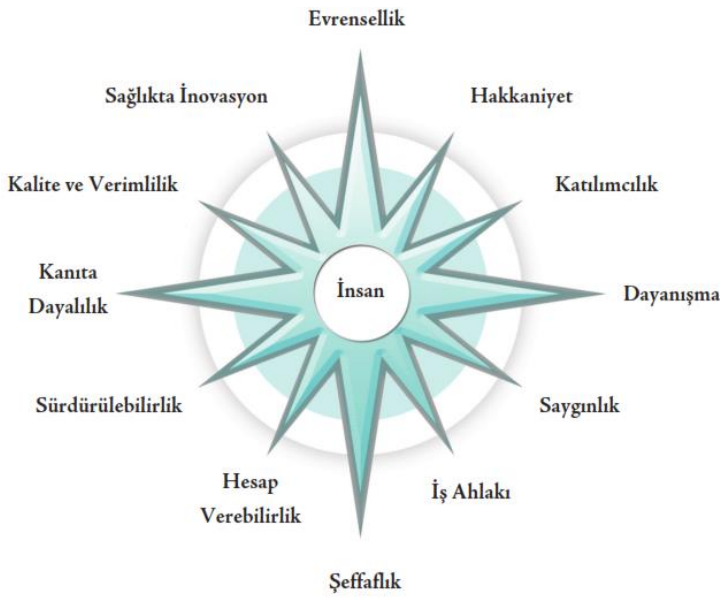


ŞEHİR HASTANELERİ YÖNETİM VE İŞLETİM MODELİ

Şehir hastaneleri gündemimize ilk defa 9 Mart 2003 tarihinde girdi, bu zamana kadar fizibilite çalışmaları yapıldı ve fizibilitesi tamamlanan hastanelerin 2016-2017 döneminde aşama aşama işletmeye alınması öngörülmüyor. Tamamının 1000-3500 aralığında değişen yatak sayısına sahip olması planlanan bu hastanelerde inşaat süreçleri başlamış olsa da birçok belirsizlik netleşmeyi beklemektedir. Mevcut durum için bu belirsizlikler detay görünmesine rağmen, hastaneler işletilmeye başlandığında sağlık hizmetinin Sağlık Bakanlığı'nın temel ilke ve değerlerine göre sunulabilmesi için tüm bu belirsizlikler önem kazanacaktır (Şekil:1 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017; Temel İlke ve Değerler). Hem kamunun hem de bu



Şekil:1 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017; Temel İlke ve Değerler

Uluslararası kamu-özel işbirliği (KÖİ) uygulamalarındaki deneyimler de işletim modelinin bu kapsamda geliştirilmesinin proje başarısı için gerekli olduğunu göstermektedir.

Örneğin;

- Avusturalya; eyaletlerinde farklılık gösteren birçok model geliştirdi,
- İngiltere; tasarla, yap, finanse et ve işlet modeli kullanıyor,
- Kanada Portekiz ve İspanya; daha küçük ölçekli olarak İngiliz modelini kullanıyor,
- Yunanistan; tesis hizmetlerinde KÖİ kullanıyor,
- İspanya Alzira Hospital'da kamu özel ilişkisinin tanımlandığı özel bir konsorsiyumda özgün bir model geliştirdi.

KÖİ: Özel ve kamu kurumu arasındaki ortak ürünlerin veya hizmetlerin geliştiği ve risklerin, maliyetlerin ve faydaların paylaşıldığı az da fazla kalıcı iş birliği.

KLIJN ET AL, 2007

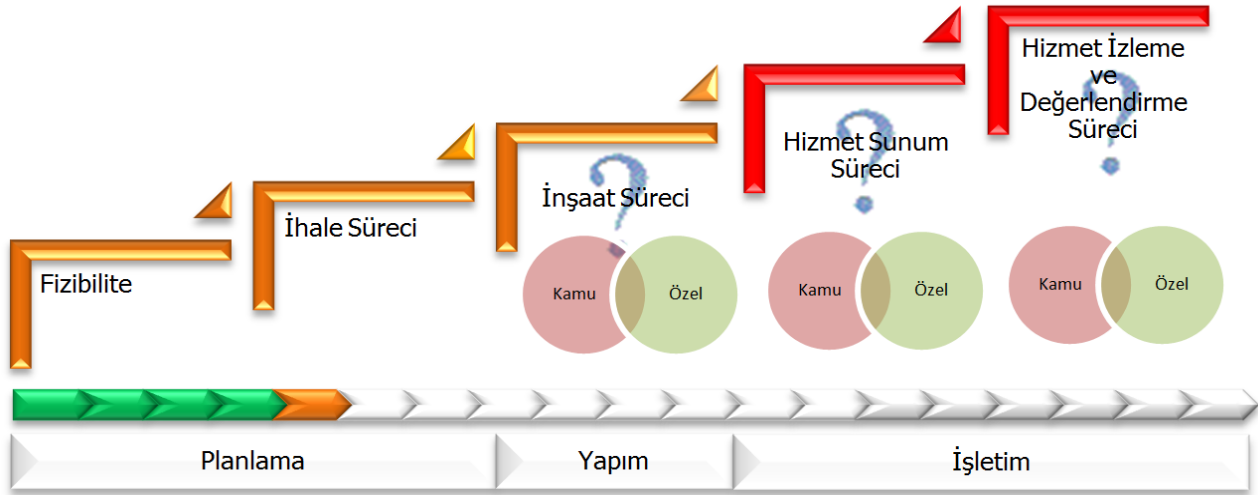
Tüm bu modeller karşılaştırıldığında KÖİ ortaklığında “maliyet, kalite, esneklik ve karışıklık” fonksiyonlarını birleştiren bir işletim modelinin başarıyı getirdiği ifade edilebilir (McKee, Edwards, & Atun, 2006).

Uluslararası KÖİ uygulamalarında proje riskleri;

- özel sektörün sağıktaki KÖİ’yi kar elde etmek için bir fırsat olarak görmesi,
- hastane işletme simülasyonunu değerlendirecek test metodolojisinin olmaması,
- sözleşmelerde risk dağıtımında esneklik olmaması,
- uzun süreli sözleşmelerden dolayı hem kamunun hem de özel sektörün risk paylaşımının doğru tanımlanmaması,

olarak deneyimlenmiştir (Russo, 2013). Ayrıca zaman içinde teknolojinin değişkenliğine bağılı olarak yeni servislerin hastaneye adapte edilmesinde esnekliğin kaybedilmesi veya teknolojiye, sistemlerde ve insan kaynağı ayarlamalarında öngörülemeyen maliyetlerin olması kamu ve özel sektör için risk teşkil etmektedir (Montagu & Harding, 2012). Bu nedenle iyi bir işletim modeli olmadan yönetimle ilgili verilecek her kararın sonucunda mali kayıplar olabileceği gibi toplum sağığı da olumsuz yönde etkilenebilir.

KÖİ ile uygulamaya alınacak şehir hastanelerindeki bu riskleri önlemek ve iyi bir işletim modeli tasarlamak için “Şehir Hastaneleri Projesi Uygulama Süreci”ndeki her bir aşamada akıllara gelen sorulara cevap bulmak gerekiyor (Şekil:2 Şehir Hastaneleri Uygulama Süreci).



Şekil 2: Şehir Hastaneleri Projesi Uygulama Süreci

1- Şehir Hastanelerini inşa edecek yüklenicilerin hastane inşaatı uygulamasında yararlanabileceği bir rehber, kılavuz mevcut mu?

- a. Son zamanlarda sağık hizmetlerinde, içindeki teknoloji ve ekipmanla birlikte hastane binalarının tasarımının hasta sağığına etkilerine dikkat çekilmektedir (Reiling, Hughes, & Murphy, 2008). Şehir

Hastaneleri tasarlanırken hasta güvenliği dikkate alınarak günümüz koşullarındaki standartları karşılayacak yapılar yerine yirmi birinci yüzyıl ve gelecek dönem sağlık hizmet sunum koşullarını karşılayacak esnek binaların tasarlanması önemli bir önceliktir. Şehir Hastaneleri planlama süreci bu hastanelerin ne kadar büyük boyutlarda olacağını göstermektedir. Bu büyük kompleks yapılarda hizmetin hızlı ve etkili olabilmesi için hizmet akışının, insan akışının ve malzeme akışının doğru kurgulanması ve bu kurguya göre hastane planlarının tasarlanması ve uygulanması önem arz ediyor. Çünkü tesis yapısı sağlık hizmetinin sunulması sırasında önemli kriterler olan hasta ve çalışan güvenliğine, enfeksiyonların kontrolüne ve önlenmesine, hastaların haklarının ve mahremiyetinin korunmasına ve hizmet çıktısı olan hasta ve çalışan memnuniyetinin artışına etki etmektedir (Thompson, et al., 2012). Ayrıca kanıtlar da gösteriyor ki hastane mimarisindeki değişiklikler hasta bakım hizmetini geliştiriyor ve uzun vadede maliyetlerin azalmasına etki ediyor (Sadler, et al., 2011). Hastane binalarının inşaatının tamamen özel sektör şirketlerine bırakılması hastane kullanım ömürlerinde olumsuz etkiye neden olabileceği gibi bahsettiğimiz konuların da önceliğini yitirmesine sebep olabilir. Dolayısıyla henüz işletmeye başlamayan bu yapıların, inşaat sürecinde olması gereken asgari standartları içeren bir rehberi olmalı. Bu rehber hazır mı? Rehber uyumluluğu kontrol edecek bir kontrol mekanizması mevcut mu?

2- Şehir Hastanelerinin yönetiminde kamu ile özel sektörün sınırlarını çizecek işletim modelinin standartları belli mi?

- İnsan kaynağını kamu sağlayacak ancak sağlık hizmetinin sunulması sırasında insan kaynağı ile ilgili karşılaşılabilecek sorunlarda kamu ve özel sektörün yetkisi ve görevi ne olacak?
- İnsan kaynakları yönetim fonksiyonları eğitim, kadro planlaması, özlük işleri, performans yönetimi özel sektörün inisiyatifinde mi olacak yoksa kamunun bir fonksiyonu olacak mı?
- Şehir Hastanelerin organizasyon şemasında kamunun rolü ne olacak?
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin değerlendirilmesinde ve memnuniyetsizlikler karşısında alınacak aksiyonlarda kamu ve özel sektörün sorumlulukları ne olacak?
- Sağlık hizmetinin sunumu sırasında hasta güvenliğinde önemli olan etik kurallara uyum konusunda bir kontrol mekanizması olacak mı? Kontrol mekanizmasının idaresinde kamu ile özel sektörün yetkisi ne olacak?
- Tesis yönetimi için tedarik edilecek alt yapının asgari standartları(Örneğin; santral sistemi için minimum özellikler, bilgi teknolojileri yatırımı için minimum özellikler) ne olacak ve bu standartlara uyum konusunda bir kontrol mekanizması mevcut mu?

- g. Sözleşme süresinin 30 yıl olacağı düşünülduğünde 30 yıl içinde olabilecek tüm değişikliklere karşı tesisin yapısının esnek olması gerekecek. Yeni bir teknoloji yatırımının uygulamaya alınması yada yeni bir sağlık hizmetinin sunulmaya başlanması ve bu hizmetlerle ilişkili olarak insan kaynağı, teknoloji gibi kaynakların planlanması ve tesis adapte edilmesi için tesis esnek bir yapıya uygun mu? (Montagu & Harding, 2012).
- h. Tesisin eskimesi durumunda yenileme-bakım-onarım konularında detaylar belli mi?
- i. Tıbbi teknoloji yatırımlarında ve tedarikinde özel sektöre oransal bir zorunluluk konulsa da bu yatırımların yönetimi ve kontrolü ile ilgili kurallar detaylı değildir. Bu konuda kapsam genişletilecek mi?
- j. Sağlıkta kalite standartlarının uygulanması için şartlar oluşturuldu mu?

3- Şehir hastaneleri işlemeye başladığı zaman işletim modelinin performansını değerlendirecek bir hizmet ölçüm ve değerlendirme sistemi mevcut mu?

- a. İşletim modelinin sadece kurgulanması yeterli değildir. Başarılı bir KÖİ uygulamasının olması için yapılan sözleşmelerin her uygulamada değerlendirilmesi gerekir. Bu ortaklığın net değerlendirmesi sözleşmeye göre tüm paydaşların performanslarının ölçülmesi, sonuçların raporlanması ve sözleşme gereklilikleri yapılmadığı zaman yaptırımların olması ile mümkündür (Felsing, 2008). Kurgunun doğru ve kalıcı olduğunun kontrolü de önemlidir. Sağlık hizmetini kapsayan KÖİ'lerin ölçülmesi klinik verilerle yapılmalıdır (McKee, Edwards, & Atun, 2006). Bu nedenle bu ölçümleme için parametrelerin, kontrol aralıklarının da belirlenmesi ve işletme hayata geçtiği zaman uygulanması gerekmektedir. Hastane performans parametrelerinin kontrolü ile ilgili süreç belli mi?

Bu temel soruların cevaplanması kamu ile özel sektör yönetim matrisinin kurgulanmasında veri kaynağı oluşturacaktır.

KÖİ'nin diğer projelerden farklı olarak özelliği fazla sayıda paydaşlara sahip olmasıdır. Paydaşların birbiriyle iyi ilişkiler içinde olması KÖİ sürecine katkı sağlarken, kötü paydaş ilişkileri sürecin ilerlemesine engel olur (Tang & Shen, 2012). Bu nedenle tüm paydaşların KÖİ'den beklentilerinin tespit edilerek sürecin gelişimi için ihtiyaç duyulan fikirler geliştirilmelidir. Liderler ve yöneticiler organizasyonlarda organizasyonun hedeflerini anlayan çalışanlarla çalışmak zorundadırlar. Organizasyon içinde çalışma ortamı liderlerin, çalışanların ve yöneticilerin algıları ile şekillenir. Doğru algıya sahip olmak etkili liderliğin işaretidir. Küçük ya da büyük hangi organizasyon olursa olsun algı yönetimi ancak iyi bir iletişim ile sağlanır. Büyük liderlerin algı yönetimini başarmada en büyük özellikleri insanlarla yakın ilişki kurmalarıdır (Otara, 2011). Şehir Hastaneleri'nin ilk sürecinden itibaren toplumda ve bu hastanelerde çalışacak sağlık çalışanlarında olmak üzere iki

temel alanda algı ve tutum ölçümlerinin yapılması, sonuçların analiz edilmesi ve bu sonuçlara yönelik stratejilerin geliştirilmesi projenin başarısı için önemlidir. Bu sonuçlara göre Şehir Hastaneleri projesinin duyurulma, yaygınlaştırma ve yürütme süreci planlanmalıdır.

Referanslar

Barros, P., Barry, M., Brand, H., Brouwer, W., De Maeseneer, J., Jönsson, B., . . . McKee, M. (2014 Feb). Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe. *Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health(EXPH)*.

Felsing, K. (2008). *Public-Private Partnership Handbook*. Asian Development Bank.

McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890-6.

Montagu, D., & Harding, A. (2012). A zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species? *World Hospitals and Health Services*, Vol.48 No.2 , 15-9.

Otara, A. (2011). Perception: A Guide for Managers and Leaders. *Journal of Management and Strategy*, Vol.2, No.3, 21-4.

Reiling, J., Hughes, R. G., & Murphy, M. R. (2008). The Impact of Facility Design on Patient. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (s. 168-184). içinde

Russo, S. (2013). The swing of public-private partnership in the Italian hospitals. A comparative analysis of two case studies. Italy: Department of Management Ca' Foscari University of Venice.

Sadler, B., Berry, L., Guentherd, R., Hamilton, D., Hessler, F., Merritt, C., & Parker, D. (2011). *Fable Hospital 2.0: The Business Case for Building Better Health Care Facilities*. The Hastings Center.

Tang, L., & Shen, Q. (2012). Factors affecting effectiveness and efficiency of analyzing stakeholders' needs at the briefing stage of public private partnership projects. *International Journal of Project Management*, 513-521.

Thompson, D., Hamilton, D., Cadenhead, C., Swoboda, S., Schwindel, S., Anderson, D., . . . Petersen, C. (2012). Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med*, Vol.40, No.5.

Hazırlayan: Kirstin Öztürk
Hanife Billerlioğlu