul Tarihi (Acceptance Date): 07.01.2024

Araştırma Makalesi

Saylan, B ve Çınaroğlu, S. (2024). Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 42, 61-80.  
<https://doi.org/10.18092/ulikidince.1250179>

## 1. Giriş

Kritik altyapı gereksinimlerinden kaynaklanan yapısal ve finansal zorluklarla mücadele eden hükümetler, yaşanan ekonomik krizler sonrası kemer sıkma politikalarıyla sunmaları gereken kamu hizmetlerine yatırım yapma konusunda yetersiz kalmışlardır. Bu doğrultuda artan altyapı ihtiyaçlarının karşılanmasında birçok farklı ülke finansman sıkıntısı çekmeye başlamıştır (Palcic vd., 2019: 1). Altyapı hizmetlerine yönelik bu küresel talep, gelişmekte olan ülkelerde eski altyapı yatırımlarının güncellenmesi ihtiyacı ile ortaya çıkarken, gelişmiş ülkelerde altyapı ağlarını genişletme isteği ile kendini göstermiştir (Emek, 2017: 141). Bu altyapı ihtiyaçlarını karşılamak, kaynak eksikliklerini gidermek ve özel sektörün verimliliklerinden yararlanmak için ulaştırma, çevre, enerji, sağlık ve eğitim gibi sektörlerde hizmet sunmanın yeni ve alternatif yolları aranmaya başlanmıştır (Palcic vd., 2019: 1). Bu sebeple son yıllarda kamu hizmetlerinin sunulmasında ve büyük altyapı projelerinin uygulanmasında Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) uygulaması yaygınlaşmaya başlamıştır (Warsen vd., 2018: 1165).

KÖO'ları bir tarafta devlet kontrolü, diğer tarafta özelleştirme ile bir süreklilik üzerinde konumlandırılmıştır. Herhangi bir KÖO modeli altında, hükümet, özel sektörü kullanarak sosyal ve ekonomik açıdan savunmasız kesimler için sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlamaktadır. Esas olan sağlık sisteminin genel hedeflerine ulaşmak için kamu ve özel sektörün ilgili güçlü yönlerinden yararlanan uygun stratejileri belirlemektir. Özel sektörle işbirliği, kamu sektörünün özelleştirilmesini veya kamu varlıklarının mülkiyetinin özel sektöre devredilmesini gerektirmemekte bunun yerine, işbirlikçi sürecin teşvik edilmesi, her iki sektör için de karşılıklı yarar sağlamaktadır (Raman ve Björkman, 2015: 376). KÖO, kamu ve özel sektör arasında sürekli gelişen ve değişen iş ortamında çeşitli şekillerde ortaklıklar kurarak bazı vergi ve finansal avantajlar elde etmek, finansal olarak daha güçlü olmak ve iş hedeflerine daha kolay ulaşmak için tasarlanmış bir modeldir (Uysal, 2020: 387). Birçok sektörde kendine uygulama alanı bulan KÖO modellerinin son zamanlarda Türkiye'de sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmaya başlanması ile birlikte bu modeller sıklıkla gündeme gelmektedir. Hastanelerde yönetim ve klinik bakımın sunucuları olan yönetici ve hekimler şehir hastaneleri için önemli bir yere sahiptirler. Hastanelerde üst düzey yönetici pozisyonunda bulunan kişiler (başhekim, başhemşire, hastane müdür ve yardımcıları) stratejik düşünme, takım oluşturma, iletişim, dinleme, finansal yönetim, değişim yönetimi ve kriz yönetimi gibi pek çok konuda kritik kararlar almaktadır (Falcone, 2008: 91). Sağlık hizmetlerinde klinik bakım sunumunda ve kalitesinin artırılmasında da hekimlerin önemli bir role sahip oldukları bilinmektedir. Kaliteli sağlık hizmetlerinin üretim ve geri bildirim süreçlerinde, diğer mal ve hizmetlerin üretiminden farklı olarak profesyonel yöneticilerin hekimler ile koordineli bir şekilde hizmet sürecinde yer alması kaçınılmazdır (Hayran, 2021: 12-14). Baş (2018) tarafından sağlık sektöründe uygulanan KÖO modeline ilişkin hizmet sunucuların ve hizmetten yararlananların görüşlerini değerlendirmek üzere yapılan araştırmaya göre, sağlık yöneticilerinin diğer sağlık profesyonellerine göre KÖO modeline ilişkin olumlu algı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca sağlık profesyonelleri şehir hastanelerinin üstün teknik donanım ve alt yapısı ile diğer kamu hastanelerine göre daha etkin hizmet verdiği, kalite, konfor ve tedavi kolaylığı ile hasta memnuniyetini artırdığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Zvonkovic (2015)'in farklı uzmanlıklara sahip sağlık profesyonellerinin entegre sağlık kampüsleri ile ilgili algılarını karşılaştırmak için yaptığı çalışmada, sağlık profesyonellerinin entegre sağlık kampüslerine karşı olumlu tutumlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin, entegre sağlık kampüslerinin birincil amacının klinik sonuçlar ve bakımdan memnuniyet açısından hastalara fayda sağlamak olması gerektiği konusunda hemfikir oldukları belirlenmiştir. Bu sağlık profesyonellerinin, entegre sağlık kampüslerinin sağlık hizmeti sağlamada değerli bir yaklaşım olduğu ve entegre bir sağlık sisteminde hastaların aldığı bakımın kalitesinin arttığı konusunda da hemfikir oldukları sonucuna varılmıştır.

## 2. Kavramsal Çerçeve

Bu çalışmanın amacı, üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının meslek grupları ve uzmanlık alanlarına göre çok boyutlu olarak değerlendirilmesi ve bu

değerlendirmelerden elde edilen sonuçların karşılaştırılmasıdır. Aşağıda KÖO modeli ve sağlıkta KÖO uygulamaları ile şehir hastaneleri hakkında literatür bilgisine yer verilmiştir.

### **2.1. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli**

Hükümetler, öncelikle özel sektör yatırımını ve kamu hizmeti sunumunun her düzeyinde katılımını teşvik ederek, ekonomik büyümelerini desteklemek için KÖO'ya yatırım yapmaya başlamışlardır. KÖO, özel sektör verimliliğini ve kamu sektörü etkinliğini optimize etmek için kullanılmaktadır. KÖO'lar, özel sektör tarafından uzun vadeli sözleşmeler yolu ile sağlanan kamu hizmetleridir ve temelde işbirliği ve uzlaşmaya dayalıdır (Özdemir, 2018: 31). Çoğunlukla özel sektörün proje misyonunu yerine getirmek için daha fazla ortaklık rolü üstlendiği, kamu sektörünün ise anahtar performans sergilediği bir yönetim modeli benimsenmektedir. KÖO modelinde, sermaye ve işletme açısından her iki taraf için de risklerin yüksek olduğu bilinmektedir (Alonazi, 2017: 2). KÖO, kamu hizmetlerinin tamamen kamu fon ve imkânları ile sunulduğu, kamu tesis ve/veya hizmetlerinin tamamının özel sektöre devri olarak tanımlanabilecek bir özelleştirme sistemi olarak bilinmektedir. Özelleştirme ve KÖO, özel sektörü kamu hizmetlerine hem daha fazla dahil etmek hem de hizmet verimliliğini sağlamak için kullanılan yöntemlerdir. Ancak özelleştirmede kamu sektörü kamu hizmetlerinin kontrolünü kaybederken KÖO'da kamu sektörü kontrolünü kaybetmemektedir. Kamu hizmetleri özel sektör girişimcileri ile işbirliği ve uyum içinde sunulmaktadır (Uysal, 2019: 878).

KÖO modelinin uluslararası literatürde tek tip tanımı olmamakla birlikte hangi modellerin KÖO olarak kabul edildiği konusunda da farklı görüşler vardır (Marsilio vd., 2011: 765; Montagu vd., 2012: 16; Hodge ve Greve 2007: 545). KÖO'nun daha iyi anlaşılması için Dünya Bankası, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Avrupa Komisyonu gibi uluslararası kuruluşların ve Kamu Özel Ortaklığı (PPP) modelini uluslararası düzeyde başarılı bir şekilde uygulayarak örnek olan ülkelerin tanımlamaları da dikkate alınmalıdır. Dünya Bankası KÖO'yu, hükümetlerin kamu altyapısını ve/veya hizmetlerini sağlamak ve uygulamak için özel sektörün kaynaklarını ve uzmanlığını kullandığı bir mekanizma olarak tanımlamaktadır. Uzun süreli hükümetlerin varlığında, altyapı eksikliği ile karşı karşıya kalındığında ve daha verimli hizmetlere ihtiyaç duyulduğunda özel sektör ile kurulan ortaklıkların ülkelere kamu hizmetlerinin altyapısının geliştirilmesinde yeni çözümler getirmek ve finansmanı güvence altına almak konusunda yardımcı olabileceği vurgulanmıştır (World Bank, 2021). OECD (2012: 18)'ye göre, KÖO, kamu hizmetlerini sağlamak ve finanse etmek için sermaye varlıklarını kullanan ve ilgili riskleri paylaşan kamu ve özel ortaklar arasında uzun vadeli bir sözleşme düzenlemesidir. Avrupa Komisyonu, bir devlet kuruluşu ile bir özel kuruluş arasında çoğunlukla önceden belirlenen bir varlığın inşası için yapılan uzun vadeli sözleşmeye dayanan düzenlemelerin KÖO'yu temsil ettiğini belirtmiştir. Bu ortaklıkta özel kurumlar varlıkların inşasından, işletilmesinden ve bakımından sorumluyken, devlet kurumları ortaklığın finansman kısmını üstlenmektedirler (Eurostat, 2016: 2). Kalkınma Bakanlığı'nın 2012 yılında yayımladığı rapora göre KÖO, bir projenin maliyetlerinin, risklerinin ve getirilerinin kamu ve özel sektör arasında kurulacak olan sözleşme bazında paylaşılarak yatırım ve hizmetlerin gerçekleştirilmesini ifade etmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 6).

Günümüz dünyasında sosyal statü bakımından birbirinden farklı olan pek çok ülkede KÖO modeli sağlık, ulaşım, enerji, eğitim, tarım vb. alanlarda sıklıkla kullanılmakla birlikte birçok etkene göre değişen alt modeller için geçerli olan kapsamlı bir kavramdır. KÖO alt modellerinin ortaya çıkışı, KÖO projelerinin nasıl finanse edileceğine ilişkin çeşitli uygulamaların geliştirilmesi, kamu ile özel sektörün rol ve sorumlulukları, ortaya çıkabilecek risklerin paylaşılması, özel sektör paydaşlarına ödenen fiyatlar ve maliyetlerin neler olduğu gibi konuların netleşmesi ile olgunlaşmıştır (Uysal, 2019: 879). Türkiye'de KÖO uygulamaları ise 1986 yılında enerji alanında yapılan yatırımlarla ortaya çıkmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012: 24). Türkiye'de KÖO modelleri elektrik enerjisi üretimi, havalimanı, otoyol, liman, köprü, tünel yapımı ve son yıllarda sağlık sektörünün en büyük yatırımlarından olan şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinin inşasında kullanılmaktadır (Parlak vd., 2020: 20; Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 24). Türkiye'de 1986-2018 yılları arasında toplam 242 KÖO projesi gerçekleştirilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 28).

Avrupa'daki KÖO pazarına ilişkin Avrupa KÖO Uzmanlık Merkezi'nin 2021 yılında yaptığı araştırmaya göre, Türkiye'nin Avrupa pazarında KÖO projelerine en fazla yatırım yapan üçüncü ülke olduğu tespit edilmiştir. Türkiye, Avrupa pazarında proje sayısı az ama yatırım hacminin yüksek olduğu bir ülke konumundadır. Bunun nedeni, son yıllarda havalimanları, otoyollar ve sağlık gibi alanlarda KÖO modeli kullanılarak yürütülen projelerin maliyetinin çok yüksek olmasıdır (EPEC, 2022: 1-3).

## 2.2. Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Uygulamaları

Sağlık kuruluşlarının karmaşıklığı ile başa çıkmak, tedavideki teknolojik ve tıbbi gelişmelerin yanı sıra yaşanan nüfus ile yükselişe geçen sağlık harcamaları ile ilgili endişeleri kontrol altına almak için 1980'lerden beri birçok OECD ülkesinde sağlık hizmetlerinde Yeni Kamu Yönetimi (YKY) politikaları uygulamaya konulmuştur (Alonso vd., 2015: 333; Ciani vd., 2018: 129). YKY temelinde, merkezileşmeyi mümkün olduğunca en aza indiren, yetkilendirilmiş projeler uygulayan, sözleşmeye dayalı, kurumsal gelişimin yanı sıra duyarlılık eğitimleri veren ve sorumluluğu ön planda tutan bürokratik olmayan bir yönetim tarzı olarak tanımlanmaktadır (Frederickson, 2016). YKY'nin, küresel ölçekte yaygınlaşmaya başlaması ve geleneksel kamu hizmeti anlayışlarından yeni kamu hizmeti anlayışlarına geçilmesi, hizmet sunumu sürecinde KÖO gibi bir modelin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Özer, 2016: 18).

Başta Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın birçok yerinde başlatılan reform araştırmalarında, sürdürülebilir sağlık sistemleri inşa etmek ve mevcut hastane organizasyonunu yeniden düzenlemeye çalışmak için hastane reformu araştırmalarının önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (Top ve Şahin, 2004: 86). Bu noktada KÖO sağlık sektöründe hızla büyüyen hizmetlerin bir modelini oluşturmaktadır (Karasu, 2011: 221). Birçok ülke, mevcut hastaneleri ve diğer sağlık tesislerini modern sağlık hizmetlerinin sunumu için uygun hale getirebilmek amacıyla sağlık sektöründe ciddi yatırımlar yapma ihtiyacı ile karşı karşıya kalmıştır. Artan mali talepleri karşılamak, dünya çapında hükümetleri sağlık sektöründe imtiyaz uygulamaları ile uğraşmaya zorlamıştır (Bult-Spiering ve Dewulf, 2008: 126). Bu finansal zorluklar ile başa çıkmak amacı ile tüm dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmeti alanında yenilikleri teşvik etmek ve kolaylaştırmak için yaygın olarak KÖO modelleri kullanılmaktadır (Gottwald vd., 2016: 5). Sağlık hizmetlerinin operasyonel performansını iyileştirmek için yeni kamu yatırımlarının etkinliğini artırmaya yönelik çabalar sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için kritik bir öneme sahiptir (Chabrol vd., 2019; 2-3). Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında KÖO yöntemlerini kullanarak başarılı deneyimler elde eden ülkeler arasında İngiltere, İtalya, Fransa, İspanya, Kanada, Türkiye ve Avustralya yer almaktadır (Sadeghi vd., 2016: 1405).

Sağlık sektöründe son zamanlarda sıklıkla kullanılan KÖO modeli neredeyse çeyrek asırlık bir geçmişe sahiptir. KÖO modelinin tüm dünyada kullanılmasının başlıca iki nedeni olduğu savunulmaktadır. Bunlardan ilki kamunun sunduğu hizmetlerin organizasyonunda ve kamunun yatırımları sürecinde özel sektörün mali etkinliğinden faydalanmak, ikincisi ise özel sektörün işletme kapasitesinden ve yeterliliklerinden yararlanmaktır (OECD, 2010: 22). Sağlıkta KÖO'nun ana hedefleri şu şekildedir (Acartürk ve Keskin, 2012: 35; Cangöz vd., 2021: 136-139):

- Düşük maliyetle yüksek ve etkin bir sağlık hizmetinin sunulması
- Yüksek kapasitedeki projelerin maliyet probleminin ortadan kaldırılması
- Özel sektörden kaynaklı atıl sermayenin etkinliğinin artırılarak ülke içine yönlendirilmesi
- Aşırı zaman alan projelerin yapım aşamasının hızlandırılması
- Kamunun sahip olmadığı işletme tecrübelerinin kamunun altyapı ve hizmet sunumuna aktarılması

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi değişen sağlık koşullarına bağlı olarak Türkiye'de de modern hastanelere ve nitelikli yataklara olan talep artışı söz konusu olmuştur. Halihazırda işletilmekte olan eski hastane binalarının ekonomik ömürleri doldukça bu hastanelerin bakım ve onarım maliyetleri artmış ve poliklinik, laboratuvar, ameliyathane gibi alanların yetersizliği nedeni ile verimsizlik

gözlemlenmiştir. Ayrıca hastane binalarının mimari tasarımı, fiziki koşulların bozulması ve kısaca altyapı yetersizlikleri, sağlık hizmeti sunucuları olarak hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının teknolojik yenilikleri uygulamasını engellemiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunda verimlilik kayıplarına neden olmuştur (Atasever vd., 2018: 26). Sağlık Bakanlığı'na göre, Türkiye'deki sağlık tesislerinde fiziki kapasite yetersizliği, sağlık hizmeti finansmanının bütçe üzerindeki baskısı ve özel sektör deneyiminden yararlanma isteği KÖO modeli ile sağlık tesisi inşasını cazip hale getirmektedir. Ayrıca yıllar içerisinde hastanelere yapılan müracaat sayısı ve sağlık hizmetlerine olan talebin arttığı ve bununla paralel olarak talepleri karşılayacak nitelikli sağlık personelinin sayısına olan ihtiyacın da yükseldiği vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021a: 148-149). Sağlık tesislerinin fiziki kapasitesini artırmanın yanı sıra hastane yapım sürelerini kısaltmak amacı da Türkiye'nin KÖO modelini tercih etmesindeki ana etkenlerden birisi olarak görülmektedir (Uysal, 2019: 890). KÖO modelinin seçilmesindeki bir diğer etken ise kamu sağlık yatırım proje finansmanında özel sektörün enerji ve verimliliğinden faydalanmak olarak belirtilmiştir (Savaş vd., 2020: 25). Türkiye'de sağlık sektöründe KÖO uygulaması, sağlık sisteminin temel amacı olan toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve sağlığa yönelik risklerin en aza indirilmesi ve halkın bu risklerden korunması amacı ile geliştirilmesi olarak vurgulanmaktadır. Türkiye'de bu amaçlara hizmet etmek adına KÖO modeli sağlık sektöründe şehir hastaneleri ile uygulanmaya başlanmıştır (Acartürk ve Keskin, 2012: 45).

### **2.3. Şehir Hastaneleri**

Temel olarak İngiltere'den alınan ve Türkiye'de KÖO modeli ile yapılan hastanelere şehir hastanesi veya entegre sağlık kampüsleri adı verilmektedir (Savaş vd., 2020: 26). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir uzantısı olarak uygulanan şehir hastaneleri Türkiye'nin sağlık politikasında en çok konuşulan konulardan birisidir. Sağlık sistemlerinde coğrafi olarak dağınık sağlık kuruluşları ile farklı düzeylerdeki sağlık kuruluşları arasındaki ilişkilerin merkezi bir sistem içinde bütünleştirilmesini ifade etmek için entegrasyon terimi kullanılmaktadır. Şehir hastaneleri de temelde, yönetim süreçleri açısından çok parçalı yapıları ilişkilendirerek bütünleştirmek olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de KÖO'lar, şehir hastanelerinin inşa edildiği sağlık sektöründeki modernizasyon stratejisinin entegre bir parçası olarak görülmektedir (Hodge ve Greve, 2005: 338; Karasu, 2011: 238). Şehir hastaneleri ile ilgili planlamalar, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkisi ile birlikte artan talep ve ihtiyaçlara cevap vermek üzere yapılmıştır.

Türkiye'de KÖO modeli üzerine inşa edilen ve çeşitli bölgelerde hizmet veren şehir hastaneleri, Türkiye'nin sağlık sistemine yeni bir bakış açısı kazandırmış ve yeni reformlar olarak uygulanmaya başlanmıştır (Kayral, 2019: 680). Şehir hastaneleri projelerinin hayata geçirilmesindeki temel amaçlar fonksiyonel ve modern mimari anlayışına sahip sağlık tesislerinin inşa edilmesi, kamuya ait küçük kapasiteli sağlık tesislerinin daha büyük kampüsler altında birleştirilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğini arttırarak yüksek standartlara ulaştırılması ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin özel sektör girişimcilerine yansıtılarak risklerin paylaşılması olarak belirtilmiştir (IEG, 2016: 3; Uysal, 2020: 391; Sağlık Bakanlığı, 2022: 25). Bu amaçlar doğrultusunda Türkiye'de yaşanan sağlık sorunlarını çözüme kavuşturmak ve sağlık hizmetinin kullanıcıları olan hastalara daha kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunmak için çok büyük finansman kaynağı gerektiren KÖO modellerinden birisi olan şehir hastaneleri hayata geçirilmiştir (Güler, 2016: 37). Şehir hastanelerinin KÖO modeli ile inşa edilmesi, yalnızca kamu finansmanı sorununun çözümü için değil sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların memnuniyeti için de çok önemlidir. Vatandaşların anayasal bir hakkı olan sağlık hakkını en iyi şekilde elde etmek, tedavi kalitesini yükseltmek, en iyi teknolojiyi kullanmak ve sağlık turizmini geliştirmek şehir hastanelerinin önemini arttırmaktadır. Ayrıca, daha kaliteli sağlık hizmetleri almak için Anadolu'nun çeşitli şehirlerinden metropollere yapılan tedavi amaçlı seyahatleri de azaltmayı amaçlamaktadır (Baş, 2018: 18). Sağlık sektörünün ekonomiye doğrudan katkı sağladığı alanlardan biri olan sağlık turizmi şehir hastanelerinin de yaygınlaşması ile birlikte ön plana çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı, bünyesindeki şehir hastanelerini sağlık turizminin geliştirilmesi için bir fırsat olarak değerlendirmektedir. Bu kapsamda 2019-2023 Stratejik Planı içerisinde Türkiye'nin sağlık turizminde önde gelen ülkeler arasında yer almasını sağlamak için şehir hastanelerinde sağlık turizmine yönelik birim ve personel ihtiyacının tanımlanması gerektiği vurgulanmıştır. Aynı zamanda etkin bir sağlık

turizmi hizmeti için şehir hastanelerinde uygun altyapı ve süreçlerin oluşturulması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022: 156-157).

Şehir hastaneleri çok sayıda ve çeşitli sağlık hizmetlerini bir arada sunmak üzere tasarlanmıştır. Şehir hastaneleri, anne ve çocuk sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi vb. gibi birinci basamak; kamu hastanesi, rehabilitasyon merkezi vb. gibi ikinci basamak; eğitim/araştırma hastanesi ve özel dal hastanesi gibi üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu tesisler ve bu tesislerin içerisinde yer alan hizmet birimleri dahil ilgili tüm tesisleri kapsamaktadır. Ayrıca eczane, ilaç deposu, geri dönüşüm ve atık yönetim merkezi, otopark, çocuk oyun alanı ve sonradan yapılabilecek olan ek binalar da şehir hastanelerinin kapsamında yer almaktadır (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 43; Evren, 2016: 515). Şehir hastaneleri yeni yapılan tesisler olmaları nedeni ile fiziki altyapı, konfor ve kullanılan teknolojik tıbbi cihaz açısından eski hastane yapılarına kıyasla çok daha iyi durumdadırlar. Hastane odalarının konforu ve çoğunun tek kişilik olması yani otel hizmetlerinin iyileştirilmesi şehir hastanesinin önemli özelliklerinden biridir (Kayral, 2019: 682-683). Türkiye'de sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda finansal ve örgütsel yönetim açısından KÖO modellerinin kullanılmasından sonra sağlık hizmeti alacak olan kişilerin sağlık problemlerini kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözmeleri gerektiği ilkesini benimsemiştir. Bu ilke doğrultusunda Türkiye 30 sağlık hizmet bölgesine ayrılmış ve her sağlık hizmet bölgesi için iller bölge sağlık merkezleri olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Sağlık hizmet bölgesi merkezi konumunda bulunan bu illere de entegre kampüsler inşa edilmeye başlanmıştır. Bu gelişmeler doğrultusunda, 3 Şubat 2017 tarihinde ilk Şehir Hastanesi projesi olan Mersin Şehir Hastanesi hizmete girmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021b). Sağlık Bakanlığı, hastaların tüm sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve bu hizmetlerin kendi sağlık hizmet bölgelerinde sunulmasını sağlamak doğrultusunda farklı fiziksel ve yatak kapasitelerine sahip olan 32 şehir hastanesi projesini 20'den fazla ilde hayata geçirmeyi planlamıştır (Akdağ, 2011: 16; Kalkınma Bakanlığı, 2018: 99). Bu planlar doğrultusunda Türkiye'de bulunan tüm hasta yataklarının ya nitelikli hale getirilmesi ya da yenilenmesi amaçlanmıştır (Sağlıkta Kamu Özel İş Birliği Derneği, 2017). Bahsedilen projelerin tamamı bittiğinde ise 42.199 hasta yatak kapasitesine ulaşılması hedeflenmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 24). Türkiye'de 2022 yılı itibari ile 13 şehir hastanesi aktif olarak faaliyet göstermekle birlikte 5 şehir hastanesinin yapımı halen devam etmektedir ve yakın zamanda faaliyete geçmesi planlanmaktadır. Yapımı tamamlanan ve kullanıma hazır olan 13 şehir hastanesinin toplam yatak kapasitesi ise 17.842'dir (Sağlık Bakanlığı, 2021c). Şehir hastanelerinin en dikkat çekici özelliklerinden biri de bu tesislerin yüksek kapasitede hizmet sunabilmeleri olarak görülmektedir (IEG, 2016: 11). Yapımı tamamlanmış ve henüz devam eden şehir hastaneleri içerisinde 3.711 yatak kapasitesi ile Ankara Etlik Şehir Hastanesi bölgedeki sağlık hizmetleri açığını kapatmayı hedefleyen Türkiye'nin en büyük KÖO sağlık projelerinden birisidir.

### 3. Araştırma Metodolojisi

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada üst düzey yönetici (başhekim ve yardımcıları, hastane müdür ve yardımcıları) ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının incelenmesi ve bu incelemelerden elde edilen sonuçların meslek gruplarına ve uzmanlık alanlarına göre karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışma kapsamındaki üst düzey yöneticiler başhekim, başhekim yardımcıları, idari ve mali hizmetler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü, destek ve kalite hizmetleri müdürü ve müdür yardımcılarında oluşmaktadır. Çalışmanın problem cümlelerini ise 'hastane üst düzey yöneticileri ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları meslek gruplarına göre değişmekte midir?' ve 'şehir hastanesinde görev yapmakta olan üst düzey yöneticiler ile uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?' oluşturmaktadır. Bu çalışmada sadece üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin yer alınmasının temel nedeni, şehir hastanelerine yönelik tutumların farklı perspektiflerden değerlendirilmesidir. Hastanelerin yönetim ve örgütsel karar verme süreçlerinde yer alan üst düzey yöneticiler ile sağlık hizmetlerinin sunumunda daha ön planda olan ve klinik bakım kararları verme sürecinde aktif rol oynayan uzman hekimler gibi farklı rol

ve sorumluluklara sahip iki meslek grubunun şehir hastanelerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi hem literatüre özgün bir bakış açısı sunmayı hem de şehir hastanelerinin etkin yönetimi için önemli katkılar sağlamayı amaçlamaktadır.

### 3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu çalışmada kullanılan veriler Aralık 2021 ile Mart 2022 tarihleri arasında, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapmakta olan üst düzey yönetici ve uzman hekimlere yapılan yüz yüze anket uygulaması yöntemi ile elde edilmiştir. Bu araştırma, analitik nitelikte kesitsel bir saha çalışmasını temsil etmektedir. Çalışmanın gerçekleştirildiği tarih aralığında ilgili şehir hastanesinde 17 üst düzey yönetici ve 242 uzman hekim görev yapmaktadır. Çalışmanın evrenini 259 sağlık profesyoneli oluşturmaktadır ve ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 155 olarak hesaplanmıştır. Araştırma kapsamında 11 üst düzey yönetici (%6) ve 185 uzman hekimden (%94) oluşan toplam 196 sağlık profesyoneli ile çalışma evrenin %76'sına ulaşılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket Zvonkovic (2015) tarafından geliştirilmiştir ve sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları olmak üzere 4 boyut ve 32 sorudan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin tutumları bu boyutlara göre değerlendirilmiştir. Ankette yer alan bu sorular 1'in "Kesinlikle Katılmıyorum", 6'nın "Kesinlikle Katılıyorum"u temsil ettiği 6'lı Likert ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamında kullanılan anketin Türkçe geçerliliği ve güvenilirlik analizleri sorumlu yazarlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Buna göre çalışmada kullanılan Initial Attitudes Toward Integrated Health Care Scale (ATIHC) ölçeğinin dil geçerliliği için iki ileri ve bir geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Anket başlangıçta iki çok iyi derecede İngilizce bilen kişi tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra bu çeviriler, üç uzman tarafından gözden geçirilmiş ve ortak bir kararla tek bir çeviriye dönüştürülmüştür. Son olarak, bu çeviri, alanında uzman bir dil bilimci tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiştir. Orijinal anket ile çeviri arasında anlamsal bir farklılık olmadığı doğrulandıktan sonra Türkçe çeviri tekrar gözden geçirilmiş ve uzman görüşlerine sunulmak üzere son halini almıştır. İçerik geçerliliği için, anketin İngilizce ve Türkçe versiyonları 30 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan, ifadelerin uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiş ve uygun olmayan ifadeler düzeltilmiştir. Onaylanan değişiklikler yeni Türkçe versiyona uygulanmıştır.

Tablo 1: Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerinin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumları Değerlendirmek İçin Kullanılan Soruların Güvenirliği

Anketin Boyutları	Soru sayısı	Cronbach alfa katsayısı		
		Üst düzey yönetici anketi (n=11)	Uzman hekim anketi (n=185)	Genel (N=196)
Genel Değerlendirme	32	0,85	0,92	0,92
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	5	0,68	0,74	0,73
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	5	0,72	0,84	0,83
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	7	0,76	0,63	0,62
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	15	0,44	0,76	0,75

Çalışmada, üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarını değerlendirmeye yönelik soruların güvenilirliği içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa katsayısı) kullanılarak değerlendirilmiştir. Tablo 1'de üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine ilişkin tutumlarını değerlendirmeye yönelik soruların güvenilirliğine ilişkin bilgiler verilmiştir. Buna göre elde edilen sonuçlar, üst düzey yöneticilerin anketinde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 0,85, uzman hekimlerin anketinde ise 0,92 olduğunu göstermektedir. İki meslek grubunun değerlendirmeleri bir araya geldiğinde genel güvenilirlik düzeyinin 0,92 olduğu

bulunmuştur. Bu sonuçlar, güvenilirlik açısından kabul edilen 0,70 sınırının (Cronbach, 1951: 302) oldukça üzerinde bir seviyede olduğunu göstermektedir.

### 3.4. Araştırma Verilerinin Analizi

Çalışma kapsamında kullanılan verilerin analizinde SPSS 25 kullanılmış ve öncelikle değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Z testi ve Shapiro-Wilk W testleri kullanılarak incelenmiştir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark olup olmadığı ve uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik tutumları arasında fark olup olmadığı, karşılaştırmalarda kullanılacak değişkenler normal dağılım göstermediği ve üst düzey yönetici sayısının 30'un altında olmasından dolayı, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis varyans analizi testleri kullanılarak incelenmiştir. Literatüre bakıldığında da normal dağılım varsayımının sağlanmadığı ve örneklemedeki gözlem sayısı 30'un altında olduğu durumlarda parametrik testler yerine parametrik olmayan hipotez testlerinin kullanılmasının daha doğru olacağı vurgulanmıştır (Alpar, 2020; Eltas, 2021). Son olarak üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde ise bir tür nonparametrik ilişki katsayısı olan Spearman Sıra Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

### 3.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın kısıtlılıklarından ilki, şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerin, yalnızca Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin görüşlerine dayanmasıdır. Ayrıca üst düzey yönetici sayısının az olması nedeniyle yapılan istatistiksel testlerin gücü olumsuz olarak etkilenmiştir. Diğer kısıtlılıklar ise anket uygulamasının yapıldığı tarihlerde hekimlerin grevde olması, pandemi nedeniyle bazı kliniklere giriş izni verilmemesi ve bazı üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin araştırmaya katılmama eğiliminde olmalarıdır.

## 4. Bulgular

Çalışma kapsamında yer alan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin kişisel özellikleri ve mesleki bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre üst düzey yöneticilerin %72,7'si erkek, %27,3'ü kadındır. Medeni durum açısından incelendiğinde üst düzey yöneticilerin tamamının evli olduğu (%100), eğitim durumlarına bakıldığında ise %81,8'inin lisans, %18,2'sinin tıpta uzmanlık eğitimine sahip oldukları görülmektedir. Üst düzey yöneticilerin yaş dağılımı minimum 39 ile maksimum 58 arasında olup genel yaş ortalaması 49'dur ( $\pm 5,64$ ). Uzman hekimlerin ise %62,2'si erkek, %37,8'i kadındır. Medeni durum açısından incelendiğinde %86,5'inin evli, %13,5'inin bekar olduğu görülmektedir. Uzman hekimlerin yaş dağılımı minimum 30 ile maksimum 65 arasında olup genel yaş ortalaması 41'dir ( $\pm 8,24$ ). Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin meslekte çalışma sürelerine ilişkin bulgulara bakıldığında ise üst düzey yöneticilerin %63,6'sının 21 ve üzeri yıl, %18,2'sinin 11-15 yıl, %9,1'inin 6-10 yıl ve %9,1'inin 1-5 yıl çalıştıkları görülmüştür. Uzman hekimlerin %28,7'sinin 21 ve üzeri yıl, %23,2'sinin 11-15 yıl, %23,2'sinin 6-10 yıl, %17,3'ünün 16-20 yıl ve %7,6'sının 1-5 yıl meslekte çalışma süresine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 2: Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerinin Kişisel ve Mesleki Bilgilerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	3	27,3	70	37,8
Erkek	8	72,7	115	62,2
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	-	-	25	13,5
Evli	11	100	160	86,5
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Lisans	9	81,8	-	-



Tablo 2 Devamı: Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerinin Kişisel ve Mesleki Bilgilerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim	
	n	%	n	%
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Tıpta Uzmanlık	2	18,2	185	100
<b>Meslekteki Çalışma Süresi</b>				
1-5 yıl	1	9,1	14	7,6
6-10 yıl	1	9,1	43	23,2
11-15 yıl	2	18,2	43	23,2
16-20 yıl	0	0	32	17,3
21 ve üzeri	7	63,6	53	28,7
<b>Toplam</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

Tablo 3'te araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğuna ilişkin görüşleri ile ilgili tanımlayıcı bilgiler sunulmuştur. Buna göre şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olup olmadığına ilişkin soruya üst düzey yöneticilerin tamamı evet (%100), uzman hekimlerin ise %84,3'ü evet, %15,7'si hayır yanıtını vermiştir.

Tablo 3: Üst Düzey Yöneticileri ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerinin Sağlık Sektörü İçin Uygunluğuna İlişkin Görüşleri

Değişkenler	n	%
Entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) sağlık sektörü için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?		
<b>Üst Düzey Yöneticiler</b>		
Evet	11	100
<b>Toplam</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
<b>Uzman Hekimler</b>		
Evet	156	84,3
Hayır	29	15,7
<b>Toplam</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

Çalışma kapsamında yer alan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri hakkındaki genel değerlendirmeleri ile bu değerlendirmelerin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibariyle gruplar arasındaki farklılıklara ilişkin bulgulara Tablo 4'te yer verilmiştir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri hakkındaki genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar bir tür nonparametrik istatistiksel test olan Mann Whitney-U testi ile incelenmiştir. Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili genel değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (U=954,50, p>0,05). Üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili sağlık bakım kalitesi ve etkinliği (U=1015,50, p>0,05), bakım bileşenlerinin koordinasyonu (U=1014, p>0,05), disiplinlerarası bakım ekipleri (U=994, p>0,05) ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu (U=823, p>0,05) konusundaki değerlendirmelerine ilişkin tutumlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır.

Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklar ise Kruskal Wallis varyans analizi ile incelenmiştir. Tablo 5'e göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

( $X^2=49,71$ ;  $p<0,001$ ). Kruskal Wallis varyans analizi sonuçlarına göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ( $X^2=47,76$ ;  $p<0,001$ ), bakım bileşenlerinin koordinasyonu ( $X^2=46,20$ ;  $p<0,001$ ), disiplinlerarası bakım ekipleri ( $X^2=33,27$ ;  $p<0,05$ ) ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ( $X^2=40,15$ ;  $p<0,05$ ) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sonuç olarak uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik hem genel hem de sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları ile değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerine bakıldığında, Anesteziyoloji ve Reanimasyon 4,78 ( $\pm 0,09$ ), Göz Hastalıkları 4,69 ( $\pm 0,26$ ), Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji 4,68 ( $\pm 0,54$ ), Dahiliye 4,66 ( $\pm 0,33$ ) ve Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları 4,61 ( $\pm 0,67$ ) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu, Ortopedi ve Travmatoloji 3,76 ( $\pm 0,95$ ) ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 3,75 ( $\pm 0,77$ ) uzman hekimlerinin değerlendirmelerinin ise en düşük ortalama değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4: Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) ile İlgili Değerlendirmeler	Üst Düzey Yönetici		Uzman Hekim		U testi	p
	N	Sıra Ort.	N	Sıra Ort.		
Genel Değerlendirme	11	104,23	185	98,16	954,50	0,73
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	11	98,68	185	98,49	1015,50	0,99
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	11	98,18	185	98,52	1014	0,98
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	11	100,64	185	98,37	994	0,89
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	11	116,18	185	97,45	823	0,28

Tablo 5: Uzman Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmeleri

Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmeler	n	Genel Değerlendirme	Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	Disiplinler arası Bakım Ekipleri	Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	
							Sıra Ort.
Genel Cerrahi	11	Sıra Ort.	98,64	130,14	119	89,18	76,45
Ortopedi ve Travmatoloji	11	Sıra Ort.	59,45	56,77	55,55	67,32	68,09
Dahiliye	19	Sıra Ort.	119,24	114,63	115,47	119,66	116,61
Göz Hastalıkları	7	Sıra Ort.	125,07	132,14	120,93	108	119,57
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	Sıra Ort.	138,75	124,67	138,50	113,33	146,33
Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji	16	Sıra Ort.	128,75	112,69	110,41	120,72	128,66
Dermatoloji	10	Sıra Ort.	87,15	84,55	85,20	89,25	92,15
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	10	Sıra Ort.	133,10	113,95	133,25	134,65	121,30
Nöroloji/Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	Sıra Ort.	73,69	59,25	66,56	92,56	95
Üroloji	4	Sıra Ort.	108	127,25	129,25	90,75	91,13
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	15	Sıra Ort.	49,03	53,13	49,83	58,40	52,03
Fizik Tedavi	11	Sıra Ort.	84,59	87,82	89,59	99,41	73,95
Kadın Hastalıkları ve Doğum	12	Sıra Ort.	79,58	80,54	82,75	81,54	89,83
Acil Servis	19	Sıra Ort.	63,82	61,13	70,16	65,79	73,45
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7	Sıra Ort.	88,93	106,93	87,21	94,43	83,14

Tablo 5 (Devamı): Uzman Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmeleri

Şehir Hastaneleri ile İlgili Değerlendirmeler	n	Genel Değerlendirme	Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	Disiplinler arası Bakım Ekipleri	Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu
Radyoloji	7	Sıra Ort. 95,79	97,36	93,14	96,57	95,21
Tıbbi Biyokimya	3	Sıra Ort. 119,83	109	115,17	99,67	126,17
Enfeksiyon Hastalıkları	4	Sıra Ort. 104,50	130,75	112,50	91,38	81,50
Palyatif Bak., Radyasyon Onk., Tıbbi Onk., Tıbbi Patoloji	5	Sıra Ort. 60,90	71,20	59,20	60,10	69,30
$\chi^2$		49,71	47,76	46,20	33,27	40,15
p		0,000	0,000	0,000	0,015	0,002

Tablo 6'da araştırma kapsamındaki hastane üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları arasındaki ilişkiler boyutlar itibarıyla incelendiğinde, tüm boyutların aralarında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir ( $p < 0,01$ ). Buna göre üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerinin boyutlar arasındaki ilişkileri incelendiğinde, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve çok güçlü ilişki ( $r_s = 0,81$ ,  $p < 0,01$ ) olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ( $r_s = 0,72$ ,  $p < 0,01$ ) olduğu, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ( $r_s = 0,71$ ,  $p < 0,01$ ) olduğu, sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ( $r_s = 0,67$ ,  $p < 0,01$ ) olduğu, sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ( $r_s = 0,66$ ,  $p < 0,01$ ) olduğu ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki ( $r_s = 0,64$ ,  $p < 0,01$ ) olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Üst Düzey Yönetici ve Uzman Hekimlerin Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumlarının Boyutlar Arasındaki İlişkileri

Şehir Hastanelerine Yönelik Tutumların Boyutları	n	Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu
Sağlık Bakım Kalitesi ve Etkinliği	185	1			
Bakım Bileşenlerinin Koordinasyonu	185	0,809**	1		
Disiplinlerarası Bakım Ekipleri	185	0,666**	0,727**	1	
Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu	185	0,640**	0,710**	0,664**	1

Not: \*\* 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

## 5. Tartışma

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi değişen sağlık koşullarına bağlı olarak Türkiye'de de kaliteli ve etkin sağlık hizmetlerinin sunumunda KÖO modelleri kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık sektöründe şehir hastaneleri ile uygulanmaya başlanan KÖO modeli ile hem modern hastane hem de nitelikli yatakların ihtiyacına büyük katkılarda bulunulmuştur. Türkiye'de sağlık sektöründe yeni bir uygulama olan multidisipliner bir organizasyonu temsil eden şehir hastanelerine yönelik üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin tutumları ele alınmış ve meslek grupları ile uzmanlık alanlarına göre bu değerlendirmeden elde edilen sonuçlar karşılaştırılmıştır. Çalışma kapsamında üst düzey yönetici ve

uzman hekimlerin şehir hastaneleri hakkındaki genel değerlendirmeleri ile şehir hastaneleri hakkındaki değerlendirmelerin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibarıyla istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Örgütsel karar verme süreçlerinde etkin rol oynayan sağlık yöneticileri ile klinik bakımın sunucuları olan hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının anlamlı farklılıklar göstermediği anlaşılmaktadır.

Uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin sıra ortalamaları arasındaki farklılıklara bakıldığında ise, uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Yine uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine ilişkin sağlık bakım kalitesi ve etkinliği ( $p<0,001$ ), bakım bileşenlerinin koordinasyonu ( $p<0,001$ ), disiplinlerarası bakım ekipleri ( $p<0,05$ ) ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ( $p<0,05$ ) boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre şehir hastanelerine yönelik hem genel tutumları hem de dört boyut açısından değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Uzmanlık alanları içerisinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Göz Hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisi ve Kardiyoloji uzmanlıklarına yönelik hekim değerlendirmelerinin yüksek ortalamalara sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde sağlık hizmetlerinin sunumu ve koordinasyonunun sağlanabilmesi için birçok uzmanlık grubunun koordineli bir şekilde hizmet sunumunu gerçekleştirmesini gerektirmektedir (McCarthy, 2015: 4). Şehir hastaneleri gibi multidisipliner yaklaşım ile tanı ve tedavilerin yürütüldüğü sağlık kampüslerine ilişkin farklı uzmanlık alanlarına sahip uzman hekimlerin farklı değerlendirmelere ve bakış açılarına sahip olmaları durumu dikkat çekicidir. Uzmanlık alanları içerisinde dikkat çeken Göz Hastalıkları uzmanlık alanına yönelik literatürde yapılmış olan çalışmalara bakıldığında Nair ve arkadaşlarının (2017) bu uzmanlık alanında çalışan hekimlerinin %54'ünün Göz Hastalıkları uzmanlık alanında çalışmaktan memnun oldukları ve düşük tükenmişlik düzeyine sahip oldukları sonucuna varmışlardır. Yine Kulak-Burun-Boğaz uzmanlık alanında hizmet sunumu gerçekleştiren uzman hekimlerin multidisipliner bir yaklaşımla tedavi sunumunda sıklıkla yer aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca bu uzmanlık alanında görev yapmakta olan hekimlerin disiplinlerarası ekiplerde yer alan uzmanlıkların hastaların tanı ve tedavisinde daha etkili ve hızlı hizmet sunduğu bulgulanmıştır (Gokgoz vd., 2018: 225). Şehir hastaneleri projelerinde yer alan farklı uzmanlık alanlarına sahip sağlık bakım ekiplerinin entegre bir hizmet sunumu ile hastaların memnuniyetini artırırken, hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin de iş yükünü hafiflettiği düşünülmektedir. Şehir hastanelerinde yer alan farklı uzmanlık türlerine göre uzman hekimlerin yaptıkları değerlendirmelere bakıldığında hem genel değerlendirmede hem de sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları ile ilgili değerlendirmelerin tamamında Ortopedi ve Travmatoloji ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık alanlarının düşük değerlendirmelere sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde Tanner ve arkadaşlarının (2015) hekimlerin farklı uzmanlık alanlarındaki iş streslerinin değerlendirdiği çalışmada Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerinin işyerinde geçimsizlik, işi kaybetme endişesi, terfi edememe, ücret azlığı, nöbetler gibi sosyal stresörlere maruz kalmak konusunda diğer uzmanlık türlerine göre daha yüksek ortalamalara sahip değerlendirmelerde buldukları tespit edilmiştir. Bu faktörlerin varlığı Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerinin şehir hastanelerine ilişkin değerlendirmelerinin diğer uzmanlık alanlarına göre daha olumsuz olması ile uyumluluk göstermektedir. Weigl ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise iş stresi ve tükenmişliğin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimleri arasında yaygın olduğu bulunmuştur. Ayrıca artan iş yüküne karşın çalışma motivasyonunu artıran teşviklerin bulunmamasının (ödül, terfi, döner sermaye vs.) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık alanında çalışmakta olan uzman hekimlerin iş motivasyonunu büyük ölçüde olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğuna yönelik tutumlarının değerlendirilmesine bakıldığında üst düzey yöneticilerin tamamının, uzman

hekimlerin ise %84,3'ünün şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygun olduğuna yönelik olumlu bir görüşe sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan diğer çalışmalara bakıldığında KÖO modeli ile inşa edilen sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetlerinin geleneksel model ile inşa edilen sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetlerine kıyasla daha olumlu yönde değerlendirmelere sahip olduğu görülmektedir (Kosycarz vd., 2018: 7; Miguel vd. 2019: 419). Ricks ve arkadaşlarının (2013) KÖO modeli ile inşa edilen sağlık tesislerine yönelik yönetici ve sağlık personelinin deneyimlerinin değerlendirildiği çalışmada katılımcıların genel olarak KÖO modeli ile inşa edilen bir sağlık tesisinde çalışmaya yönelik olumlu yönde görüş bildirdikleri belirlenmiştir. Yönetici ve hekimlerin değerlendirmelerine ayrı ayrı bakıldığında ise, Ünal ve Ünal'ın (2017) sağlık sektöründe uygulanan KÖO modeline yönelik sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirildiği çalışmada sağlık hizmetlerinin yönetiminde etkin rol oynayan yöneticilerin profesyonel kişilerden oluşması gerektiği ve sağlık yöneticilerinin KÖO modeli olan şehir hastanelerine yönelik genel tutumlarının olumlu yönde olduğu sonucuna varılmıştır. Yine Top ve Sungur (2019)'un sağlık sektöründe kamu-özel işbirliği modeline yönelik paydaş görüşlerini değerlendirdikleri çalışmalarına göre içerisinde hastane yöneticilerinin de bulunduğu farklı paydaşların %52'sinin KÖO modelini kullanarak şehir hastaneleri altyapılarını inşa etmenin uygun olduğuna yönelik görüş bildirdikleri görülmüştür. Üst düzey yöneticilere kıyasla uzman hekimlerin sağlık hizmetlerinin sunumunda daha ön planda yer alması, iş yükü algılarının farklı olması ve örgütsel karar verme süreçlerinden çok klinik bakım kararları verme sürecinde aktif rol oynamaları şehir hastanelerine yönelik tutumlarında farklılıkların görülmesine sebep olabilmektedir.

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde hem üst düzey yöneticilerin hem de uzman hekimlerin çoğunluğunun 21 ve üzeri yıl çalışma süresine sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışma kapsamında yer alan üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin sağlık sektöründe uzun yıllar çalışmış tecrübeli, yönetim ve klinik bakım süreçlerine hakim, sağlıkta politika değişikliklerine yakından tanık oldukları fark edilmektedir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin öğrenim durumları incelendiğinde ise üst düzey yöneticilerin %81,8'nin lisans ve tüm hekimlerin ise tıpta uzmanlık seviyesinde eğitim düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada yer alan yönetici ve hekimlerin çoğunluğunun mesleklerinin gerekliliklerini yerine getirebilecek eğitim donanımına sahip bir seviyede olduğunu söylemek mümkündür.

Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerden oluşan katılımcıların şehir hastanelerine yönelik tutumları arasındaki ilişkiler boyutlar açısından incelendiğinde, tüm boyutlar arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,01$ ). Çalışma bulgularına göre bakım bileşenlerinin koordinasyonunun artması durumunda sağlık bakım kalitesi ve etkinliğinin de arttığını gözlemlenmiştir. Benzer şekilde bakım bileşenlerinin koordinasyonu ve disiplinlerarası bakım ekipleri arasında da güçlü ilişkiler olduğu görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin uygun şekilde sunulmasını kolaylaştırmak için hasta bakımının organizasyonu olarak tanımlanan bakım koordinasyonunun sadece sağlık hizmeti sunucuları için değil aynı zamanda sağlık hizmetlerini planlayan ve koordine edenler için de büyük bir öneme sahip olduğu bilinmektedir (McDonald vd., 2014: 5; Busse ve Blümel, 2015: 97). Üst düzey yöneticiler ve uzman hekimlerin şehir hastanelerinde hastalara daha kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için bakım koordinasyonuna önem verdikleri söylenebilmektedir. Antonelli ve arkadaşları (2009) bakım koordinasyonunu geniş bir bakım sistemine entegre etmenin en etkili yolunun disiplinlerarası bakım ekipleri ile mümkün olduğu görüşünü savunmuşlardır. Bu çalışmanın bulgularına göre şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları birbirleriyle güçlü ilişkiler içerisindedir. Rosen ve arkadaşları (2018) sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunda ekip çalışması ve iletişim zorluklarının olmasının, bakım koordinasyonunda da sorunların çıkmasına sebep olduğunu vurgulamışlardır. Bu çalışmada klinik bakımın başlıca sunucuları olan uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları itibarıyla güçlü ilişkilere sahip olduğunu söylemek mümkündür.

## 6. Sonuç

Bu çalışma sonucunda üst düzey yöneticilerin şehir hastanelerinin sağlık sektörü için uygunluğuna yönelik uzman hekimlerden daha olumlu bir görüşe sahip oldukları tespit edilmiştir. Üst düzey yöneticilerin sağlık sektöründe karar verici konumda olmaları ve değişen politika ve uygulamalara karşı hızlı adapte olabilmeleri şehir hastaneleri örneğinde olduğu gibi köklü değişimlere daha olumlu yaklaşıtlarını göstermektedir. Araştırma kapsamında üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumları sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutları açısından incelendiğinde hem üst düzey yöneticiler hem de uzman hekimler için bakım bileşenlerinin koordinasyonu konusundaki olumlu değerlendirmelerin ön plana çıktığı belirlenmiştir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastanelerine yönelik tutumlarının boyutlar arasındaki ilişkilere bakıldığında tüm boyutların aralarında anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin şehir hastaneleri ile ilgili değerlendirmelerinin boyutlar arasındaki ilişkileri incelendiğinde, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile sağlık bakım kalitesi ve etkinliği boyutları, bakım bileşenlerinin koordinasyonu ile disiplinlerarası bakım ekipleri boyutları arasındaki güçlü ilişkilerin varlığı dikkat çekicidir. Uzman hekimlerin uzmanlık türlerine göre şehir hastanelerine ilişkin genel değerlendirmelerinin ve sağlık bakım kalitesi ve etkinliği, bakım bileşenlerinin koordinasyonu, disiplinlerarası bakım ekipleri ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Şehir hastaneleri gibi birçok disiplinin bir arada bulunduğu hastanelerde farklı uzmanlık alanlarına sahip hekimlerin sağlık sistemini farklı bakış açılarıyla değerlendirmeleri olağandır. Türk Sağlık Sistemi'nde son zamanların en önemli gündem maddelerinden biri olan şehir hastaneleri ile ilgili bundan yapılacak olan çalışmalarda üst düzey yönetici ve uzman hekimlerin görüşlerinin yanı sıra farklı meslek gruplarının da çalışma kapsamına dahil edilip bu meslek gruplarının şehir hastanelerinin organizasyonel, teknolojik ve finansal açılardan sürdürülebilirliğini değerlendirdiği çalışmaların tasarlanması önerilmektedir. Ayrıca hem KÖO modeli hem de geleneksel model ile inşa edilen hastanelerin performans ve maliyet etkinliğinin analiz edilerek Türkiye'de ve diğer ülkelerde yer alan sağlık kampüsleri örnekleri ile karşılaştırıldığı araştırmaların tasarlanması da önerilebilir.

### **Etik Kurul Onayı / Approval of Ethics Board**

Bu araştırma kapsamında kullanılan verilerin toplanması için Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü'nden E-35853172-050.06-00001845584 sayı ve 02.11.2022 tarihli Etik Komisyon onayı alınmıştır. Ayrıca ilgili çalışmanın yürütüldüğü Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden de 20.12.2021 tarihinde gerekli izinler alınmıştır.

### **Çıkar Çatışması**

Yazarlar açısından ya da üçüncü taraflar açısından çalışmadan kaynaklı çıkar çatışması bulunmamaktadır.

### **Kaynakça**

- Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.
- Akdağ, R. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim Adresi <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/25703,shgmyatirim.pdf.pdf?0>
- Alpar, R. (2020). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik (6. Baskı)*. Detay Yayıncılık. Ankara.
- Alonazi, W. B. (2017). Exploring Shared Risks Through Public-Private Partnerships in Public Health Programs: A Mixed Method. *BMC Public Health*, 17(1), 1-7.

- Alonso, J. M., Clifton, J. ve Díaz-Fuentes, D. (2015). The Impact of New Public Management on Efficiency: An Analysis of Madrid's Hospitals. *Health Policy*, 119(3), 333-340.
- Antonelli, R. C., McAllister, J. W. ve Popp, J. (2009). Making Care Coordination a Critical Component of the Pediatric Health System: A Multidisciplinary Framework. *The Commonwealth Fund*. Erişim Adresi [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2009\\_may\\_making\\_care\\_coordination\\_a\\_critical\\_component\\_1277\\_antonelli\\_making\\_care\\_coordination\\_critical\\_final.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2009_may_making_care_coordination_a_critical_component_1277_antonelli_making_care_coordination_critical_final.pdf)
- Atasever, M., Gözlü, M., Özyayın, M. M., Güler, H., Örnek, M., Barkan, O. B., Kavak, Y. ve İlhan, N. (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü Sağlık-Sen Yayınları.
- Baş, Ö. (2018). *Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hakkında Hizmet Sunucuları ve Hizmet Yararlanıcılarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Yozgat İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2008). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective*. Blackwell Publishing.
- Busse, R. ve Blümel, M. (2015). Payment Systems to Improve Quality, Efficiency, and Care Coordination for Chronically Ill Patients—A Framework and Country Examples. İçinde Mas, N. ve Wisbaum, W. (Ed.) *The Triple Aim for the Future of Health Care FUNCAS Social and Economic Studies* (ss. 83-100). Funcas, Madrid.
- Cangöz, M. C., Emek, U. ve Karaca, N. U. (2021). *Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Modeli Uygulaması: Etkin Risk Paylaşımına Yönelik Bir Model Önerisi*. TEPAV Elektronik Yayınları.
- Chabrol, F., Albert, L. ve Ridde, V. (2019). 40 Years After Alma-Ata, is Building New Hospitals in Low Income and Lower-Middle-Income Countries Beneficial?. *BMJ Global Health*, 22(3), 1-5.
- Ciani, O., Torbica, A., Lecci, F., Morelli, M., Drummond, M., Tarricone, R., ... ve Bene, L. D. (2018). Myth #5: Health Care is Rightly Left to the Private Sector, for the Sake of Efficiency. İçinde Adinolfi, P. ve Borgonovi, E. (Ed.) *The Myths of Health Care*. (ss. 123-154). Springer, Switzerland.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Eltas, Ö. (2021). Biyoistatistik Çalışmalarında Kullanılan Küçük Örneklerde Mann-Whitney U Testi ve Bağımsız Örneklem T (Student’st Independent Test) Testinin Güç Yönünden Karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Veteriner Bilimleri Dergisi*, 16(1), 88-94.
- Emek, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 139-168.
- European PPP Expertise Centre (EPEC). (2022). Market Update Review of the European Public-Private Partnership Market in 2021. Erişim Adresi <https://www.eib.org/en/publications/ep-ec-market-update-2021>
- Eurostat. (2016). Frequently Asked Questions Public-Private Partnerships (PPPs) and Their Statistical Treatment in National Accounts (ESA2010). Erişim Adresi <https://ec.europa.eu/eurostat/web/governmentfinancestatistics/methodology/guidance-on-accounting-rules>
- Evren, Ç. C. (2016). *Kamu-Özel İş Birlikleri*. Birinci Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Falcone, R. E. ve Satiani, B. (2008). Physician as Hospital Chief Executive Officer. *Vascular and Endovascular Surgery*, 42(1), 88-94.

- Frederickson, H. G. (2016). Yeni Bir Kamu Yönetimine Doğru. In Shafritz, J. M. ve Hyde, A. C. (Ed.) *Kamu Yönetimi Klasikleri*. Çev. Kara, M. Global Politika ve Strateji Yayınları.
- Gokgoz, M. C., Ökçesiz, İ., Taşlı, H., Yiğit, Y. Ç. ve Taha, A. (2018). Akut Solunum Sıkıntısına Neden Olan Travmatik Tiroid Hematomuna Multidisipliner Yaklaşım: Olgu sunumu. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(2), 223-227.
- Gottwald, M., Becker, A., Bahr, I. ve Mueller-Fahrnow, A. (2016). Public–Private Partnerships in Lead Discovery: Overview and Case Studies. *Archiv der Pharmazie*, 349(9), 692-697.
- Güler, E. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Bursa İli Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Hayran O. (2021). *Sağlık Yönetimi Yazıları*. SAGE Yayıncılık Reklam Matbaacılık (2. Baskı).
- Hodge, G. ve Greve, C. (2005). Public-Private Partnerships: A Policy for All Seasons?. İçinde Hodge, G. ve Greve, C. (Ed.) *The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning from International Experience*. (ss. 332-349). Edward Elgar, Cheltenham.
- Hodge, G. A. ve Greve, C. (2007). Public–Private Partnerships: An International Performance Review. *Public Administration Review*, 67(3), 545-558.
- Independent Evaluation Group (IEG). (2016). *Public-Private Partnerships in Health: World Bank Group Engagement in Health PPPs an IEG Synthesis Report*. World Bank, Washington.
- Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.
- Kayral, İ. H. (2019). Kırık Pencereler Teorisi, Şehir Hastaneleri Yönetim Modelinde Hasta Güvenliği İçin Kullanılabilir Mi?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 677-694.
- Kosycarz, E. A., Nowakowska, B. A. ve Mikołajczyk, M. M. (2019). Evaluating Opportunities For Successful Public–Private Partnership in the Healthcare Sector In Poland. *Journal of Public Health*, 27(1), 1-9.
- Marsilio, M., Cappellaro, G. ve Cuccurullo, C. (2011). The Intellectual Structure of Research into PPPS: A Bibliometric Analysis. *Public Management Review*, 13(6), 763-782.
- McCarthy, D. (2015). Integrated Healthcare Delivery Models in an Era of Reform. İçinde Shiver, J. M. ve Cantiello, J. (Ed.), *Managing Integrated Health Systems*. (ss. 1-24). MA: Jones and Bartlett, United States.
- McDonald, K., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., ... ve Davies, S. (2014). *Care Coordination Measures Atlas*. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, Rockville.
- Miguel, J. L. F., Fullana Belda, C. ve Rúa Vieites, A. (2019). Analysis of the Technical Efficiency of the Forms of Hospital Management Based on Public-Private Collaboration of the Madrid Health Service, as Compared with Traditional Management. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 414-442.
- Montagu, D., Harding, A. ve Montagu, D. (2012). A Zebra or a Painted Horse? Are Hospital PPPs Infrastructure Partnerships with Stripes or a Separate Species. *World Hospitals and Health Services*, 48(2), 15-19.
- Nair, A. G., Jain, P., Agarwal, A. ve Jain, V. (2017). Work Satisfaction, Burnout and Gender-Based Inequalities Among Ophthalmologists in India: A survey. *Work*, 56(2), 221-228.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2010). *Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure*, OECD Publishing.



- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*. Erişim Adresi [https://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm#:~:text=Public%2DPrivate%20Partnerships%20\(PPPs\),asset%-2C%20sharing%20the%20associated%20risks](https://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm#:~:text=Public%2DPrivate%20Partnerships%20(PPPs),asset%-2C%20sharing%20the%20associated%20risks)
- Özdemir, H. (2018). Kamu-Özel Sektör İşbirliğinde Risk Yönetimi ve Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme. *Journal of Politics Economy and Management*, 1(2), 27-40.
- Özer, M. A. (2016). Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 9-38.
- Palcic, D., Reeves, E., Flannery, D. ve Geddes, R. R. (2019). Public-Private Partnership Tendering Periods: An International Comparative Analysis. *Journal of Economic Policy Reform*, 1-17.
- Parlak, N., Köse, H. Ö. ve Toprak, M. (2020). Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Türkiye Uygulamaları: Sayıştay Raporları Işığında Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 31(119), 9-39.
- Raman, A. V. ve Björkman, J. W. (2015). Public-Private Partnerships in Healthcare. İçinde Kuhlmann, E., Blank, R. H., Bourgeault, I.L. ve Wendt, C. (Ed.) *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. (ss. 376-392). Palgrave Macmillan, London.
- Ricks, E., Van Rooyen, D., Gantsho, M. P. ve Ten Ham, W. (2013). Experiences of Managers and Healthcare Personnel Involved in a Functional Healthcare Public Private partnership. *Journal of Psychology in Africa*, 23(2), 297-301.
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J. ve Weaver, S. J. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *American Psychologist*, 73(4), 433.
- Sağlıkta Kamu Özel İş Birliği Derneği, (2017). Sorularla Sağlıkla Kamu Özel İş Birliği/PPP, Ankara.
- Savaş, T., Keleş, R. ve Gökteş, B. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 22-31.
- Sadeghi, A., Barati, O., Bastani, P., Jafari, D. D. ve Etemadian, M. (2016). Experiences of Selected Countries in the Use of Public-Private Partnership in Hospital Services Provision. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(11), 1401-6.
- Tanner, G., Bamberg, E., Kozak, A., Kersten, M. ve Nienhaus, A. (2015). Hospital Physicians' Work Stressors in Different Medical Specialities: A Statistical Group Comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(1), 1-8.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). Dünyada ve Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2018, Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2012). Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018) On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023 Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik. Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarında Etkin Yönetim Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: 2991, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık Hizmet Bölgeleri. <https://rapor.saglik.gov.tr/TEKKANAT/saglikbolgeleri.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021a). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Erişim Adresi <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021b). Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Erişim Adresi <https://mersinsehir.saglik.gov.tr/TR,73211/tarihce.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021c). Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. Erişim Adresi <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). 2019-2023 Stratejik Planı Güncellenmiş Versiyonu. Erişim Adresi <https://sgb.saglik.gov.tr/TR-61668/tc-saglik-bakanligi-2019-2023--stratejik-plani-guncellenmis-versiyonu.html>
- Top, M. ve Şahin, B. (2004). Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(1), 85-105.
- Top, M. ve Sungur, C. (2019). Opinions and Evaluations of Stakeholders in the Implementation of the Public-Private Partnership (PPP) Model in Integrated Health Campuses (City Hospitals) in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e241-e263.
- Uysal, Y. (2019). Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(3), 877-898.
- Uysal, Y. (2020). Kamu-Özel İşbirliği Modelinde Özel Sektör Teşvik Faktörleri: Şehir Hastaneleri Örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(1), 386-401.
- Ünal, A. ve Ünal, A. K. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığına Yönelik Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 51-56.
- Warsen, R., Nederhand, J., Klijn, E. H., Grotenbreg, S. ve Koppenjan, J. (2018). What Makes Public-Private Partnerships Work? Survey Research Into the Outcomes and the Quality of Cooperation in PPPs. *Public Management Review*, 20(8), 1165-1185.
- Weigl, M., Schneider, A., Hoffmann, F. ve Angerer, P. (2015). Work Stress, Burnout, and Perceived Quality of Care: A Cross-Sectional Study Among Hospital Pediatricians. *European Journal of Pediatrics*, 174(9), 1237-1246.
- World Bank. (2021). About Public-Private Partnerships. Erişim Adresi <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/about-public-private-partnerships>
- Yılmaz, F. Y. ve Karakaş, D. G. (2011). Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek. Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6(7), 29-83.
- Zvonkovic J.N. (2015). *Development of the Attitudes Toward Integrated Health Care Scale*. Yüksek Lisans Tezi, Southern Illinois University, Carbondale.

---

## COMPARISON OF ATTITUDES OF SENIOR MANAGERS AND SPECIALIST PHYSICIANS TOWARDS CITY HOSPITALS

---

### **Extended Abstract**

---

**Aim:** This study aimed to evaluate the attitudes of senior managers and specialist physicians working in city hospitals toward city hospitals. The findings obtained from these evaluations are evaluated according to professional groups and areas of expertise, in terms of health care quality and efficiency, coordination of care components, interdisciplinary care teams, and integration of health services. The study applied a face-to-face survey to 11 senior managers and 185 specialist physicians working at Elazığ Fethi Sekin City Hospital were included in the scope of the study.

**Method(s):** SPSS 25 was used in the analysis of the data obtained within the scope of the research, and first of all, the conformity of the variables to the normal distribution was examined using the Kolmogorov-Smirnov Z test and Shapiro-Wilk W tests. Mann Whitney U and Kruskal-Wallis analysis of variance tests were used to examine whether there is a difference between the attitudes of senior managers and specialist physicians towards city hospitals and whether there is a difference between the attitudes of specialist physicians towards city hospitals according to their specialties since the variables to be used in comparisons do not show normal distribution. Finally, the Spearman Rank Correlation coefficient, which is a kind of nonparametric correlation coefficient, was used to evaluate the relationships between the attitudes of senior managers and specialist physicians toward city hospitals.

**Findings:** According to the findings, it was determined that senior managers (100%) had a more positive opinion compared to specialist physicians (84.3%) in the evaluation of the suitability of city hospitals for the health sector. The rank averages of senior managers and specialist physicians were not statistically different in their overall assessments of city hospitals ( $U=954.50$ ,  $p>0.05$ ). Additionally, no statistically significant differences were observed in the rank averages of the attitudes of top-level executives and specialist physicians concerning health care quality and effectiveness ( $U=1015.50$ ,  $p>0.05$ ), coordination of care components ( $U=1014$ ,  $p>0.05$ ), interdisciplinary care teams ( $U=994$ ,  $p>0.05$ ), and integration of health services ( $U=823$ ,  $p>0.05$ ) in relation to city hospitals. Statistically significant mean rank differences were found between the general evaluations ( $\chi^2=47.76$ ;  $p<0.001$ ) of specialist physicians for city hospitals according to their fields of specialization and their evaluations in terms of health care quality and effectiveness ( $\chi^2=47.76$ ;  $p<0.001$ ), coordination of care components ( $\chi^2=46.20$ ;  $p<0.001$ ), interdisciplinary care teams ( $\chi^2=33.27$ ;  $p<0.05$ ) and integration of health services ( $\chi^2=40.15$ ;  $p<0.05$ ). In addition, when looking at the general evaluations of specialist physicians regarding city hospitals according to their specialization types, Anesthesiology and Reanimation 4,78 ( $\pm 0,09$ ), Ophthalmology 4.69 ( $\pm 0.26$ ), Cardiovascular Surgery and Cardiology 4,68 ( $\pm 0,54$ ), Internal Medicine 4.66 ( $\pm 0.33$ ) and Otorhinolaryngology 4.61 ( $\pm 0.67$ ) specialist physicians' evaluations had the highest mean values, Orthopedics and Traumatology 3.76 ( $\pm 0.95$ ) and Pediatrics 3.75 ( $\pm 0.77$ ) specialist physicians' evaluations were found to have the lowest average values. When the relations between the sub-dimensions of the attitudes of senior managers and specialist physicians towards city hospitals were examined, it was determined that there were significant relations between all dimensions ( $p<0.01$ ). Accordingly, it was determined that there was a powerful ( $r_s=0.81$ ;  $p<0.01$ ) relationship between the coordination of care components and health care quality and efficiency.

**Conclusion:** As a result of this study, it was determined that senior managers have a more positive opinion than specialist physicians about the suitability of city hospitals for the health sector. Within the scope of the research, when the attitudes of senior managers and specialist physicians towards city hospitals were examined in terms of four dimensions, it was determined that positive evaluations of the coordination of care components for both senior managers and specialist physicians came to the fore. Significant differences were found between specialist physicians'

general evaluations of city hospitals according to their specialty types and their evaluations regarding the dimensions of health care quality and efficiency, coordination of care components, interdisciplinary care teams, and integration of health services. In hospitals where many disciplines coexist, such as city hospitals, it is normal for physicians with different specializations to evaluate the healthcare system from different perspectives.

---