

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINA İLİŞKİN 663
SAYILI VE 694 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE
KARARNAMELER HAKKINDA SAĞLIK
YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Havva Gül TOPCU

Ankara-2018

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINA İLİŞKİN 663
SAYILI VE 694 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE
KARARNAMELER HAKKINDA SAĞLIK
YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

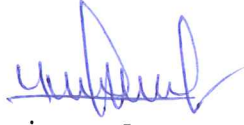
Havva Gül TOPCU

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Ankara-2018

KABUL VE ONAY

Havva Gül Topcu tarafından hazırlanan “SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINA İLİŞKİN 663 SAYILI VE 694 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELER HAKKINDA SAĞLIK YÖNETİCİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu çalışma, 06.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalında Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.



[İ m z a]

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Başkan)

[İ m z a]

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Danışman)

[İ m z a]

Doç. Dr. Gonca GÜZEL (Üye)

ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi' ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- ☐ Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- ☐ Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- ☐ Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- ☐ Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

[Tarih ve İmza] 06/06/2018



Havva Gül TOPCU

ÖZ

TOPCU, Havva Gül. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısına İlişkin 663 Sayılı ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkında Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Bu çalışma, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile geçmişten günümüze kadar gerçekleşen değişimin nedenlerini belirlemeyi amaçlamıştır. Daha sonra Teşkilat Yapısındaki 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin öncesi ve sonrası karşılaştırılarak, 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede ki Teşkilat yapısında gerçekleşen değişimleri görmek ve Sağlık yöneticilerinin görüşlerini öğrenmeyi amaçlamıştır.

Araştırmanın evrenini, Türkiye genelindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı 100 yatak üzeri il merkezlerindeki hastanelerde çalışan sağlık yöneticileri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 2017-2018 yıllarında çalışan 500 sağlık yöneticisi ile yüz yüze görüşmeler yapılarak ve online sistemden e-mail gönderilerek anket çalışması yapılmıştır. Veriler için 10 değişkenli demografik özellikler ölçeği ve 26 faktörden oluşan 5'li likert ölçeği kullanılmıştır. Bütün veriler SPSS 15.0 Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz değerlendirmede t-testi, ANOVA testi ve Scheffe post hoc testi kullanılmıştır.

Analiz sonucunda profesyonel sağlık yöneticileri istihdam edildikleri dikey ve yatay yönlü yönetsel değişiklikler ile karar verme yetkisinin hızlı olduğu, itibarlarının ve hizmet verimliliğinin arttığını düşünmektedirler. Kısaca, sağlık yöneticilerinin 663 sayılı kanun hükmünde kararnameden vazgeçilmesinin daha uygun olduğunu, 694 sayılı kanun hükmünde kararnamenin yöneticilerin itibarlarını, motivasyonlarını ve hizmet verimliliğini artırdığı görülmektedir.

Anahtar Sözcükler

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Hastane, Yönetici, Eskiye Dönüş.

ABSTRACT

TOPCU, Havva Gül. Reasons for the reunification of the eskiye and the Opinions of Health Administrators, Graduate Thesis, Ankara, 2018.

This study aims to identify the reasons for the change that took place from the past to the present day with the Health Transformation Program. Later, by comparing the before and after the decree of Decree Law No. 663 of the Organization, it aimed at seeing the changes that occurred in the structure of the No. 694 in schemes and learning the views of the Healthcare Managers.

The sample of the research consists of health managers working in provincial hospitals in the hospitals with 100 and over beds under affiliated with the Ministry of Health. It was conducted by face-to-face interviews with 500 health administrators working in 2017-2018 and by sending an e-mail from online system. For the data, 10-variable demographic scale and 5 likert scale consisting of 26 itens were used. All data were analyzed using the SPSS 15.0 program. T-test, ANOVA test and Scheffe post hoc test were used for the analysis evaluation.

As a result of the analysis, professional health managers consider the vertical and horizontal administrative changes in which they are employed make decision making process faster and their reputation and service efficiency increase. In short, health managers think it is more appropriate for Turkey to abandon, law no. 663, and it is seen that the decision of the law no. 694 increases the manners' reputations, motivations and service efficiency.

Keywords

Decree the law numbered 663, Decree the law numbered 694, Hospital, Manager, Compared to the past.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Tezimin konusunu belirmemden başlayarak, hazırlamamda ve çalışma süresince bana her konuda destek olan, bilgi, deneyim ve zamanını esirgemeyerek, her zaman yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU hocama başta olmak üzere, Öğr. Gör. Dr. Eşref ÇELİK'e, Uzman Yardımcısı Gülşen TOKMAK'a teşekkür ederim.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü'ne ve tüm il sağlık müdürlüklerine, anket çalışmasında yapmış olduğum anketlere katılan sağlık yöneticilerine, arkadaşlarıma, nişanlıma ve aileme fedakârlık ve desteklerinden dolayı teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Tarihçesi	5
1.1.1. 1920-1938 Dönemi	5
1.1.2. 1938-1960 Dönemi	6
1.1.3. 1961-1980 Dönemi	7
1.1.4. 1980-2003 Dönemi	7
1.1.5. 2003-2011 Dönemi	8
1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri	8
1.2.1. Sosyo-Ekonomik Dinamikler ve Sağlık Göstergeleri	8
1.2.2. Yönetim ve Örgütlenme	11
1.2.3. Hizmet Sunumu	12
1.2.4. Sağlıkta İnsan Kaynakları	15
1.2.5. Sağlık Finansman ve Harcamaları	18
1.2.6. Ödeme Mekanizmaları	21
1.3. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Gerekçesi ve İçeriği	21
1.3.1. Tıbbî Ürün ve Hizmetlerin Üretiminin Teşvik Edilmesi	22
1.3.2. Sağlık Serbest Bölgeleri	23
1.3.3. Sağlık Turizmi	24
1.4. 663 KHK ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı	24
1.4.1. Bakanlık Hizmet Birimleri	26
1.4.2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	27

1.4.3. Kamu Hastane Birlikleri	28
1.4.3.1. Sözleşmeli Personel	29
1.4.3.2. Vekil Personel İstihdamı	30
1.4.3.3. Yabancı Sağlık Personeli İstihdamı	31
1.5. 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Gerekçesi ve İçeriği.....	32

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINA İLİŞKİN 663 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMEDE ESKİYE DÖNÜŞÜN NEDENLERİ HAKKINDA SAĞLIK YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. Araştırmanın Amacı.....	37
2.2. Araştırmanın Önemi	37
2.3. Evren ve Örneklem	37
2.4. Araştırmanın Kapsamı, Varsayımları ve Sınırlılıkları.....	38
2.5. Hipotezler	38
2.6. Araştırmanın Yöntemi.....	39
2.7. Veri Toplama Yöntemi	39
2.8. Verilerin Analizi	39
2.9. Bulgular ve Değerlendirme.....	40

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKÇA	69
EKLER.....	73
Ek-1 Anket Formu	73
Ek-2 İzin Yazıları.....	77
ÖZGEÇMİŞ.....	80

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
GSS	: Genel Sağlık Sistemi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
SB	: Sağlık Bakanlığı
RG	: Resmi Gazete
İSK	: İşçi Sigortaları Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
DMK	: Devlet Memurları Kanunu
KHB	: Kamu Hastaneleri Birliği
AH	: Aile Hekimliği
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ORT	: Ortalama
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
n	: Örneklem/gruptaki örneklem sayısı
%	: Yüzde
f	: Sıklık
Z	: Standardize edilmiş test istatistiği
p	: Anlamlılık düzeyi
X²	: Kruskal Wallis H test istatistiği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1:	Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları.....	16
Tablo 2:	Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları.....	16
Tablo 3:	663 Sayılı KHK ile Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayıları.....	30
Tablo 4:	Sağlık yöneticilerinin kişisel özelliklerine göre dağılımı	40
Tablo 5:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlere Ait Betimsel İstatistikler.....	42
Tablo 6:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları	44
Tablo 7:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Medeni Duruma Göre T Testi Sonuçları	46
Tablo 8:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	49
Tablo 9:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	53
Tablo 10:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Aylık Gelire Göre T Testi Sonuçları	56
Tablo 11:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Kamudaki Hizmet Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	59
Tablo 12:	Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Toplam Çalışma Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:	Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda).....	9
Şekil 2:	Anne Ölüm Hızı (100.000 Canlı Doğumda)	10
Şekil 3:	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi.....	11
Şekil 4:	Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	11
Şekil 5:	10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı	13
Şekil 6:	10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Avrupa Birliği Ülkeleriyle Karşılaştırılması.....	14
Şekil 7:	10.000 Kişiye Düşen Hastane Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması.....	15
Şekil 8:	Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları.....	17
Şekil 9:	100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	17
Şekil 10:	100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	20
Şekil 11:	Teşkilat Şeması.....	26
Şekil 12:	Kamu Hastaneler Birliği.....	29

GİRİŞ

Ülkeler yurttaşlarına daha etkin, verimli ve erişilebilir bir hizmet sunmak için mevcut sağlık sistemlerini revize etme konusunda çaba sarf etmektedirler. Türkiye’de cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren belirli aralıklarla sağlık sistemi ve yönetimi üzerinde önemli değişimler gerçekleştirilmiştir. Bu değişimlerden en önemli olarak sayabileceğimiz 57. Hükümet tarafından 2002 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz ana başlık altında başlatılmıştır.

Bu konu iki bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde, Sağlıkta Dönüşüm Programının 2002 yılından öncesi ve sonrası uygulanan sistemler ele alınarak, 2012 yılında çıkartılan 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile 2017 yılına kadar devam edilmiştir. Olağanüstü Hal kapsamında yapılan bazı düzenlemeler kanun hükmünde kararname ile illerde görevlerde duplikasyonlar, yetki çatışması, hizmetlerin yavaşlaması, çok başlılık, çalışanların motivasyonları, çalışan itibarı gibi nedenlerden dolayı 663 sayılı kanun hükmünde kararnameden dönüş yapıldığı, 694 sayılı kanun hükmünde kararnamenin uygulandığı görülmektedir. 2011 yılında ise 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile bakanlığın teşkilat yapısında önemli değişiklikler öngörülmüş ve 2012 yılında uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlıkta oluşturulmak istenilen değişiklik, diğer ülkelerdeki sağlık sistemleri ele alınarak yapılmıştır. Yeni kamu yönetimi, 1979 yılında İngiltere’de Margaret Thatcher ile Muhafazakâr Parti’nin seçim manifestosunda yer almıştır. Bu alandaki ilk uygulamalar İngiltere’de Muhafazakâr Parti döneminde gerçekleştirilmiştir. Kasım 1980’de başkanlık seçimlerinin Ronald Reagan tarafından kazanılması ile uygulama ABD’nin de gündemine girmiş ve dünyaya ihraç edilir duruma gelmiştir.

Spesifik olarak belirtirsek, 2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye göre Sağlık Bakanlığının görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenlerinden, sosyo-ekonomik dinamikler, yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu,

sağlıkta insan kaynakları, sağlık finansmanı ve harcamaları, ödeme mekanizmaları ve diğer ülkelerdeki sağlık sistemleri ele alınmaktadır.

663 sayılı KHK ile hem merkez teşkilatında hem de taşra teşkilatında uzmanlaşmaya dayalı ayrışmaya gidilmiştir. Hastanelerde koordinatör pozisyonunda bir hastane yöneticisinin altında, başhekim, başhekim yardımcıları ile idari hizmetler, mali hizmetler ve tıbbi hizmetler için ayrı ayrı hastane müdürleri görevlendirilmiştir.

663 sayılı KHK ile merkezi teşkilatta diğer bakanlıklar gibi yönetsel görevlilerin yerine ileri düzeyde kurumsal uzmanlaşma sonucu daha çok sayıda idari pozisyon, taşrada yetki devri sonucu idari ve mali yönetim görevlerinin daha üst düzeyde temsili hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı müfettişleri yerine denetçi, AB uzmanları, ek olarak sağlık uzmanları istihdam edilmeye başlanmıştır. 663 Sayılı KHK dan önce sözleşmeli yöneticiler yoktu, yöneticiler sözleşme ile istihdam edilmeye başlanılmıştı. 663 sayılı KHK sonrası yatay, kurumsal uzmanlaşmaya dayalı yapılanmaya geçilmiş, politika belirleme planlama işlevlerini bakanlık merkez teşkilatında, düzenleme ve denetleme işlemlerini bağlı kuruluşlarda icra faaliyetlerini yetki devriyle Kamu hastane birliklerinde yürüten yetki devri esaslı çalışan bakanlık, yetki devri esaslı çalışma ve görev ve sorumlulukların taşraya aktarılması hedeflenmiştir.

663 sayılı KHK ya göre, illerde sağlık hizmetleri bir bütün olarak ele alınmaktadır. Kamu hizmetlerin de olduğu gibi sağlık hizmetlerinin il içinde başında vali bulunmaktadır. 694 sayılı KHK da ise ildeki tüm sağlık kuruluşları sağlık müdürlüğüne bağlıdır ve deneticisidir.

694 sayılı KHK ile eskiye dönüş sayılabilecek sağlık il müdürlüğüne bağlı başhekim, başhekim yardımcıları, idari ve mali hizmetler müdürü, sağlık bakım ve hizmetler müdürü, kalite ve destek birimi müdürü ile müdür yardımcıları görevlendirilmiştir.

Sağlık yöneticilerinin 663 ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre seçilmelerinde önceliklerinin belirlenmesi araştırmacılar için ilgi çeken bir konu olmuştur. Ülkemizde bu konuyla ilgili ilk çalışma niteliğindedir. Genel olarak çalışmalarda, yöneticilerin fikirlerini açıkça dile getirebileceği ve tam yetkilerinin

olabileceği, görevlendirmelerin gerektiği söylenmektedir. Çalıştığı kurumda sıkıntı yaşamayan, işlerini severek ve isteyerek yapan bireyler ruhsal ve fiziksel yönden daha iyidirler. Sağlıkta dönüşüm programında yapılan teşkilat yapısı değişiklerinde sağlık yöneticilerinin taraf tutmadan, mobing uygulamadan, kendi görevlerinin dışına çıkmadan, silsileye uyararak görevlerini yerine getirdikleri takdirde bulundukları makamda kalacaklarını düşünmektedirler.

Çalışmanın ikinci bölümünde, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına ilişkin 663 sayılı kanun hükmüne kararnamede eskiye dönüşün nedenler hakkında sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi amacı doğrultusunda demografik özellikleri değerlendirilecektir. Alan yazınına bakıldığında çok az sayıda araştırma yapıldığı görölmektedir.

Bu araştırma ile 663 sayılı kanun hükmünde kararnamede yapılan değerşikliklerin 694 sayılı kanun hükmünde kararname ile değerştirilmesinin nasıl algılandığı, memnuniyet veya memnuniyetsizlik durumlarını öğrenmektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği ve motivasyonu artmıştır. Betimsel araştırma yöntemi kullanılarak yöneticilerin 694 sayılı kanun hükmünde kararname ile itibarlarının arttığı tespit edilmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Araştırmamızda genel olarak sağlık bakanlığı teşkilat yapısı, 663 sayılı KHK, sağlıkta dönüşüm, dönüşümün nedenleri ve sağlık yöneticilerinin görüşleri açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bölümde sağlıkta dönüşüm programı, tarihçesi, bileşenleri ve 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişikliklerin düzeylerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Tarihçesi

Sağlıkta dönüşüm programının tarihsel gelişimi cumhuriyet döneminden itibaren kronolojik olarak aşağıda kısaca verilmeye çalışılmıştır.

1.1.1. 1920-1938 Dönemi

Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuş olup 1920-1938 yılları arasında yasal düzenlemeler ile güncellenmiştir. Yapılan düzenlemeler ile savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bu dönemde çıkarılan aşağıdaki mevzuat günümüze kadar çeşitli değişiklikler ile birlikte kullanılmaya devam etmektedir:¹

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun

¹ Sağlık Bakanlığı [SB], Sağlıkta Dönüşüm, 2007, s.8.

- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun

1.1.2. 1938-1960 Dönemi

Merkezi yapılanmanın kuvvetlendirilmesi ve sosyal içerikli politikaların geliştirilmesine yönelik yasal düzenlemeler ön plana çıkmaktadır. İkinci dünya savaşı sonrası oluşan bulaşıcı hastalıklarla mücadelede temel alan Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu çıkarılarak hastalıklara özgün ve hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. İşçi Sigortaları Kurumu (1945) oluşturulmuş ve bakanlığın sağlık hizmet ve istihdamı alanındaki tekeli ortadan kaldırılmıştır. Emekli Sandığının oluşumu da bu dönemde görülmektedir ve bu düzenleme ile sosyal güvenlik kapsamı genişletilmiştir. Kamuya ait sağlık birimleri (örneğin il özel idareleri, yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri) sağlık bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Diğer yandan bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması, sağlık ocaklarının köylerden başlayarak yaygınlaşması da bu dönemin eserleridir. Bu dönemde çıkarılan ve aşağıda belirtilen mevzuat da günümüzdeki mevzuatın temellerini oluşturmaktadır:²

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu

² Sağlık Bakanlığı [SB], Sağlıkta Dönüşüm, 2007, s.9.

1.1.3. 1961-1980 Dönemi

Sağlık politikalarının yeniden gözden geçirildiği ve tartışıldığı bir dönem olarak dikkat çekmektedir. Nihayetinde sağlık hizmetlerinin daha fazla sosyalleştirilmesi benimsenmiş ve 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiş ancak iki yıl sonra uygulamaya başlanmıştır. 1980 yılına kadar sağlık politikaları da bu çerçevede şekillenmiştir. Dikey örgütlenmenin azaldığı ve sağlık ocağı bünyesine dâhil edildiği bu dönemde sosyalleştirme için pilot uygulamalar kapsamında doktorların serbest çalışması engellenmiştir. Ancak sosyalleştirme çabaları bir süre sonra sonuçsuz kalmıştır. Buna rağmen beş yıllık kalkınma planının ilk uygulaması da bu dönemde başlamıştır. Birinci beş yıllık kalkınma planında sosyalleştirme politikalarına geniş yer verilmiştir. Bu kapsamda genel sağlık sigortası üzerinde tartışmalar başlamış, 1967 yılında hazırlanan kanun taslağı meclise sevk edilemeden atıl duruma düşmüştür. 1969 yılında ikinci beş yıllık kalkınma planında tekrar gündeme gelen genel sağlık sigortası ise 1971 yılında TBMM’de kabul edilmemiştir.³

1.1.4. 1980-2003 Dönemi

Sağlık hizmeti ve yönetimi 1961 anayasasına paralel düzenlemeleri içeren 1980 anayasası ile düzenlenmiştir. 1980 anayasasının 60. Maddesinde “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiği” belirtilerek 56. Maddede yer alan “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesiyle önceki dönemlerde sürekli ifade edilen genel sağlık sigortası da anayasal bir dayanağa ulaşmakla birlikte yasal düzenlemeler gerçekleştirilememiş. 1987 yılında tekrar gündeme gelmesine rağmen yine başarısızlıkla sonuçlanmıştır. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan master planı doğrultusunda 1991 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma süreci başlamıştır. 1993 yılında ikincisi düzenlenen kongre ile ulusal sağlık politikaları belirlenerek aynı yıl bakanlıkça Yeşil

³ SB, a.g.r., 2007, s.10.

Kart projesi hayata geçirilmiştir. Buna rağmen hastanelerin özelleşmesi dahil olmak üzere sağlık politikalarında istenen sonuçlar alınamamıştır.⁴

1.1.5. 2003-2011 Dönemi

Sağlıkta dönüşümün uygulamalar ile yaygınlaştığı bir dönem olarak görülmektedir. SSK hastaneleri başta olmak üzere diğer kamu kurum hastanelerinin sağlık bakanlığına devredilmesi, yeşil kart uygulamasının yaygınlaştırılması ve ilaç giderlerinin de kapsama alınması, ilaçta KDV oranlarının düşürülmesi, ilaç fiyatlandırma sisteminin yenilenmesi uygulamaları bu kapsamda ele alınabilir. Aile hekimliği uygulaması da bu dönemde başlamıştır. Kalp-damar hastalıkları olmak üzere kronik hastalıklar için ulusal programlar planlanarak uygulamaya konulmuştur.⁵ OECD raporunda sağlıkta dönüşüm programı için “2003 öncesi sağlık sisteminin zayıf yönlerini bertaraf edip güçlü yönleriyle reform yapmayı amaçlayan bir ders kitabı mahiyetinde” ifadesi yer almaktadır.⁶

Türkiye’nin 2012 yılında uluslararası hasta verilerinin analizi sonucu ortaya çıkan uluslararası hasta kümelenmesine ve haritasına bakıldığında; sağlık hizmetleri alt yapısı iyi olan, uluslararası standartlarda sağlık hizmeti üretimi yapan, bu anlamda JCI akreditasyon belgesine sahip, grup hastanelerin bulunduğu ve özel sağlık hizmetleri sektörünün kümelendiği, doğrudan uçuşların olduğu geleneksel turizm bölgelerinin ve illerinin ön plana çıktığı görülmektedir.⁷

1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

1.2.1. Sosyo-Ekonomik Dinamikler ve Sağlık Göstergeleri

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde 1993-2013 yılları arasında sağlık hizmetleri kapsamının genişlediği ve bebek ölüm hızı (Şekil 1), anne ölüm hızı (Şekil

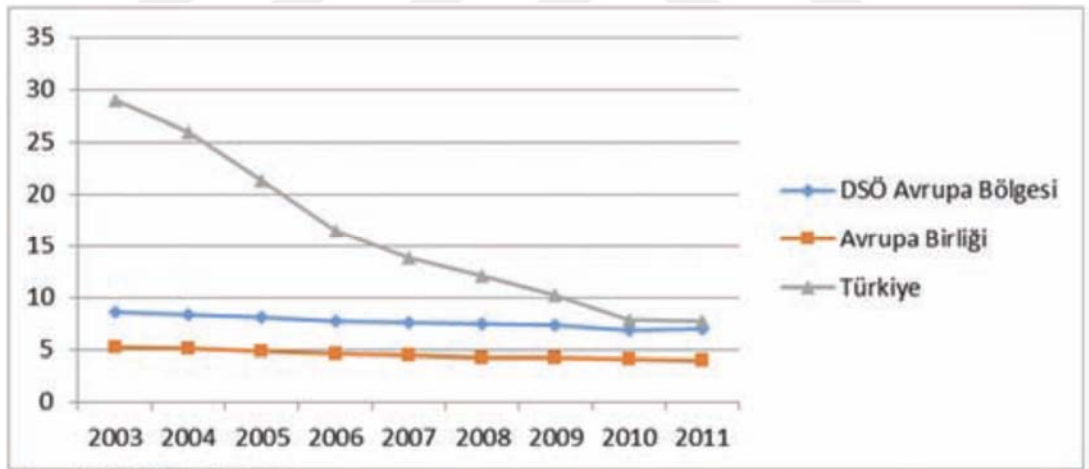
⁴ Recep Akdağ. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011), Ankara: Sağlık Bakanlığı.

⁵ SB, a.g.r., 2007, s.8.

⁶ OECD, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, 2008, OECD- Dünya Bankası, s.107.

⁷ Sağlık Bakanlığı [SB], Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu (2013), 2013, Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, s.53.

2) ve doğu'da beklenen yaşam süresi (Şekil 3) gibi temel sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağladığı belirtilebilir. Bu iyileşmelerin altında yatan nedenler arasında, diğerlerine ek olarak, tek parti hükümeti ve AB dinamiğinin olduğu değerlendirilmektedir. Ancak Türkiye on yıllık sürede belli başlı sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağlamasına karşın, üyesi olmak için müzakere sürecini sürdürdüğü AB ortalamalarının oldukça gerisinde yer almaktadır. Bebek ölüm hızı, her 1000 canlı bebek başına kaç tane 1 yaşın altında bebeğin öldüğünü gösterir. Bebek ölümleri, hamilelik dönemi komplikasyonlarına, erken doğuma, yetersiz bağışıklamaya, beslenme yetersizliğine, yetersiz bakım ve hijyen koşullarına, çevresel koşullara, yaralanmalara, vb. sebeplere bağlı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Anne ve bebek ölümlerini engellemek sistemli müdahaleler ile mümkündür.⁸ Türkiye'de 2002 yılında bebek ölüm hızı (BÖH) binde 31,5 iken (AB'de ortalama 5,46), 2011 yılında da binde 6,97 (AB ortalaması binde 4,0) olmuştur. Bu da göstermektedir ki yıllar itibarıyla Türkiye'de BÖH'de önemli iyileşmeler söz konusu olmuştur. Ancak bu iyileşmelere rağmen BÖH halen AB ortalamasından uzaktır.⁹



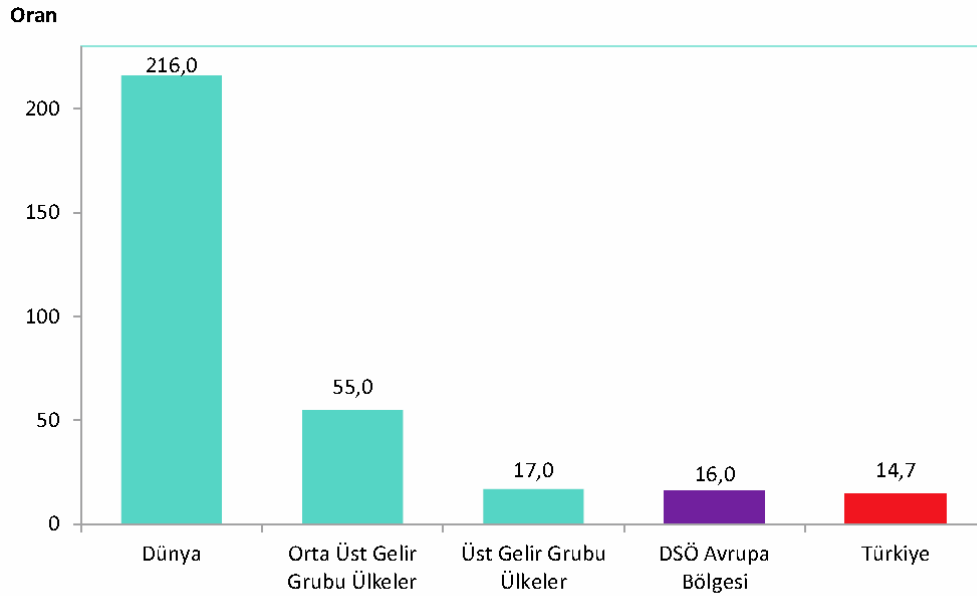
Şekil 1: Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda) ¹⁰

⁸ Esra Özpınar, Bebek Ölüm Hızı Türkiye Genelinde Azalırken Neden Suriyeli Nüfusun Fazla Olduğu Yerlerde Artıyor?, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), Yayın No: 201619, s.2.

⁹ Hasan Hüseyin Yıldırım, Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Ankara, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2013, s.14.

¹⁰ Dünya Sağlık Örgütü [WHO], Health For All Database, 2013, Geneva, WHO.

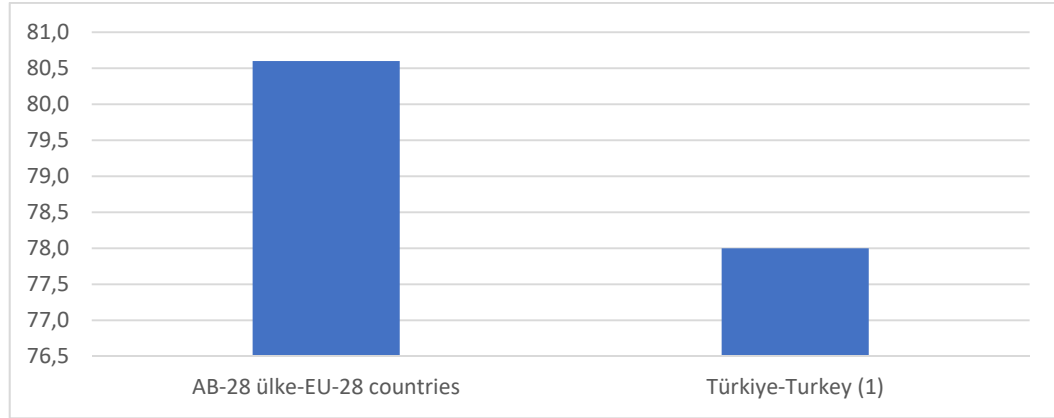
Türkiye’de anne ölüm hızı, 2006 yılında 100.000 canlı doğumda 30,93 (AB’de 6,41) iken 2011 yılı için 100.000 canlı doğumda 15,92 (AB’de 5,69) olarak kaydedilmiştir. Anne ölüm hızında da yıllar itibariyle Türkiye’de iyileşmeler olmasına karşılık, halen DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB ortalamalarının gerisinde yer almaktadır (Şekil 2).



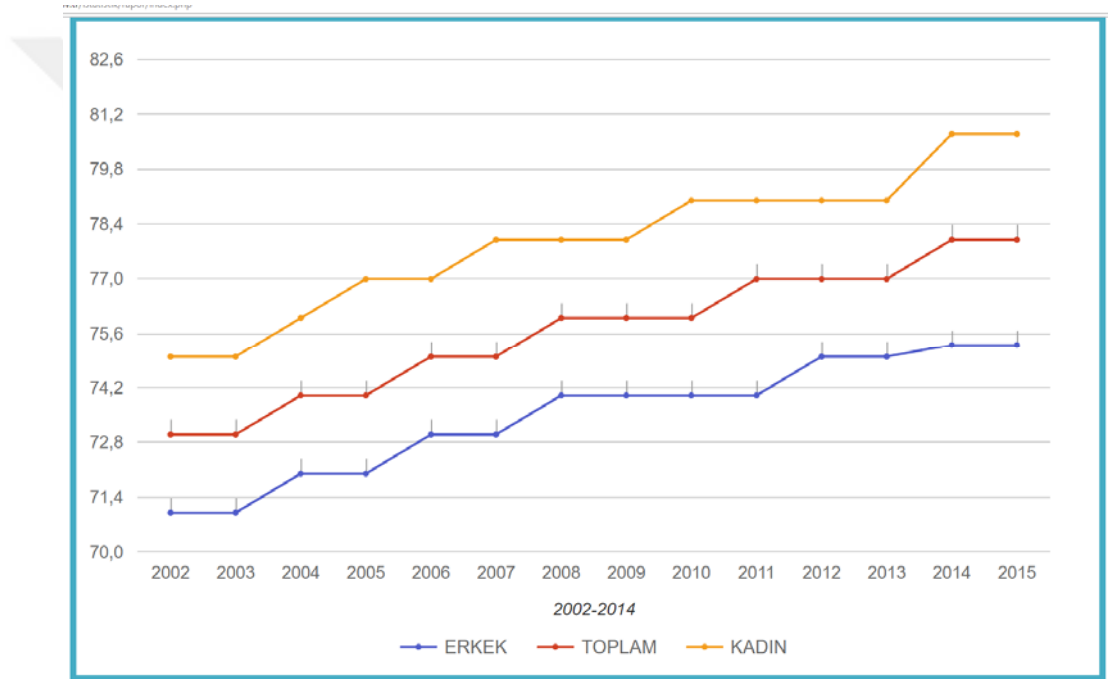
Şekil 2: Anne Ölüm Hızı (100.000 Canlı Doğumda)¹¹

Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi 2015 yılında %78 ile Avrupa Birliği ülkelerine göre düşük düzeydedir (Şekil 3). Ancak 2002-2015 yılları arasındaki değişim incelendiğinde 72,8 olan beklenen yaşam süresinin 2015 yılında 76’ya ulaştığı görülmektedir (Şekil 3).

¹¹ Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, 2016.



Şekil 3: Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi¹²



Şekil 4: Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi¹³

1.2.2. Yönetim ve Örgütlenme

Türkiye’de sağlık yönetiminde ve sağlık politikası oluşturma sürecinde çok sayıda aktör yer almaktadır. Devlet; planlama, koordinasyon, finansal açıdan destek

¹² Türkiye İstatistik Kurum [TÜİK], Avrupa ülkelerinde cinsiyete göre doğuşta beklenen yaşam süreleri, 2015.

¹³ TÜİK, Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, 2015.

ve sağlık kurumlarının geliştirilmesi açısından temel sorumluluğunu SB başta olmak üzere, askeri kurumlar, Parlamento, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Yüksek ğretim Kurumu, diğer ilgili kurum ve kuruluşlar aracılığı ile yerine getirmektedir. Bunlara ek olarak; sendikalar, meslek örgütleri ve diğer sivil toplum kuruluşları da Türkiye’de sağlık politikası oluşturma sürecindeki aktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca, DSÖ, DB, OECD, IMF, Dünya Ticaret rgt (DT) ve sağlık teknolojisi şirketleri (ilaç ve tıbbi cihaz şirketleri başta olmak üzere) gibi uluslararası kurum ve kuruluşlar ve AB gibi uluslarüstü organizasyonlar Türkiye’deki sağlık politikalarının şekillenmesinde doğrudan veya dolaylı olarak etkili olabilmektedir.¹⁴

1.2.3. Hizmet Sunumu

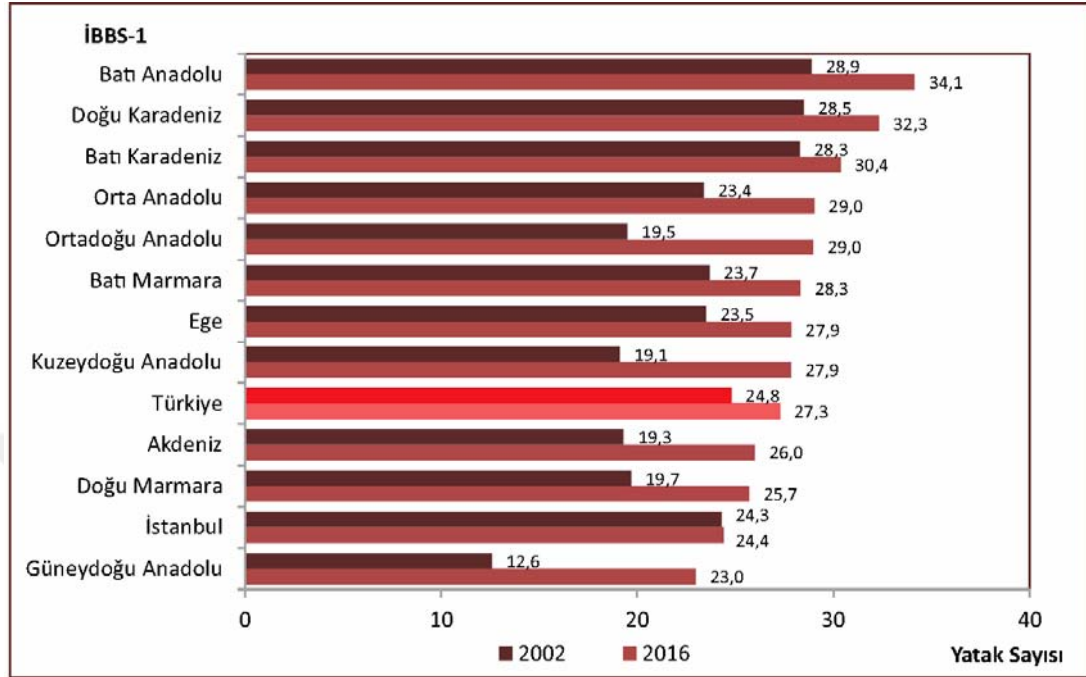
Türkiye’de sağlık yönetiminde ve sağlık politikası oluşturma sürecinde çok sayıda aktör yer almaktadır. Devlet; planlama, koordinasyon, finansal açıdan destek ve sağlık kurumlarının geliştirilmesi açısından temel sorumluluğunu Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, askeri kurumlar, Parlamento, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Yüksek ğretim Kurumu ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlar aracılığı ile yerine getirmektedir. Bunlara ek olarak; sendikalar, meslek örgütleri ve diğer sivil toplum kuruluşları da Türkiye’de sağlık politikası oluşturma sürecindeki aktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca, DSÖ, DB, OECD, IMF, Dünya Ticaret rgt (DT) ve sağlık teknolojisi şirketleri (ilaç ve tıbbi cihaz şirketleri başta olmak üzere) gibi uluslararası kurum ve kuruluşlar ve AB gibi uluslarüstü organizasyonlar Türkiye’deki sağlık politikalarının şekillenmesinde doğrudan veya dolaylı olarak etkili olabilmektedir.¹⁵

Sağlık hizmetlerindeki dönüşüm süreci incelendiğinde artan nüfusla birlikte hizmet sunumunun ve kapasitesinin de arttığı görülmektedir. Kişi başına düşen hizmet sunumu incelendiğinde ise 2002 yılından 2016 yılına kadar olan dönemde artan nüfusa

¹⁴ Yıldıırım, a.g.e, s.23.

¹⁵ Yıldıırım, a.g.e, s.25.

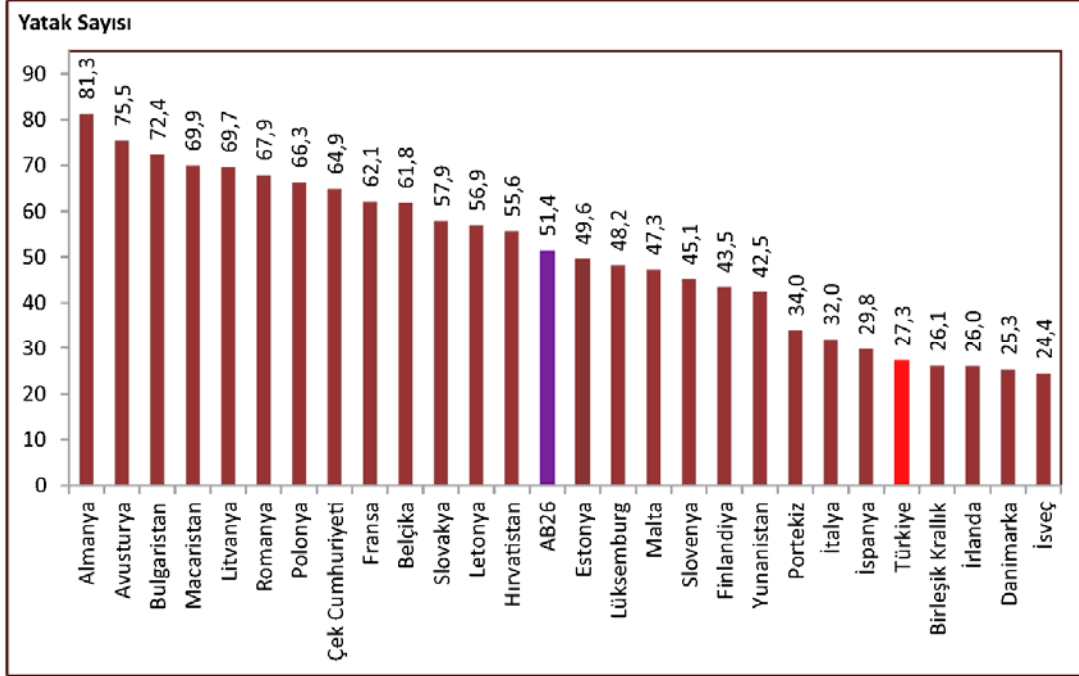
hizmet verebilecek düzeyde ve çok az üzerinde kapasite artışına gidildiği görülmektedir (Şekil 4).



Şekil 5: 10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısı¹⁶

¹⁶ SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, s.105.

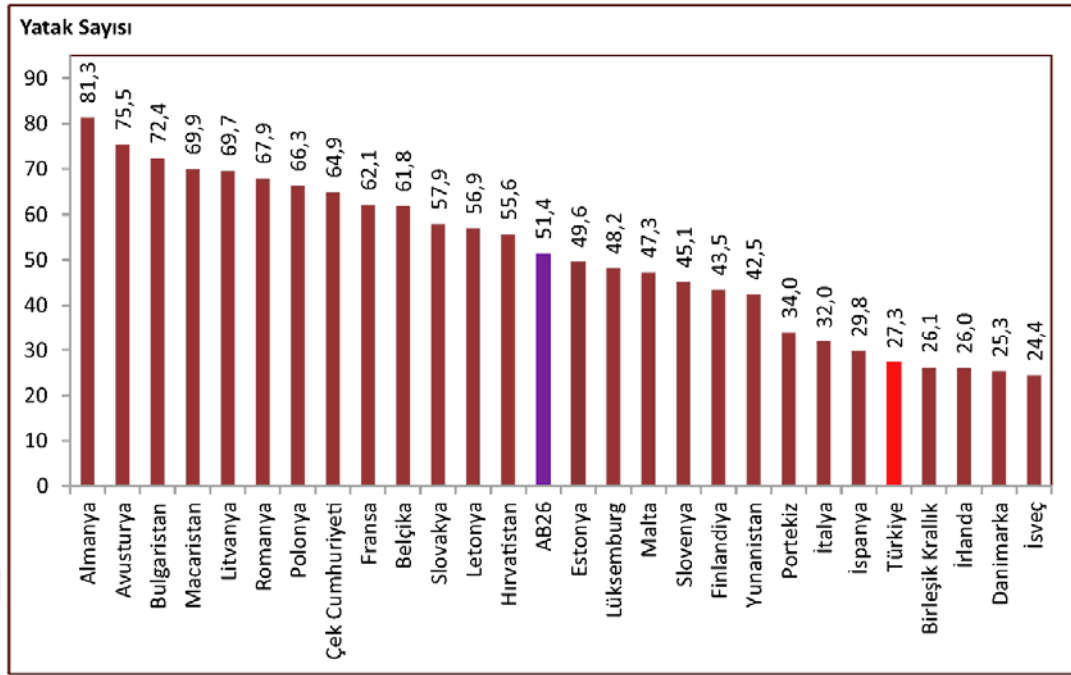
Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında ise Birleşik Krallık, İrlanda, Danimarka ve İsveç haricindeki Avrupa Birliği ülkelerine göre daha düşük kişi başına hastane yatağı sayısı görülmektedir (Şekil 6).



Şekil 6: 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Avrupa Birliği Ülkeleriyle Karşılaştırılması¹⁷

Her 100.000 kişiye düşen hastane sayılarının verildiği şekil 7’de DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB ülkelerinde yıllar itibariyle genel olarak düşüş gerçekleştiği, Türkiye’de ise 2006 yılından sonra artış gerçekleştiği görülmektedir. Ancak halen Türkiye AB ortalamasının gerisinde yer almaktadır.

¹⁷ SB, a.g.r, s.106.



Şekil 7: 10.000 Kişiye Düşen Hastane Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması¹⁸

1.2.4. Sağlıkta İnsan Kaynakları

Sağlık insan gücü bir sağlık sisteminin merkezinde yer alır. Yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olmak sağlık sistemlerinin amaçlarına erişmesinde temel araçlardan birisidir. Türkiye, sağlık insan gücü açısından son 10 yılda bir iyileşme göstermesine karşın, halen AB ortalamalarının gerisinde kalmaktadır. Tablo 1’de Sağlık Bakanlığı’nda çalışan sağlık insan gücündeki değişim görülmektedir. Buna göre Sağlık Bakanlığı’nda 2002 yılında 378 bin olan personel sayısı, 2016 yılında 871 bine yükselmiştir. Ancak burada dikkat çeken konu hizmet alımı personel sayılarının 14 yılda 4 artmış olmasıdır. Bu da sağlıkta taşeronlaşmanın çok ciddi boyutlara ulaştığının bir göstergesidir.¹⁹

¹⁸ WHO, 2013.

¹⁹ Yıldırım, a.g.e, s.43.

Tablo 1: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları²⁰

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Uzman Hekim	45.457	70.103	73.886	75.251	77.622	78.620
Pratisyen Hekim	30.900	38.877	38.572	39.045	41.794	43.058
Asistan Hekim	15.592	20.792	21.317	21.320	21.843	23.149
Toplam Hekim	91.949	129.772	133.775	135.616	141.259	144.827
Diş Hekimi	16.371	21.404	22.295	22.996	24.834	26.674
Eczacı	22.289	26.571	27.012	27.199	27.530	27.864
Hemşire	72.393	134.906	139.544	142.432	152.803	152.952
Ebe	41.479	53.466	53.427	52.838	53.086	52.456
Diğer Sağlık Personeli	50.106	122.663	131.652	138.878	145.943	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	273.616	290.363	303.110	311.337	321.952
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	762.398	798.068	823.069	856.792	871.334

Tablo 2’de öğretim yıllarına göre tıp fakültesi, öğrenci ve öğretim üyesi sayıları verilmektedir. Buna göre yıllar itibariyle fakülte, toplam öğrenci, mezun olan öğrenci ve öğretim üyesi sayıları sürekli artış göstermiş; 2002 yılında 44 olan tıp fakültesi sayısı %125 oranındaki artışla 99’a yükselmiştir. Benzer durum toplam öğrenci sayısı ve öğretim üyesi sayılarında da gözlenmektedir (Tablo 2).

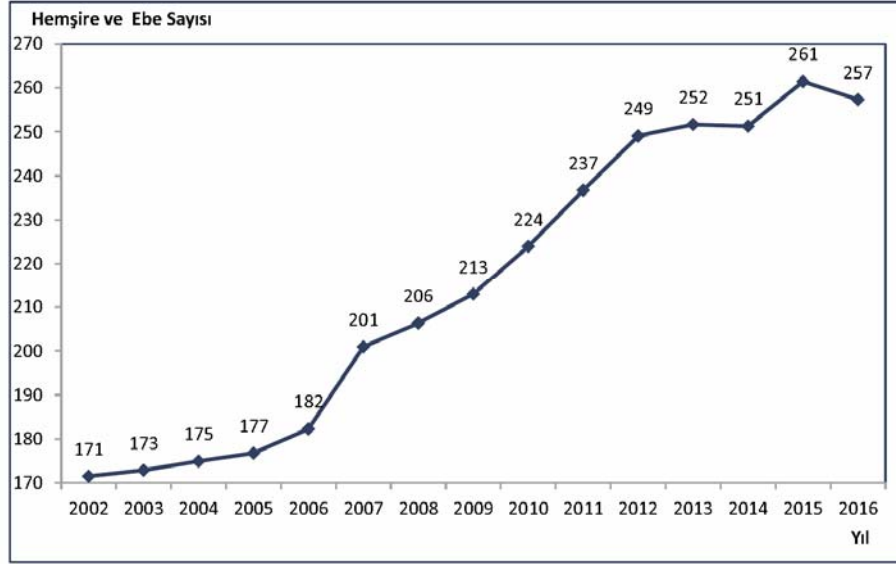
Tablo 2: Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları²¹

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt Yapılan	Toplam	Mezun Olan	
2002-2003	44	4.803	30.771	4.616	7.172
2013-2014	79	12.408	58.592	5.172	13.059
2014-2015	83	12.449	64.859	5.175	13.796
2015-2016	85	13.059	71.370	6.896	14.263
2016-2017	99	13.935	75.956	7.651	14.018

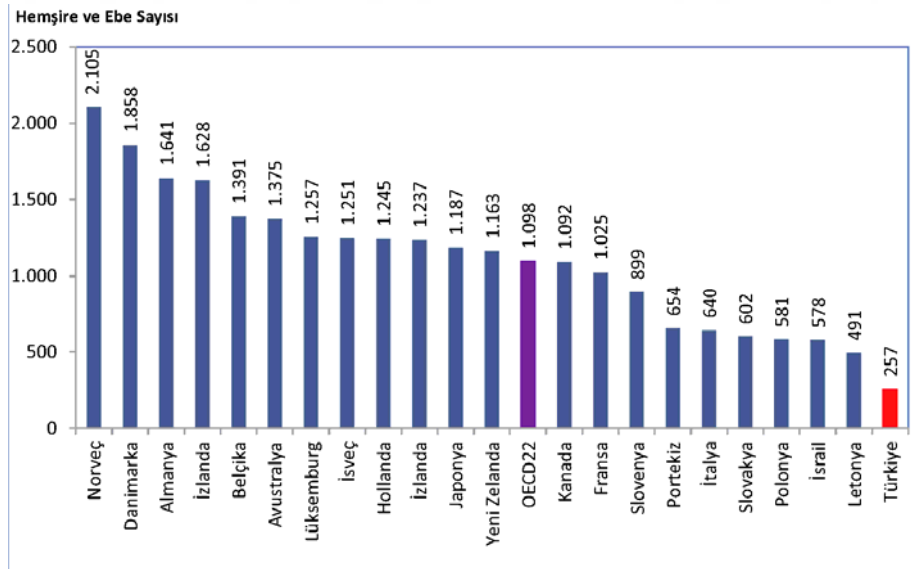
²⁰ SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016, s.205.

²¹ SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016, s.226.

Şekil 8’de sağlık sektörünün en önemli unsurlarından biri olan hemşireleri yıllara göre kişi başına oranları verilmektedir. Şekil 9’daki verilere göre 100 bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 170’ten 257’ye ulaşmakla birlikte uluslararası düzeyde karşılaştırıldığında henüz istenen düzeye ulaşmadığı da söylenebilir.



Şekil 8: Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları²²



Şekil 9: 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması²³

²² SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016, s.217.

²³ SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016, s.218.

1.2.5. Sağlık Finansman ve Harcamaları

Türkiye sağlık sisteminde 2006 yılına kadar parçalı, çok başlı, standart olmayan bir finansman sistemi (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Aktif Memurlar ve Yeşil Kart programları gibi) hakimdi. Ancak Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu (SDSGR) kapsamında 2006 yılında çıkarılan ve 2008 yılında uygulamaya konulabilen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunları ile sağlık finansman kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir (2006 yılında Resmi Gazetede yayınlanmasına karşın Anayasa Mahkemesinin Genel Sağlık Sigortası Kanununun bazı maddelerini iptal etmesi ve bazı maddelerinin de yürürlüğünü durdurması ve seçimler nedeniyle GSS'nin uygulamasına 1 Ekim 2008 tarihinde başlanmıştır). Mevcut durumda, SGK bünyesindeki GSS programı tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaktadır. Türkiye sağlık sistemi incelenirken özellikle de finansman boyutu incelenirken 2008 öncesi dönem ve 2008 sonrası dönem olmak üzere iki dönem halinde incelemekte fayda vardır.²⁴

2008 öncesi dönemde Türkiye’de üç büyük sosyal güvenlik kuruluşlarından biri olan BAĞ-KUR, 1479 Sayılı Yasa ile 1971 yılında kurulmuş ve serbest çalışanlara yönelik bir kapsam sağlamaktaydı. Başlangıçta sadece kentlerde yaşayan bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlayan BAĞ-KUR, 1983 yılında çıkarılan 2926 Sayılı Yasa ile kırsal kesimde bağımsız çalışan çiftçileri de kapsama almıştır. Ayrıca köy ve mahalle muhtarları ile yurt dışında çalışan Türkiye vatandaşlarının yanında olmayan eşleri, ev kadınları ve belirli bir işi olmayanlar da isteğe bağlı olarak BAĞ-KUR’un verdiği hizmetlerden yararlanabilmişlerdir. Başlangıçta üyelerine uzun vadeli sigorta kollarında malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası yapmakta iken, 1986 tarihinden itibaren 3235 Sayılı Yasa çerçevesinde 1479 sayılı Yasa kapsamındaki sigortalılarına da sağlık sigortası hizmeti vermeye başlamıştır.²⁵

Tüm mensuplar ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi olmak üzere aynı hakka sahip idiler. BAĞ-KUR’un sağlık sigortası planı geri ödeme temeline göre çalışmaktaydı.

²⁴ Yıldırım, a.g.e, s.55.

²⁵ Mehmet Tokat, Sağlık Ekonomisi, Eskişehir, AÖF Yayınları, 1993.

Bağ-Kur kendisi hizmet sunmamaktaydı, yalnızca diğer kamu hizmet kuruluşlarıyla sözleşmeler yaparak üyelerinin sağlık hizmeti giderlerini karşılamaktaydı. Üyeler hizmeti diğer kamu kuruluşlarından alıyordu ve daha sonra Bağ-Kur o kuruluşa hizmet bedelini ödüyordu. Fakat emekli üyeler ilaç giderlerinin %10'u ve aktif üyeler ve bağımlıları ise %20'si oranında kullanıcı katkıları ödemek zorundaydı. Ancak uzun dönemli ilaç tedavisi (örneğin kanser ve kronik hastalıklar) olduğu durumlarda Bağ-Kur üyesinden katkı bedeli ödemesi istenmezdi.²⁶

Emekli Sandığı, emekli kamu çalışanları ve bağımlılarına güvence sağlarken, aktif kamu çalışanlarının sağlık giderleri ise genel bütçeden karşılanmaktaydı. Emekli Sandığı emekli memurlara yönelik bir emekli fonudur ve sağlık sigortasını da içeren diğer faydaları sağlamaktaydı. Aktif memurlardan ya da emeklilerden toplanan özel bir sağlık sigortası primi yoktur. Program temel olarak devlet bütçesiyle finanse edilmekteydi. Emekli Sandığı emekli devlet memurlarının ve bağımlılarının tüm sağlık hizmeti ihtiyaçlarını finanse etmekle birlikte, sadece ilaç maliyetleri için kişilerden %10'luk bir pay almaktaydı. Ayrıca, ödeme gücü olmayan ve bunu kanıtlayan vatandaşların sağlık giderleri Yeşil Kart Programı kapsamında genel vergilerle finanse edilmekteydi. Yeşil Kart Programı ödeme gücü az olan ya da hiç olmayan yoksul kişilere sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bir mekanizma olarak ortaya çıkmıştır. 1992 yılında 3816 sayılı kanun ile yürürlüğe giren Yeşil Kart Programı hedef kitlesine ücretsiz sağlık hizmeti sunmuştur.²⁷

Yukarıda da ifade edildiği üzere sağlıkta dönüşüm kapsamında 2006 yılında yasalaşan GSS Programı 2008 yılında uygulanmaya başlanmış ve 2012 itibarıyla de SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Yeşil Kart bir çatı altında birleştirilmiştir. GSS reformu ile; parçalanmış bir yapıya sahip finansman sisteminden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelmek ve tüm nüfusu kapsam içine alacak evrensel bir sağlık kapsamı güvencesi sağlamak ve var olan sağlık güvencesi programlarını tek çatı altında birleştirmek amaçlanmıştır. Türkiye'nin GSS kapsamında sağlık hizmetleri finansmanında dört temel kaynak mekanizmasına sahip olduğu belirtilebilir Bu dört

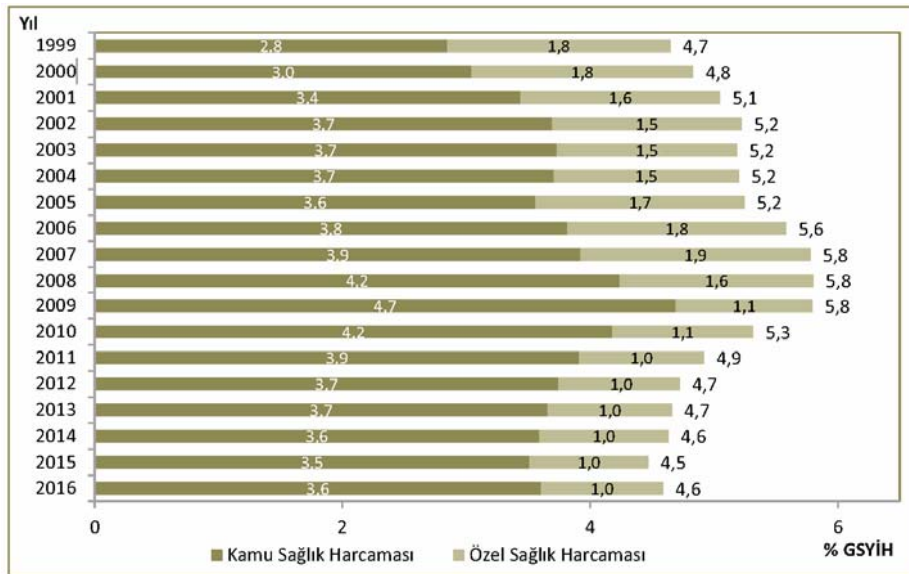
²⁶ Mehtap Tatar, Salih Mollahaliloğlu, Bayram Şahin, Sabahattin Aydın, Anna Maresso, Cristina Hernandez-Quevedo, Turkey Health System Review, Health Systems in Transition, 13(6), 2011, s.27

²⁷ Tatar vd., a.g.e., 2011, s.27.

kaynak mekanizması arasında sosyal primler ağırlıkta olduğu için Türkiye sağlık sisteminin Bismarck tipi bir yapılanmaya sahip olduğu belirtilebilir:²⁸

- Çalışan ve işverenlerin ödediği primler
- Vergiler (primini ödeyemeyen kesimlerin primleri, eğitim giderleri, sermaye yatırımları, GSS katkısı ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi)
- Doğrudan cepten ödemeler (katkı payları, enformal ödemeler)
- Özel sağlık sigortası primleri

Sağlık harcamalarında temel kriter gayrisafi yurt içi hasıladaki pay olarak kabul edilmektedir. Sağlık harcamalarının 1999-2016 yılları arasındaki seyri incelendiğinde sağlık harcamalarının genel olarak GSYİH içinde %4,7'lik paya sahip olduğu; 2003'ten 2010 yılına kadar bu oranın %5'i geçmekle birlikte 2012 yılından itibaren yeniden %4,7 düzeyine geldiği görülmektedir (Şekil 10). Aynı grafiğe göre 1999-2016 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarından daha yüksek olduğu ve 1999 yılında kamu sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarından %55 daha fazla olmasına karşın 2016 yılında bu oran %260 düzeyine çıkmıştır.



Şekil 10: 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması²⁹

²⁸ Yıldırım, a.g.e., s.57.

²⁹ SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016, s.235.

1.2.6. Ödeme Mekanizmaları

Sağlıkta ödeme yöntemleri çok genel olarak maaş, kişi başı ödeme, hizmet başı ödeme ve performans dayalı ödeme olmak üzere dört ana grupta ele alınmakta ve genellikle bunların bir karması kullanılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisi genellikle genel bütçe kuralları çerçevesinde gerçekleştirilmekte ve karma ödeme biçimleri kullanılmaktadır. Bu bağlamda sağlık bakanlığının üç ana finansal kaynağı bulunmaktadır. Birincisi, genel bütçeden bütçe kuralları çerçevesinde tahsis edilen kaynaklar. Bu kaynaklar ağırlıklı olarak personel ve yatırım giderleri ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi diğer giderler için kullanılmaktadır. İkincisi, sağlık bakanlığının kurum ve kuruluşlarından GSS mensubu kişilerin aldığı hizmetler karşılığı SGK’ nın global bütçe (götürü bedel üzerinden ödeme) çerçevesinde sağlık bakanlığına yaptığı ödemeler. SB bu kaynakları hastanelerine belirli kriterler çerçevesinde tahsis etmektedir. Üçüncüsü, sağlık bakanlığının kurum ve kuruluşlarından mal ve hizmet alan vatandaşların doğrudan ödemiş olduğu katkı paylarının kaynaklık ettiği döner sermaye gelirleridir. Döner sermaye gelirlerinin bir kısmı performansa dayalı ödeme kriterleri çerçevesinde kurumlara ve sağlık çalışanlarına tahsis edilmektedir. SGK hizmet sunucularına ödemelerde ağırlıklı olarak; global bütçe, paket fiyat ve hizmet başı ödeme yöntemlerini kullanmaktadır.³⁰

1.3. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Gerekçesi ve İçeriği

663 Sayılı KHK birinci maddesinde kararnamenin gerekçesi “Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemek” olarak ifade edilmiştir. Kararname on bir bölümden oluşmaktadır. İçerik olarak incelendiğinde birinci bölümden itibaren amaç, kapsam ve görevler, bakanlık teşkilatı, hizmet birimleri, kurullar, bağlı kuruluşlar, bağlı kuruluşların teşkilat yapısı sorumluluk ve yetkiler, hizmete ilişkin hükümler ve çeşitli ve son hükümler bölümlerinde teşkilat yapısının detaylarına yer verilmiştir.

³⁰ Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, “Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme”, Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama, Editörler: Mehmet Yıldız ve Mehmet Zahid Sobacı, Ankara, Adres Yayınları, 2015, ss.352-355.

663 Sayılı KHK ile “herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamayı, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesini, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini, uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesini, sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesini, sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunmasını, halka ulaştırılmasını ve fiyatlarının belirlenmesini, insan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarrufu sağlamayı ve verimi artırmayı, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamayı ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanmasını, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetilmesi ve politikaların belirlenmesi” hedeflenmiştir.³¹

Sağlıkta dönüşüm programının 2009 yılından itibaren ikinci aşamasına geçilmiş ve bu aşamadan itibaren tıbbî ürün ve hizmetlerin üretiminin teşvik edilmesi, serbest sağlık bölgeleri, sağlık turizmi ve sağlık insan gücü başlıkları altında süreç ele alınmıştır.³²

1.3.1. Tıbbî Ürün ve Hizmetlerin Üretiminin Teşvik Edilmesi

663 sayılı KHK ile tıbbî ürün ve hizmetlerin üretiminin teşvik edilmesi kayıt altına alınmıştır. Bu anlamda:³³

- Bakanlık, ileri teknoloji gerektirenler başta olmak üzere, ülkenin sağlık sektöründeki tıbbî cihaz, ürün, hizmet ve ilaç sanayisinin geliştirilmesine ve desteklenmesine yönelik politikaları belirler ve uygular. Bu amaçla girişimcileri

³¹ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011.

³² Yıldırım, a.g.e., 2013, s.70.

³³ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011.

yönlendirir, yerli sanayiye malî ve diğer teşvikleri uygulayabilir, yerli sanayinin teknolojik altyapı ve yeteneklerini araştırır, bunların geliştirilmesine yönelik önlemleri alır, gerektiğinde yurtdışından yerli sanayiye teknoloji transferi yapılmasını sağlar.

- Bakanlık ve bağlı kuruluşları, sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan tıbbî cihaz, ilaç ve diğer ürün ve hizmetlerin alımında mümkün olduğunca yurtiçi sanayi imkânlarından faydalanır, bu amaçla yurtiçi firmalara araştırma, geliştirme, ilk örnek ve seri üretim faaliyetlerini yaptırır. İhtiyaç halinde yerli ve yabancı gerçek ve tüzel kişilerle alım garantili sözleşmeler yapılabilir ve yedi yıla kadar gelecek yıllara yaygın yüklenmeye girişilebilir.

- Sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan tıbbî cihaz, ilaç ve diğer ürün ve hizmetlerin yurtdışından alınması ya da bu yönde yurtdışı kaynaklı yatırım yapılması durumunda, karşılığında satıcı firmadan yerli sanayi katılımı, Ar-Ge, teknolojik işbirliği ve off-set yükümlülüğü istenmesine ilişkin hususlar bakanlıkça düzenlenir.

1.3.2. Sağlık Serbest Bölgeleri

663 sayılı KHK ile “ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, 06/06/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde, sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usul ve esasların Bakanlar Kurulunca belirleneceği” hüküm altına alınmıştır.³⁴

Sağlık serbest bölgelerinin ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla 1998 yılında dönemin Sağlık Bakanı tarafından da savunulduğu görülmektedir. Bu uygulama ile son yıllarda popüler hale gelen sağlık turizmini geliştirmek ve yabancı doğrudan yatırımları ve sermaye girişini teşvik etmek amacı ön plandadır.³⁵

³⁴ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011.

³⁵ Bilal Erişoğlu, Türkiye’de İthal Hekim Tartışmaları, Toplum ve Hekim, 23(3), 2008, s.232.

1.3.3. Sağlık Turizmi

Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde üretimi, tüketimi ve bu bağlamda hastaların uluslararası düzeyde dolaşımı tarih boyunca her zaman var olan bir olgu olmuştur. Ancak özellikle son yıllarda ağırlıklı olarak bilgi ve iletişim teknolojisinin kaynaklık ettiği küreselleşme süreci ile birlikte bu dolaşım daha da artmış ve sağlık turizmi etiketi odaklı olarak ciddi bir pazar yaratılmıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu bazı ülkeler bu artan uluslararası hasta dolaşımı pastasından pay almak için son 15-20 yıldır ciddi girişimlerde bulunmaktadır.³⁶

1.4. 663 KHK ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı

Sağlık bakanlığına bağlı kurumların teşkilat yapısı 2003 yılına kadar 657 DMK ile yönetilmekteydi. 2003 yılında 4924 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile sözleşmeli sağlık personeli kadroları ihdas edilmeye başlanmıştır. Söz konusu uygulama çeşitli tartışmalara neden olmakla birlikte doğu ve güneydoğu bölgelerinde kalıcı olmasa da uzun süreli istihdamın yolunu açarak hizmete ulaşmada eşitlikçi bir yaklaşıma neden olduğu da söylenebilir.

Sağlıkta sözleşmeli personel uygulaması 4924 sayılı kanun, 657 sayılı DMK 4/B maddesi, 663 sayılı KHK ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile dört farklı şekilde uygulanmaktadır.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye (KHK) göre belirlenen hedefleri gerçekleştirmek üzere sağlık bakanlığı aşağıdaki görevleri yerine getirir:³⁷

- a) Strateji ve hedefleri belirler; planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar.
- b) Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar.

³⁶ Sıdika Kaya, Hasan Hüseyin Yıldırım, Seda Karsavuran ve Özlem Özer, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013, Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s.5.

³⁷ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011.

- c) Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular.
- ç) Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür.
- d) Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır.
- e) İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular.
- f) Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır.

663 sayılı KHK'da sağlık bakanlığının sağlık sistemini yönetme ve politika belirleme görevleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:³⁸

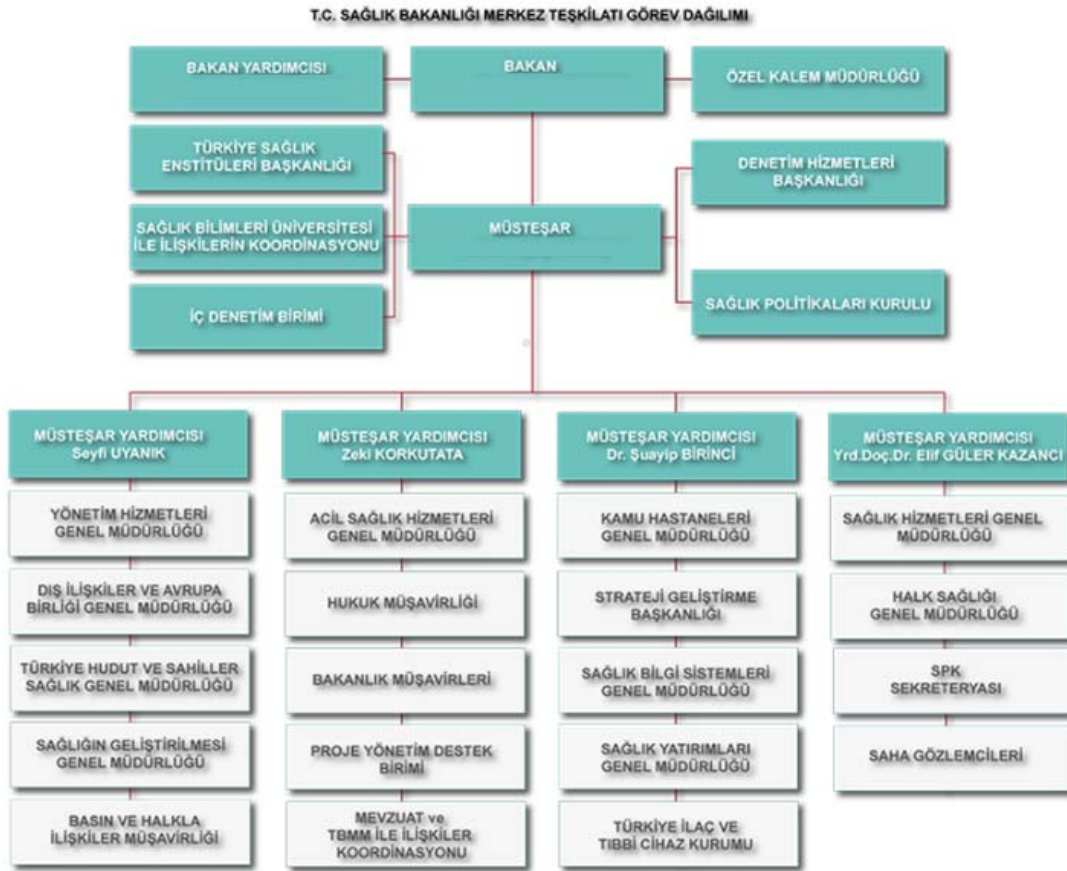
- a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi;
- b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi;
- c) Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi;
- ç) sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi;
- d) Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi;
- e) İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması;

³⁸ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011.

- f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler.

1.4.1. Bakanlık Hizmet Birimleri

Sağlık bakanlığı teşkilatı merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlardan meydana gelmektedir (Şekil 11).³⁹



Şekil 11: Teşkilat Şeması⁴⁰

³⁹ Sağlık Bakanlığı, 10 Mayıs 2018 tarihinde <http://saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> adresinden erişildi.

⁴⁰ Sağlık Bakanlığı, 10 Mayıs 2018 tarihinde <http://saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> adresinden erişildi.

1.4.2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Aile hekimliği uygulaması 9091 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile düzenlenmiş olup aile hekimi “kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.” olarak tanımlanmıştır. Aile sağlığı elemanı da aynı kanunda “aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır.”⁴¹ diye yer bulmuştur. Yerelleştirme ağırlıklı yaratılmaya çalışılan minimal devlet için “aile hekimliği” modeli önemli bir araç olmuştur. “Aile hekimliği” modeli bireyi temel alan bir yaklaşımdır. Hizmet sunumu ise kamu görevlisi ile değil, girişimci hekim vasıtasıyla yürütülmektedir.⁴²

Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sisteminde yapmayı planladığı köklü değişikliklerin temeline kendisinin yaptığı AH tanımını yerleştirmesi, özellikle halk sağlığı anabilim dallarının karşı çıkmasına ve sanki aile hekimleri sadece genel sağlık sigortası varsa varmış ve hatta AH sosyalizasyon sistemine bir alternatifmiş gibi tavır almalarına neden olmuştur. Bu düşüncelere kendi mesleki alanlarına girileceği endişesini taşıyan bazı klinik uzmanları da katılmakla birlikte, uzmanlığının ikinci basamak uzmanlığı olduğu bilinci ve sorumluluğunu taşıyan uzman hekimlerin sayıca fazlalığı nedeniyle çok aktif olamamaktadırlar.⁴³

Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olan personel kendisinin vazgeçmesi veya herhangi bir suretle sözleşmesinin sona ermesi halinde, ücretsiz izine ayrıldığı görevine kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın geri dönebilmektedir. Bu şekliyle, aile hekimliği modeli kadro karşılığı sözleşmeli personel

⁴¹ Resmi Gazete, 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu, 2004.

⁴² Faruk Ataay, Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, Amme İdaresi Dergisi, 41(3), 2008, s.170

⁴³ Kürşat Algın, İsmet Şahin ve Mehmet Top, Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorun ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3), 2004, s.253.

istihdamı olarak düşünülse bile esnekleşme, yabancılaşma ve performansa dayalı sözleşmeli çalışmanın bir başka yolu olarak görülmektedir.⁴⁴

1.4.3. Kamu Hastane Birlikleri

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile “Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur” (Madde 29). 663 sayılı KHK’nın “kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir” kamu hastane birliklerinin yasal dayanağı oluşmuştur.⁴⁵

663 sayılı KHK’nın 30. Maddesine göre kamu hastaneler birliklerinin teşkilat yapısı genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Hastane yöneticilikleri birliğe bağlı hastanelerin yöneticilerini ifade etmektedir. Şekil 12’de kamu hastaneleri birliğinin teşkilat yapısı gösterilmiştir.

⁴⁴ B. Nazım Yılmaz, Aile Hekimliği: Hekim Emeginin Değersizleşmesi ve Esnekleşmesi, Toplum ve Hekim, 24(2), 2009, s.159.

⁴⁵ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011.



Şekil 12: Kamu Hastaneler Birliği⁴⁶

1.4.3.1. Sözleşmeli Personel

663 Sayılı KHK ile sözleşmeli personel uygulaması bir anlamda özel sektör işletmelerine benzetilmektedir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatı olarak her ilde en az bir adet olmak üzere, o ildeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının dâhil edileceği Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) kurulmuştur. Ticari işletme anlayışı olarak görülen bu yaklaşımın özünü ise üst düzey yöneticilerin hizmet sözleşmesiyle istihdam edilmesi ve performanslarına göre ücretlendirilmeleri oluşturmaktadır. Zira 663 sayılı KHK ile genel sekreter, tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanı, hastane yöneticileri vb. (Tablo daha önce kamu veya özel sektörde çalışmış olmak şartıyla sözleşmeli olarak istihdam edilebilmektedir.⁴⁷

⁴⁶ SASAM Enstitüsü, Kamu Hastane Birlikleri (Saha Araştırması), Ankara, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2015, s.35.

⁴⁷ Veysel Eren ve Musa Eken, Kamu Personel Rejiminde Reform Arayışları, İçinde: Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar, Editörler: Şinasi Aksoy, Yılmaz Üstüner, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul, 2007, s.184.

Tablo 3: 663 Sayılı KHK ile Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayıları⁴⁸

Pozisyon Unvanı	Sayı
Genel sekreter	100
Tıbbi hizmetler başkanı	100
İdari hizmetler başkanı	100
Mali hizmetler başkanı	100
Uzman	2000
Hastane yöneticisi	500
Başhekim	850
Müdür	1700
Başhekim yardımcısı	2000
Müdür yardımcısı	2400
Büro görevlisi	450
TOPLAM	10300

Sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmelerinin ayrılmaz parçasının “performans ölçütleri” olarak belirlenmesi ve bunun da 663 sayılı KHK’nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında yer aldığı gibi “başarı” ölçütüne bağlanması kamu hastanelerine ekonomik birer işletme özelliği kazandırılacağı ve kâr güdüsü ile hareket edileceğinin göstergesidir. Söz konusu olan KHK’nın 45. maddesinde yer alan ve “sözleşmeli uzman” çalıştırılması düzenleyen bir diğer husus ise, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında özel bilgi ve ihtisas gerektiren nitelikli bir işin yapılması veya proje hazırlanması veya yürütülmesi için 657 sayılı kanun ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın proje süresince ve her halde üç yıla kadar sözleşme ile yerli ve yabancı uzman çalıştırılabilmesidir.

1.4.3.2. Vekil Personel İstihdamı

657 sayılı DMK 86. “memurların kanuni izin, geçici görev, disiplin cezası uygulaması veya görevden uzaklaştırma nedenleriyle işlerinden geçici olarak ayrılmaları halinde yerlerine kurum içinden veya diğer kurumlardan veya açıktan vekil atanabilir. Bir görevin memurlar eliyle vekâleten yürütülmesi halinde aylıksız vekâlet

⁴⁸ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011

asıldır. Ancak, ilkokul öğretmenliği (yaz tatili hariç), tabiplik, diş tabipliği, eczacılık, köy ve beldelerdeki ebeler ve hemşirelik, mühendis ve mimarlık, veterinerlik, vaizlik, Kur'an kursu öğreticiliği, imam-hatiplik ve müezzin-kayyımlığa ait boş kadrolara Maliye Bakanlığının izni ile açıktan vekil atanabilir.”⁴⁹ hükmü vekil personel istihdamının önünü açmaktadır. 663 sayılı KHK ile yapılan düzenlemelerden biri de vekil ebe/hemşireler ile ilgilidir. 663 sayılı KHK'nın geçici 11. maddesi ile “Sağlık Bakanlığında 657 sayılı kanunun 86. maddesine göre vekil ebe/hemşire olarak en az bir yıldan beri çalışmakta olan ve anılan kanunun 48. maddesinde belirtilen genel şartları taşıyanlardan KHK'nın yayımı tarihinden itibaren otuz gün içinde yazılı olarak başvuranlar, çalıştığı pozisyon unvanlarına göre, 657 sayılı kanunun 4/B maddesi kapsamında vizelenecek ebe/hemşire unvanlı sözleşmeli personel pozisyonlarına geçirilir” hükmü ile atanmalarına imkân tanınmıştır.⁵⁰ Bu çerçevede Sağlık Bakanlığında vekil ebe/hemşire olarak çalışan yaklaşık 3 bin kişinin 4/B'li olarak atanmasına olanak tanınmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nda vekâlet uygulaması, köy ve belde yerleşimlerinde vekâlet devam etmektedir.

1.4.3.3. Yabancı Sağlık Personeli İstihdamı

Türkiye’de optimal hekim sayısının ne olması gerektiği, var olan hekim sayısının yeterli olup olmadığı, niteliğin mi yoksa niceliğin mi ön planda olması gerektiğine ilişkin tartışmalar uzunca bir dönem gündemi işgal etmiş olmakla beraber hükümet ve meslek kuruluşları arasında bir anlaşma sağlanamamıştır.⁵¹

663 sayılı KHK'nın 58. maddesiyle 11.04.1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 4. maddesinde yer alan "Türk hekimlerinin" ifadesi "hekimlerin" şeklinde değiştirilmiş ve Türkiye’de yabancı hekim çalıştırılmasının önü açılmıştır. Yine, 25 Şubat 1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 3. maddesi “Bu Kanun hükümlerine göre hemşire unvanı kazanmış

⁴⁹ Resmi Gazete, 4179 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 1965.

⁵⁰ RG, 663 sayılı ... KHK, 2011

⁵¹ Mustafa Serdar Sezer ve Mete Yıldız, Türkiye’de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri, Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 11(3), Ankara, 2009, s.49.

olanların dışında hiç kimse Türkiye’de hemşirelik mesleğini icra edemez” şeklinde değiştirilerek yabancı hemşire çalıştırmanın önündeki engeller de kaldırılmıştır.⁵²

663 sayılı KHK ile rekabeti engelleyen uygulamaların ortadan kaldırılması, yabancı sermaye yatırımlarına izin verilmesi ve sağlık sektörünün alt yapısının yabancılara açılması hedefine yönelik düzenleme ile piyasanın önündeki engellerin kaldırılması ve özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesinin kolaylaştırılması hedeflenmiş ve yabancı hekim ve hemşirelik önündeki engeller kaldırılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yeni bir yönetmelik ile Türkiye’de mesleklerini icra etmek isteyen yabancı sağlık mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir.⁵³

1.5. 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Gerekçesi Ve İçeriği

Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname olarak 25 Ağustos 2017 tarihinde Resmi Gazetede 694 karar sayısı ile yayımlanan ve kısaca 694 KHK olarak ifade edilen kararnamenin 184-194 maddeleri 663 sayılı KHK’da değişiklikleri içermektedir.⁵⁴

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 184. maddesinde 663 sayılı KHK’nın 7-1. maddesine “g) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü” ve “ğ) Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü” bentleri eklenmiştir.⁵⁵

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 185. maddesinde 663 sayılı KHK’nın 14. Maddesine 14/A ve 14/B maddeleri eklenmiştir. 14/A maddesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün görevleri, 14/B maddesinde Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün görevleri tanımlanmıştır.⁵⁶

⁵² RG, 663 sayılı ... KHK, 2011.

⁵³ İpek Özkal Sayan ve Aziz Küçük, Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 67(1), 2012, s.198.

⁵⁴ RG, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2017

⁵⁵ RG, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2017

⁵⁶ RG, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2017

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 186. maddesinde 663 sayılı KHK'nın 23. maddesinin a bendi "a) Müsteşar veya görevlendireceği müsteşar yardımcısı, Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürleri veya görevlendirecekleri birer yardımcılar ile 1. Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği bir hukuk müşaviri," olarak değiştirilmiştir.⁵⁷

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 187. maddesinde 663 sayılı KHK'nın 25. Maddesinde alt 6 madde 5 maddeye düşürülerek 1) taşra teşkilatı kurma görevi bakanlık ve bağlı kuruluşlara devredilmiş; 2) il veya ilçe yönetim birimlerinde il sağlık müdürlüklerine ek olarak ilçe sağlık müdürlükleri de görevlendirilmiş; 3) il sağlık müdürlüklerine personel görev dağılımı, görev ve nakil yetkisi verilmiş; 4) acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi faaliyetleri yalnızca il sağlık müdürlüğüne devredilmiş; 5. Maddede değişiklik yapılmamış; ilçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları kurulmasına ilişkin 6. Madde 694 sayılı KHK'da yer almamıştır.⁵⁸

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 188. maddesinde 663 sayılı KHK'nın 25. maddesinden sonra gelmek üzere 25/A maddesi eklenerek hastanelerin yönetimi ve denetimi" hükümleri yer almaktadır. Söz konusu maddede "hastanelerin başhekim tarafından yönetileceği" ve "başhekime bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinin kurulacağı", "başhekim yardımcılıklarının il sağlık müdürü tarafından belirleneceği"; "tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri" çerçevesinde "altı aylık ve bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulacağı" ve "il düzeyinde A, B, C, D, E olmak üzere beş grup hastane belirleneceği" ifade edilmektedir. Bu maddede çarpıcı olan husus ise il sağlık müdürü ve ilgili başkanın D grubunda aldığı hastaneyi üçüncü değerlendirme sonucunda; E grubunda aldığı hastaneyi ikinci değerlendirme sonucunda üst gruba çıkaramamış olması durumunda görevden alınacağı; söz konusu durumların sadece hastane ölçeğinde olması durumunda ise başhekimin görevine son verileceği kararıdır.

⁵⁷ RG, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2017

⁵⁸ RG, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2017

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 189. maddesinde 663 sayılı KHK'nın 35. maddesinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü teşkilat yapısı için “beşer başkan yardımcılığı, daire başkanlıkları, ihtiyaca göre kurulacak danışma ve denetim birimleri ile strateji geliştirme daire başkanlıklarından meydana gelir” ifadesi yerine Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü teşkilat yapısı için “genel müdür, iki genel müdür yardımcılığı, daire başkanlıkları, strateji geliştirme daire başkanlığı” ifadesi getirilmiştir. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu teşkilat yapısı için “danışma birimleri” teşkilat yapısı korunmuştur. 663 KHK'nın 35. Maddesinin 3, 4 ve 5. maddeleri 694 KHK'da yer almamıştır.

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 190. maddesinde 663 sayılı KHK'nın 42. maddesi “atama” başlığı yerine “atama, personelin niteliği ve mali haklar” şeklinde değiştirilmiştir. 694 sayılı KHK'nın 190 ve 194. Maddelerinde, 663 KHK'nın II sayılı cetvelindeki pozisyonlar ve pozisyon sayıları aşağıdaki gibi değiştirilmiştir.

<u>Pozisyon</u>	<u>663 sayılı KHK</u>	<u>694 sayılı KHK</u>
İl sağlık müdürü	-	81
İlçe sağlık müdürü	-	700
Başkan	-	400
Başkan yardımcısı	-	600
Genel sekreter	100	-
Tıbbi hizmetler daire başkanı	100	-
İdari hizmetler daire başkanı	100	-
Mali hizmetler daire başkanı	100	-
Büro görevlisi	450	-
Hastane yöneticisi	500	-
Uzman	2000	1600
Başhekim	850	850
Müdür	1700	1600
Başhekim yardımcısı	2000	2000
Müdür yardımcısı	2400	2000
TOPLAM	10300	9831

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 190. Maddesine göre II sayılı cetvelde yer alan personelin “en az lisans eğitimi veren yükseköğretim kurumlarından mezun olma ve 657 sayılı kanunun 48. maddesinde sayılan genel şartları taşımaları”

koşuluyla “sözleşmeli personel” olarak istihdam edileceği belirtilmiştir. Ayrıca “il ve ilçe sağlık müdürlerinin tabip olması; il sağlık müdürü, başkan, başkan yardımcısı, başhekim ve müdürlerin kamu veya özel sektörde en az beş yıl görev yapmış olması; ilçe sağlık müdürü, uzman ve müdür yardımcılarının ise en az üç yıl iş tecrübesine sahip bulunması; eğitim ve araştırma hastane başhekimlerinin eğitim görevlisi tabip olması veya tıp, hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip olması; yatak sayısı 100’ün altında olan hastane başhekimlerinin tabip olması; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması” koşulları getirilmiştir. 694 sayılı KHK’nın 190. maddesinde en dikkat çekici hususlardan birisi de sözleşmenin sona erdirilmesi veya yenilenmesinin performans hedeflerine bağlı olarak gerçekleşeceğinin ve daha da önemlisi il sağlık müdürünün başarısızlık nedeniyle sözleşmesinin sona erdirilmesi durumunda bağlı başkan ve yardımcıları, ilçe sağlık müdürleri ve başhekimlerin sözleşmelerinin de sona erdirilmesidir. Başarısızlık nedeniyle başhekimin sözleşmesinin sona erdirilmesi durumunda başhekim yardımcıları, müdür ve yardımcılarının sözleşmeleri de kendiliğinden sona erecektir. 694 KHK 190. maddesinin diğer fıkra ve bentlerinde II sayılı cetvelde yer alan personelin özlük hakları, yer değiştirme ve görevden ayrılmaları, çalışma süresi, görevlendirmeleri, yasaklı oldukları işler, istisnai durumlara ilişkin hükümler yer almaktadır.

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 191. maddesinde 663 sayılı KHK’nın 51. Maddesinin ikinci fıkrasından sonra bir fıkra eklenerek üçüncü fıkranın yeri değiştirilmiştir. Söz konusu ekleme ile bakanlığın yurt dışındaki sağlık hizmetlerine yer verilmiştir. Yurt dışında sağlık hizmet birimlerinin kurulup işletilebileceği; ulusal veya uluslararası sivil toplum kuruluşları, finans ve yardım kuruluşları ile işbirliği ve ortak çalışma yapılabileceği; yapılacak ödemeler ile ilgili hususların bakanlar kurulunca belirleneceği” hükümlerine yer verilmiştir.

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 192. maddesine göre 190 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin I sayılı cetvelinde yer alan Türkiye Halk Sağlığı

Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kadroları ile birlikte cetvelden çıkarılmıştır.

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 193. maddesine göre 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye geçici 15. madde eklenmiştir. Geçici madde ile birlikte 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin uygulamaya geçişi, teşkilat yapısından çıkarılan birimlerin maddi unsurlarının nasıl değerlendirileceği; alacak ve borçlarının durumu, personelinin nasıl istihdam edileceği, taşınır ve taşınmaz malların nasıl değerlendirileceğine açıklık getirilmiştir.

Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile illerde görevlerde duplikasyonlar, çok başlılık, yetki çatışması, hizmetlerin yavaşlaması vb. nedenlerden dolayı 663 sayılı kararnameden dönüş yapıldığı görülmektedir.⁵⁹

⁵⁹ RG, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2017

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINA İLİŞKİN 663 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMEDE ESKİYE DÖNÜŞÜN NEDENLERİ HAKKINDA SAĞLIK YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Reformu ile geçmişten günümüze kadar gerçekleşen değişimin nedenlerini belirlemektir. Daha sonra Teşkilat Yapısındaki 663 sayılı kararnamenin öncesi ve sonrası karşılaştırılarak, 694 sayılı kararnamedeki Teşkilat Yapısında gerçekleşen değişimler hakkında sağlık yöneticilerinin görüşlerini öğrenmektir.

2.2. Araştırmanın Önemi

Türkiye’deki sağlık sistemi ve teşkilat yapısında 2011 yılında 663 sayılı KHK ile yapılan değişikliklerin 2017 yılında 694 sayılı KHK ile değiştirilmesinin nasıl algılandığı, memnuniyet veya memnuniyetsizlik durumları yeni sistemin başarısı için önemli olduğundan araştırmaya değer görülmüştür.

2.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın Evrenini, Türkiye’deki T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı, 100 yatak ve üzeri il merkezlerindeki hastanelerin sağlık yöneticilerinden oluşmaktadır. Çalışmanın Örneklemine, 2017-2018 yılında 500 sağlık yöneticisini hedef alarak, online sistemden e-mail gönderilerek ve yüz yüze görüşmeler yapılarak anket çalışması yapılacaktır.

$$n_0 = \frac{t^2 \times s^2}{d^2} \quad n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n_0 = \frac{(1,96)^2 \times (0,5)^2}{(0,05)^2} = 384,16 \quad n = \frac{384,16}{1 + \frac{384,16}{6450}} = 363$$

2.4. Araştırmanın Kapsamı, Varsayımları ve Sınırlılıkları

Sağlık Bakanlığı 2017 verilerine göre 100 yatak üzeri il hastanelerinde yaklaşık 3000 sağlık yöneticisi (başhekim, başhekim yardımcıları, idari ve mali hizmetler müdürü, sağlık bakım ve hizmetleri müdürlüğü, kalite ve destek birimi müdürü ve müdür yardımcıları) görev yapmaktadır. Bunların tamamına e mail, posta ve yüz yüze görüşme yapılmaya çalışılmıştır. Toplamda 1370 anket dönmüş, ancak zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeniyle mart ve nisan aylarında gelen 500 anket değerlendirmeye alınmıştır.

2.5. Hipotezler

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

H1: Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H2: Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H3: Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H4: Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H5: Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H6: Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler kamudaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H7: Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler toplam çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

2.6. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada; betimleyici yöntem kullanılarak sağlık yöneticilerinin (Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Sağlık Bakım ve Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü, Müdür Yardımcıları) 694 sayılı KHK hakkındaki görüşleri araştırılmıştır. Veriler online (e mail) anket yöntemi ile toplanmıştır.

2.7. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket sorularının oluşturulmasında uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Araştırmada veri toplama amacıyla hazırlanan anket formu araştırmacının görev yaptığı kurumdaki sağlık yöneticilerine sunulurken anlaşılabilirliği kontrol edilmiştir. Geri dönüt alındıktan sonra ifadelerde uygun değişiklikler yapıldıktan sonra ankete son şekli verilmiştir. Anket uygulaması öncelikle yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmış; ancak daha hızlı olması ve maliyetinin düşürülmesi amacıyla Türkiye Geneline Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlara e-mail adreslerinden anketler gönderilerek sağlık yöneticilerine sosyal medya üzerinden ulaştırılmıştır.

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımları ile gösterilmiştir. Kanun Hükmünde Kararnameler hakkındaki görüşlere ait puanların cinsiyet, medeni durum ve görev yaptıkları hastane hizmet türüne göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden; yaş, öğrenim düzeyi, kurumdaki hizmet süresi ve toplam çalışma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Scheffe post hoc testinden yararlanılmıştır.⁶⁰ Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ($p<0,05$) olarak belirlenmiştir.

⁶⁰ Sait Gürbüz ve Faruk Şahin, Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 3.Baskı. Ankara. Seçkin Yayınları, 2014.

Kanun hükmünde kararname hakkındaki görüşlere ait betimsel istatistikler incelenirken beşli likert tipindeki seçeneklere verilen cevapların ortalamaları aşağıdaki gibi düzeylere bölünerek açıklanmaya çalışılmıştır. Düzey belirlenirken öncelikle en yüksek puandan (5), en düşük puan (1) çıkarılarak elde edilen puan (4) seçenek sayısına (5) bölünmüş ve puan aralığı 0,80 olarak tespit edilmiştir. Ardından en düşük puandan başlanarak (1) 0,80 eklenip puan düzeyleri elde edilmiştir.

<u>Seçenek puanı</u>	<u>Ortalama puan aralığı</u>	<u>Puan düzeyi</u>
1	1,00-1,80	Kesinlikle katılmıyorum
2	1,81-2,60	Katılmıyorum
3	2,61-3,40	Fikrim yok
4	3,41-4,20	Katılmıyorum
5	4,21-5,00	Kesinlikle katılıyorum

2.9. Bulgular ve Değerlendirme

Tablo 4: Sağlık yöneticilerinin kişisel özelliklerine göre dağılımı

Demografik			
Özellik	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	161	32,2
	Erkek	339	67,8
Yaş	26-35 yaş	103	20,6
	36-45 yaş	280	56,0
	46-50 yaş	75	15,0
	51 yaş ve üzeri	42	8,4
Medeni durum	Bekar	77	15,4
	Evli	423	84,6

Tablo 4: (Devamı) Sağlık yöneticilerinin kişisel özelliklerine göre dağılımı

Demografik Özellik	Gruplar	n	%
Öğrenim düzeyi	Lisans	64	12,8
	Yüksek lisans	212	42,4
	Doktora	224	44,8
Aylık gelir	10.000TL'den az	310	62,0
	10.000TL ve üzeri	190	38,0
Hastane hizmet türü	Genel hizmet	477	95,4
	Özel dal	23	4,6
Yatak sayısı	400 yataktan az	80	16,0
	401-500 yatak	246	49,2
	501 yatak ve üzeri	174	34,8
Bölge	Marmara	57	11,4
	Ege	64	12,8
	Akdeniz	128	25,6
	İç Anadolu	45	9,0
	Karadeniz	69	13,8
	Güneydoğu Anadolu	71	14,2
	Doğu Anadolu	66	13,2
Kamudaki hizmet süresi	15 yıl ve daha az	123	24,6
	16-20 yıl	189	37,8
	21 yıl ve üzeri	188	37,6
Pozisyondaki süre	1 yıl ve daha az	108	21,6
	2-5 yıl	274	54,8
	6-10 yıl	99	19,8
	11 yıl ve üzeri	19	3,8

Araştırmaya katılan 500 sağlık yöneticisinin %32,2'si kadın, %67,8'i erkektir. Sağlık yöneticilerinin %20,6'sı 26-35 yaş, %56'sı 36-45 yaş, %15'i 46-50 yaş aralığında, %8,4'ü 51 yaş ve üzerinedir. Sağlık yöneticilerinin %15,4'ü bekâr, %84,6'sı evlidir. Sağlık yöneticilerinin %12,8'i lisans, %42,4'ü yüksek lisans, %44,8'i doktora düzeyinde öğrenim görmüştür. Sağlık yöneticilerinin %62'sinin aylık geliri 10.000TL'den az, %38'inin 10.000TL ve üzerindedir. Sağlık yöneticilerinin %95,4'ü genel hizmet türünde hastanelerde, %4,6'sı özel dal hastanelerinde görev yapmaktadır. Sağlık yöneticilerinin %16'sı 400 ve daha az yataklı hastanede, %49,2'si 401-500 yataklı hastanede, %34,8'i 501 ve daha fazla yataklı hastanede görev yapmaktadır. Sağlık yöneticilerinin %11,4'ü Marmara, %12,8'i Ege, %25,6'sı Akdeniz, %9'u İç Anadolu, %13,8'i Karadeniz, %14,2'si Güneydoğu Anadolu, %13,2'si Doğu Anadolu

bölgelerindeki hastanelerde görev yapmaktadır. Sağlık yöneticilerinin %24,6'sının kamudaki hizmet süresi 5-15 yıl, %37,8'inin 16-20 yıl, %37,6'sının 21 yıl ve üzerindedir. Sağlık yöneticilerinin %21,6'sının bulunduğu pozisyondaki çalışma süresi 1 yıl ve daha az, %54,8'inin 2-5 yıl, %19,8'inin 6-10 yıl, %3,8'inin 11 yıl ve üzerindedir (Tablo 4).

Tablo 5: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlere Ait Betimsel İstatistikler

Görüşler	$\bar{X}$	SS	Katılım Düzeyi
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	3,90	0,53	Katılıyorum
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	3,93	0,39	Katılıyorum
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu arttırmıştır.	3,16	1,23	Fikrim yok
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	4,21	0,44	<i>Kesinlikle katılıyorum</i>
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	4,04	0,74	Katılıyorum
6. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	3,72	0,95	Katılıyorum
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	2,83	1,02	Fikrim yok
8. Sağlıkta dönüşüm programı'nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	3,34	0,92	Fikrim yok
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	4,82	0,41	<i>Kesinlikle katılıyorum</i>
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK'de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	4,80	0,44	<i>Kesinlikle katılıyorum</i>
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	4,59	0,70	<i>Kesinlikle katılıyorum</i>
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	4,34	1,09	<i>Kesinlikle katılıyorum</i>
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	2,15	0,55	<i>Katılmıyorum</i>
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	1,86	0,47	<i>Katılmıyorum</i>
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmelidir.	3,78	0,61	Katılıyorum
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	2,76	0,98	Fikrim yok

Tablo 5: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlere Ait Betimsel İstatistikler

Görüşler	$\bar{X}$	SS	Katılım Düzeyi
17. 694 sayılı KHK’da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	3,97	0,34	Katılıyorum
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye’ de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	3,80	0,68	Katılıyorum
19. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	2,49	0,87	Katılmıyorum
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu arttırmıştır.	3,05	0,99	Fikrim yok
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	3,83	0,60	Katılıyorum
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	3,78	0,63	Katılıyorum
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	4,00	0,31	Katılıyorum
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum.	2,33	0,66	Fikrim yok
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir.	3,16	1,02	Fikrim yok
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	2,79	1,01	Fikrim yok

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkında sağlık yöneticilerinin görüşleri incelendiğinde “Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.” ($4,82 \pm 0,41$), “Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK’de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim” ($4,80 \pm 0,44$), “Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.” ($4,59 \pm 0,70$), “Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.” ($4,34 \pm 1,09$) ve “Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir” ($4,21 \pm 0,44$) görüşlerine katılımın “kesinlikle katılıyorum” düzeyinde olduğu tespit edildi. “663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.” ($2,49 \pm 0,87$), “Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum” ($2,33 \pm 0,66$), “Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.” ($2,15 \pm 0,55$) ve “Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.

Tablo 6: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

Görüşler	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	Kadın	161	3,93	0,53	0,74	0,458
	Erkek	339	3,89	0,53		
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	Kadın	161	3,94	0,46	0,64	0,524
	Erkek	339	3,92	0,35		
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu arttırmıştır.	Kadın	161	3,29	1,21	1,70	0,090
	Erkek	339	3,09	1,24		
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	Kadın	161	4,13	0,43	-2,83	0,005
	Erkek	339	4,25	0,43		
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	Kadın	161	3,93	0,77	-2,17	0,030
	Erkek	339	4,09	0,73		
6. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	Kadın	161	3,60	1,00	-1,94	0,052
	Erkek	339	3,78	0,92		
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	Kadın	161	2,75	1,00	-1,21	0,226
	Erkek	339	2,87	1,03		
8. Sağlıkta dönüşüm programı'nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	Kadın	161	3,32	0,91	-0,32	0,749
	Erkek	339	3,35	0,92		
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	Kadın	161	4,80	0,43	-0,86	0,390
	Erkek	339	4,83	0,40		
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK'de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	Kadın	161	4,75	0,51	-1,78	0,075
	Erkek	339	4,83	0,39		
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	Kadın	161	4,53	0,77	-1,32	0,186
	Erkek	339	4,62	0,66		
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	Kadın	161	4,29	1,11	-0,74	0,459
	Erkek	339	4,36	1,08		
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	Kadın	161	2,10	0,48	-1,37	0,171
	Erkek	339	2,17	0,58		
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	Kadın	161	1,86	0,52	0,11	0,912
	Erkek	339	1,86	0,44		
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmelidir.	Kadın	161	3,72	0,69	-1,60	0,110
	Erkek	339	3,81	0,57		
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	Kadın	161	2,76	0,98	0,03	0,975
	Erkek	339	2,76	0,98		
17. 694 sayılı KHK'da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	Kadın	161	3,99	0,37	0,99	0,323
	Erkek	339	3,96	0,32		
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye' de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	Kadın	161	3,76	0,73	-0,91	0,364
	Erkek	339	3,82	0,66		
19. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	Kadın	161	2,47	0,86	-0,46	0,643
	Erkek	339	2,50	0,87		
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu arttırmıştır.	Kadın	161	3,09	0,98	0,51	0,608
	Erkek	339	3,04	0,99		

Tablo 6: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

Görüşler	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	Kadın	161	3,76	0,67	-1,76	0,079
	Erkek	339	3,86	0,56		
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	Kadın	161	3,73	0,68	-1,40	0,162
	Erkek	339	3,81	0,61		
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	Kadın	161	3,98	0,36	-0,83	0,404
	Erkek	339	4,01	0,28		
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum	Kadın	161	2,32	0,67	-0,12	0,907
	Erkek	339	2,33	0,66		
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir	Kadın	161	3,09	1,00	-0,95	0,341
	Erkek	339	3,19	1,03		
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	Kadın	161	2,78	1,00	-0,05	0,959
	Erkek	339	2,79	1,02		

“Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.” ($t=-2,83$; $p<0,05$) ve “694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.” ($t=-2,17$; $p<0,05$) görüşlerine ait puanların sağlık yöneticilerinin cinsiyetine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (Tablo 6):

- Erkek sağlık yöneticilerinin sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin yükseldiği görüşüne ait puanları ($4,25\pm0,43$), kadın sağlık yöneticilerinin puanlarından ($4,13\pm0,43$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Erkek sağlık yöneticilerinin 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticilerin fikirlerine önem verildiği görüşüne ait puanları ($4,09\pm0,73$), kadın sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,93\pm0,77$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkındaki diğer görüşlere ait puanların cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

H1 (2 madde KABUL 24 madde RET): Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 7: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Medeni Duruma Göre T Testi Sonuçları

Görüşler	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	Bekâr Evli	77 423	3,82 3,91	0,64 0,50	-1,48	0,139
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	Bekâr Evli	77 423	3,82 3,95	0,51 0,36	-2,71	0,007
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu arttırmıştır.	Bekâr Evli	77 423	2,99 3,19	1,15 1,25	-1,31	0,192
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	Bekâr Evli	77 423	4,19 4,21	0,40 0,44	-0,33	0,740
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	Bekâr Evli	77 423	3,95 4,05	0,86 0,72	-1,13	0,259
6. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	Bekâr Evli	77 423	3,82 3,70	0,90 0,96	0,97	0,335
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	Bekâr Evli	77 423	2,92 2,82	1,06 1,02	0,84	0,401
8. Sağlıkta dönüşüm programı'nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	Bekâr Evli	77 423	2,95 3,41	1,00 0,88	-4,17	0,000
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	Bekâr Evli	77 423	4,84 4,81	0,37 0,42	0,61	0,545
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK'de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	Bekâr Evli	77 423	4,82 4,80	0,42 0,44	0,35	0,724
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	Bekâr Evli	77 423	4,43 4,62	0,83 0,67	-2,27	0,023
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	Bekâr Evli	77 423	4,18 4,37	1,05 1,09	-1,37	0,171
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	Bekâr Evli	77 423	2,27 2,13	0,72 0,51	2,19	0,029
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	Bekâr Evli	77 423	1,78 1,87	0,58 0,44	-1,66	0,098
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmelidir.	Bekâr Evli	77 423	3,78 3,78	0,62 0,61	-0,07	0,941
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	Bekâr Evli	77 423	2,68 2,78	0,95 0,99	-0,84	0,400
17. 694 sayılı KHK'da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	Bekâr Evli	77 423	4,00 3,96	0,00 0,37	0,96	0,335
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye' de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	Bekâr Evli	77 423	3,65 3,83	0,84 0,65	-2,08	0,038
19. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	Bekâr Evli	77 423	2,36 2,52	0,78 0,88	-1,41	0,159

Tablo 7: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Medeni Duruma Göre T Testi Sonuçları

Görüşler	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu artırmıştır.	Bekâr	77	2,88	0,96	-1,65	0,099
	Evli	423	3,09	0,99		
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	Bekâr	77	3,75	0,69	-1,26	0,209
	Evli	423	3,85	0,58		
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	Bekâr	77	3,69	0,73	-1,45	0,148
	Evli	423	3,80	0,61		
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	Bekâr	77	4,01	0,30	0,47	0,642
	Evli	423	4,00	0,31		
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum	Bekâr	77	2,45	0,77	1,82	0,069
	Evli	423	2,30	0,64		
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir	Bekâr	77	3,48	1,05	3,07	0,002
	Evli	423	3,10	1,00		
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	Bekâr	77	3,05	1,15	2,52	0,012
	Evli	423	2,74	0,98		

“2-Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.” ($t=-2,71$; $p<0,05$), “8-Sağlıkta dönüşüm programının stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.” ($t=-4,17$; $p<0,05$), “11-Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.” ($t=-2,27$; $p<0,05$), “13-Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.” ($t=2,19$; $p<0,05$), “18-Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye’ de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir” ($t=-2,08$; $p<0,05$), “25-Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir.” ($t=3,07$; $p<0,05$) ve “26-Kurum içinde görev yetkilerim nettir” ($t=2,52$; $p<0,05$) görüşlerine ait puanların sağlık yöneticilerinin medeni durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (Tablo 7):

- Evli sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesinin karar verme yetkisine hızlı etkisi olduğu görüşüne ait puanları ($3,95\pm0,36$), bekâr sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,82\pm0,51$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Evli sağlık yöneticilerinin sağlıkta dönüşüm programının stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesinin yöneticilerin seçilmesinde etkili olduğu görüşüne ait puanları ($3,41\pm0,88$), bekâr sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,95\pm1,00$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Evli sağlık yöneticilerinin teŗilat yapısındaki deđiŗiklikler sonucu aile çevresinde itibarının arttığı g r ŗ ne ait puanları ($4,62 \pm 0,67$), bekâr sağlık yöneticilerinin puanlarından ($4,43 \pm 0,83$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Bekâr sağlık yöneticilerinin görev ve yetkileri bağımsız kullanabildiği g r ŗ ne ait puanları ($2,27 \pm 0,72$), evli sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,13 \pm 0,51$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Evli sağlık yöneticilerinin sağlıkta d n ŗ m programının sağlık alanında Türkiye’de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içerdiği g r ŗ ne ait puanları ($3,83 \pm 0,65$), bekâr sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,65 \pm 0,84$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Bekâr sağlık yöneticilerinin kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarının net olduğu g r ŗ ne ait puanları ($3,48 \pm 1,05$), evli sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,10 \pm 1,00$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Bekâr sağlık yöneticilerinin kurum içinde görev yetkilerinin net olduğu g r ŗ ne ait puanları ($3,05 \pm 1,15$), evli sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,74 \pm 0,98$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkındaki diğer g r ŗlere ait puanların medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiŗtir ($p > 0,05$).

H2 (7 madde KABUL 19 madde RET): Sağlıkta D n ŗ m Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye d n ŗe iliŗkin g r ŗler medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 8: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	A-26-35 yaş	103	3,82	0,61	3,13	0,026	C>A,B
	B-36-45 yaş	280	3,90	0,52			
	C-46-50 yaş	75	4,05	0,36			
	D-51 yaş ve üzeri	42	3,86	0,57			
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	26-35 yaş	103	3,96	0,37	1,81	0,145	
	36-45 yaş	280	3,89	0,43			
	46-50 yaş	75	3,99	0,20			
	51 yaş ve üzeri	42	3,98	0,35			
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu artırmıştır.	26-35 yaş	103	3,09	1,20	0,55	0,647	
	36-45 yaş	280	3,19	1,22			
	46-50 yaş	75	3,23	1,27			
	51 yaş ve üzeri	42	2,98	1,35			
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	26-35 yaş	103	4,19	0,47	0,06	0,982	
	36-45 yaş	280	4,21	0,41			
	46-50 yaş	75	4,21	0,41			
	51 yaş ve üzeri	42	4,21	0,56			
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	A-26-35 yaş	103	3,85	0,80	2,92	0,034	B,C,D>A
	B-36-45 yaş	280	4,06	0,73			
	C-46-50 yaş	75	4,15	0,69			
	D-51 yaş ve üzeri	42	4,12	0,74			
6. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	26-35 yaş	103	3,79	0,91	1,41	0,238	
	36-45 yaş	280	3,71	0,96			
	46-50 yaş	75	3,56	0,95			
	51 yaş ve üzeri	42	3,90	0,96			
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	26-35 yaş	103	2,80	1,01	0,58	0,628	
	36-45 yaş	280	2,88	1,04			
	46-50 yaş	75	2,81	1,01			
	51 yaş ve üzeri	42	2,67	0,95			
8. Sağlıkta dönüşüm programı'nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	A-26-35 yaş	103	2,99	0,99	9,23	0,000	B,C,D>A
	B-36-45 yaş	280	3,35	0,91			
	C-46-50 yaş	75	3,64	0,73			
	D-51 yaş ve üzeri	42	3,60	0,80			
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	26-35 yaş	103	4,83	0,40	0,24	0,865	
	36-45 yaş	280	4,81	0,43			
	46-50 yaş	75	4,84	0,37			
	51 yaş ve üzeri	42	4,79	0,42			
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK'de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	26-35 yaş	103	4,83	0,40	0,31	0,819	
	36-45 yaş	280	4,79	0,46			
	46-50 yaş	75	4,81	0,43			
	51 yaş ve üzeri	42	4,79	0,42			
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	A-26-35 yaş	103	4,35	0,90	5,92	0,001	B,C>A
	B-36-45 yaş	280	4,65	0,60			
	C-46-50 yaş	75	4,73	0,55			
	D-51 yaş ve üzeri	42	4,60	0,83			
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	26-35 yaş	103	4,18	1,04	1,07	0,359	
	36-45 yaş	280	4,35	1,09			
	46-50 yaş	75	4,45	1,11			
	51 yaş ve üzeri	42	4,43	1,13			

Tablo 8: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	26-35 yaş	103	2,09	0,45	1,68	0,170	
	36-45 yaş	280	2,20	0,62			
	46-50 yaş	75	2,08	0,39			
	51 yaş ve üzeri	42	2,10	0,43			
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	A-26-35 yaş	103	1,81	0,58	3,84	0,010	C,D>A,B
	B-36-45 yaş	280	1,83	0,41			
	C-46-50 yaş	75	1,96	0,35			
	D-51 yaş ve üzeri	42	2,02	0,64			
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmeliler.	26-35 yaş	103	3,77	0,64	0,86	0,460	
	36-45 yaş	280	3,76	0,64			
	46-50 yaş	75	3,87	0,50			
	51 yaş ve üzeri	42	3,86	0,52			
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	26-35 yaş	103	2,78	1,01	0,26	0,856	
	36-45 yaş	280	2,79	0,98			
	46-50 yaş	75	2,69	0,96			
	51 yaş ve üzeri	42	2,69	1,00			
17. 694 sayılı KHK’da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	26-35 yaş	103	3,98	0,31	2,60	0,051	
	36-45 yaş	280	3,99	0,30			
	46-50 yaş	75	3,87	0,50			
	51 yaş ve üzeri	42	3,98	0,15			
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye’ de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	26-35 yaş	103	3,66	0,82	1,85	0,137	
	36-45 yaş	280	3,83	0,66			
	46-50 yaş	75	3,87	0,53			
	51 yaş ve üzeri	42	3,81	0,67			
19. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	26-35 yaş	103	2,39	0,79	0,71	0,544	
	36-45 yaş	280	2,50	0,88			
	46-50 yaş	75	2,56	0,90			
	51 yaş ve üzeri	42	2,55	0,94			
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu artırmıştır.	26-35 yaş	103	2,84	0,94	1,99	0,115	
	36-45 yaş	280	3,11	0,99			
	46-50 yaş	75	3,13	0,99			
	51 yaş ve üzeri	42	3,07	1,05			
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	A-26-35 yaş	103	3,68	0,77	2,92	0,034	B,C,D>A
	B-36-45 yaş	280	3,88	0,51			
	C-46-50 yaş	75	3,87	0,50			
	D-51 yaş ve üzeri	42	3,83	0,73			
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	A-26-35 yaş	103	3,62	0,78	3,16	0,024	B,C>A
	B-36-45 yaş	280	3,83	0,57			
	C-46-50 yaş	75	3,87	0,50			
	D-51 yaş ve üzeri	42	3,76	0,76			
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	26-35 yaş	103	4,05	0,22	1,44	0,229	
	36-45 yaş	280	3,98	0,36			
	46-50 yaş	75	3,97	0,23			
	51 yaş ve üzeri	42	4,02	0,15			
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum	26-35 yaş	103	2,26	0,58	1,36	0,254	
	36-45 yaş	280	2,38	0,73			
	46-50 yaş	75	2,29	0,59			
	51 yaş ve üzeri	42	2,21	0,52			

Tablo 8: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir	26-35 yaş	103	3,28	0,99	1,34	0,261	
	36-45 yaş	280	3,16	1,04			
	46-50 yaş	75	2,97	0,97			
	51 yaş ve üzeri	42	3,14	0,98			
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	26-35 yaş	103	2,89	1,03	1,89	0,130	
	36-45 yaş	280	2,83	1,04			
	46-50 yaş	75	2,61	0,91			
	51 yaş ve üzeri	42	2,57	0,89			

“1- Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.” (F=3,13; p<0,05), “5- 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.” (F=2,92; p<0,05), “8- Sağlıkta dönüşüm programının stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.” (F=9,23; p<0,05), “11- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.” (F=5,92; p<0,05), “14- Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.” (F=3,84; p<0,05), “21- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.” (F=2,92; p<0,05) ve “22- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.” (F=3,16; p<0,05) görüşlerine ait puanların sağlık yöneticilerinin yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 8);

- 46-50 yaş grubu sağlık yöneticilerinin yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edildiği görüşüne ait puanları (4,05±0,36), 26-35 yaş (3,82±0,61) ve 36-45 yaş grubu (3,90±0,52) sağlık yöneticilerinin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 36-45 yaş (4,06±0,73), 46-50 yaş grubu (4,15±0,69) ve 51 yaş ve üzeri (4,12±0,74) sağlık yöneticilerinin 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerine önem verildiği görüşüne ait puanları, 26-35 yaş grubu sağlık yöneticilerinin puanlarından (3,85±0,80) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 36-45 yaş ($3,35\pm0,91$), 46-50 yaş grubu ($3,64\pm0,73$) ve 51 yaş ve üzeri ($3,60\pm0,80$) sağlık yöneticilerinin sağlıkta dönüşüm programının stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesinin yöneticilerin seçilmesinde etkili olduğu görüşüne ait puanları, 26-35 yaş grubu sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,99\pm0,99$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 36-45 yaş ($4,65\pm0,60$) ve 46-50 yaş grubu ($4,73\pm0,55$) sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları, 26-35 yaş grubu sağlık yöneticilerinin puanlarından ($4,35\pm0,99$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 46-50 yaş ($1,96\pm0,35$) ve 51 yaş ve üzeri ($2,02\pm0,64$) sağlık yöneticilerinin yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim sürelerinin önem arz ettiği görüşüne ait puanları, 26-35 yaş ($1,81\pm0,58$) ve 36-45 yaş grubu ($1,83\pm0,41$) sağlık yöneticilerinin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 36-45 yaş ($3,88\pm0,51$), 46-50 yaş ($3,87\pm0,50$) ve 51 yaş ve üzeri ($3,83\pm0,73$) sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları, 26-35 yaş grubu sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,68\pm0,77$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 36-45 yaş ($3,83\pm0,57$) ve 46-50 yaş grubu ($3,87\pm0,50$) sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları, 26-35 yaş grubu sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,62\pm0,78$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkındaki diğer görüşlere ait puanların yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

H3 (7 madde KABUL 19 madde RET): Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 9: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Öğrenim Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	A-Lisans	64	3,86	0,50	1,29	0,276	
	B-Yüksek lisans	212	3,87	0,56			
	C-Doktora	224	3,94	0,50			
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	A-Lisans	64	3,94	0,35	0,08	0,919	
	B-Yüksek lisans	212	3,92	0,45			
	C-Doktora	224	3,93	0,33			
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu arttırmıştır.	A-Lisans	64	3,16	1,28	0,24	0,787	
	B-Yüksek lisans	212	3,20	1,22			
	C-Doktora	224	3,12	1,24			
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	A-Lisans	64	4,22	0,42	2,56	0,078	
	B-Yüksek lisans	212	4,16	0,40			
	C-Doktora	224	4,25	0,47			
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	A-Lisans	64	3,88	0,88	2,51	0,082	
	B-Yüksek lisans	212	4,01	0,76			
	C-Doktora	224	4,10	0,67			
6. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	A-Lisans	64	3,34	1,09	5,94	0,003	B,C>A
	B-Yüksek lisans	212	3,78	0,90			
	C-Doktora	224	3,77	0,94			
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	A-Lisans	64	3,06	1,01	4,72	0,009	A>B
	B-Yüksek lisans	212	2,68	0,98			
	C-Doktora	224	2,91	1,05			
8. Sağlıkta dönüşüm programı'nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	A-Lisans	64	3,48	0,85	1,23	0,293	
	B-Yüksek lisans	212	3,36	0,92			
	C-Doktora	224	3,29	0,93			
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	A-Lisans	64	4,81	0,39	0,07	0,928	
	B-Yüksek lisans	212	4,81	0,44			
	C-Doktora	224	4,83	0,39			
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK'de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	A-Lisans	64	4,80	0,44	0,08	0,919	
	B-Yüksek lisans	212	4,81	0,42			
	C-Doktora	224	4,79	0,46			
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	A-Lisans	64	4,52	0,89	0,67	0,514	
	B-Yüksek lisans	212	4,63	0,65			
	C-Doktora	224	4,58	0,68			
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	A-Lisans	64	4,39	1,09	0,10	0,904	
	B-Yüksek lisans	212	4,32	1,11			
	C-Doktora	224	4,34	1,07			
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	A-Lisans	64	2,06	0,47	6,61	0,001	C>A,B
	B-Yüksek lisans	212	2,07	0,39			
	C-Doktora	224	2,25	0,67			
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	A-Lisans	64	1,83	0,66	2,02	0,134	
	B-Yüksek lisans	212	1,82	0,42			
	C-Doktora	224	1,91	0,44			
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmeliler.	A-Lisans	64	3,84	0,54	0,42	0,659	
	B-Yüksek lisans	212	3,76	0,63			
	C-Doktora	224	3,79	0,61			

Tablo 9: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Öğrenim Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	A-Lisans	64	3,03	1,01	2,80	0,062	
	B-Yüksek lisans	212	2,73	0,97			
	C-Doktora	224	2,71	0,97			
17. 694 sayılı KHK’da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	A-Lisans	64	4,02	0,13	1,00	0,367	
	B-Yüksek lisans	212	3,95	0,34			
	C-Doktora	224	3,97	0,37			
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye’ de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	A-Lisans	64	3,80	0,65	0,17	0,840	
	B-Yüksek lisans	212	3,78	0,66			
	C-Doktora	224	3,82	0,71			
19. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	A-Lisans	64	3,05	1,03	16,19	0,000	A>B,C
	B-Yüksek lisans	212	2,38	0,78			
	C-Doktora	224	2,44	0,84			
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu arttırmıştır.	A-Lisans	64	3,00	0,98	0,59	0,554	
	B-Yüksek lisans	212	3,01	0,99			
	C-Doktora	224	3,11	0,99			
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	A-Lisans	64	3,63	0,83	4,49	0,012	B,C>A
	B-Yüksek lisans	212	3,87	0,55			
	C-Doktora	224	3,86	0,55			
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	A-Lisans	64	3,53	0,84	6,01	0,003	B,C>A
	B-Yüksek lisans	212	3,82	0,60			
	C-Doktora	224	3,82	0,58			
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	A-Lisans	64	4,00	0,00	1,47	0,231	
	B-Yüksek lisans	212	4,02	0,28			
	C-Doktora	224	3,97	0,37			
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum	A-Lisans	64	2,45	0,69	6,79	0,001	A>B
	B-Yüksek lisans	212	2,20	0,52			
	C-Doktora	224	2,41	0,76			
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir	A-Lisans	64	2,94	0,89	1,82	0,163	
	B-Yüksek lisans	212	3,21	0,96			
	C-Doktora	224	3,17	1,09			
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	A-Lisans	64	2,78	0,86	0,43	0,651	
	B-Yüksek lisans	212	2,74	0,95			
	C-Doktora	224	2,83	1,10			

“6- 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.” (F=5,94; p<0,05), “7- Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.” (F=4,72; p<0,05), “13- Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.” (F=6,61; p<0,05), “21- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.” (F=4,49; p<0,05), “22- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.” (F=6,01; p<0,05) ve “24- Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum.” (F=6,79; p<0,05) görüşlerine ait puanların sağlık yöneticilerinin öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi.

Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 9);

- Yüksek lisans ($3,78 \pm 0,90$) ve doktora ($3,77 \pm 0,94$) düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğu görüşüne ait puanları, lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,34 \pm 1,09$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin çalıştığı kurumda tam yetkiye sahip olduğu görüşüne ait puanları ($3,06 \pm 1,01$), yüksek lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,68 \pm 0,98$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Doktora düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin görev ve yetkilerini bağımsız kullanabildiği görüşüne ait puanları ($2,25 \pm 0,67$), lisans ($2,06 \pm 0,47$) ve yüksek lisans ($2,07 \pm 0,39$) düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağı görüşüne ait puanları ($3,05 \pm 1,03$), yüksek lisans ($2,38 \pm 0,78$) ve doktora ($2,44 \pm 0,84$) düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Yüksek lisans ($3,87 \pm 0,55$) ve doktora ($3,86 \pm 0,55$) düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları, lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,63 \pm 0,83$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Yüksek lisans ($3,82 \pm 0,60$) ve doktora ($3,82 \pm 0,58$) düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları, lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,53 \pm 0,84$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık yöneticilerinin görev ve yetkilerini tarafsız kullanabildiği görüşüne ait puanları ($2,45 \pm 0,69$), yüksek lisans düzeyinde

öğrenim gören sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,20 \pm 0,52$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkındaki diğer görüşlere ait puanların öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

H4 (7 madde KABUL 19 madde RET): Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 10: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Aylık Gelire Göre T Testi Sonuçları

Görüşler	Aylık Gelir	n	$\bar{X}$	SS	t	p
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	10000TL altı	310	3,90	0,49	0,17	0,862
	10000TL ve üzeri	190	3,89	0,58		
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	10000TL altı	310	3,90	0,40	-2,06	0,040
	10000TL ve üzeri	190	3,97	0,36		
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu arttırmıştır.	10000TL altı	310	3,14	1,21	-0,47	0,635
	10000TL ve üzeri	190	3,19	1,27		
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	10000TL altı	310	4,19	0,41	-1,50	0,134
	10000TL ve üzeri	190	4,25	0,47		
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	10000TL altı	310	4,01	0,74	-0,89	0,375
	10000TL ve üzeri	190	4,07	0,75		
6. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	10000TL altı	310	3,74	0,93	0,41	0,686
	10000TL ve üzeri	190	3,70	0,99		
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	10000TL altı	310	2,88	1,04	1,27	0,205
	10000TL ve üzeri	190	2,76	0,99		
8. Sağlıkta dönüşüm programı’nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	10000TL altı	310	3,25	0,95	-3,05	0,002
	10000TL ve üzeri	190	3,50	0,84		
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	10000TL altı	310	4,82	0,43	-0,13	0,897
	10000TL ve üzeri	190	4,82	0,38		
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK’de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	10000TL altı	310	4,80	0,45	-0,13	0,896
	10000TL ve üzeri	190	4,81	0,42		
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	10000TL altı	310	4,53	0,75	-2,54	0,011
	10000TL ve üzeri	190	4,69	0,59		

Tablo 10: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Aylık Gelire Göre T Testi Sonuçları

Görüşler	Aylık Gelir	n	$\bar{X}$	SS	t	P
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	10000TL altı	310	4,30	1,07	-1,00	0,319
	10000TL ve üzeri	190	4,40	1,11		
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	10000TL altı	310	2,19	0,62	2,39	0,017
	10000TL ve üzeri	190	2,07	0,38		
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	10000TL altı	310	1,83	0,47	-1,90	0,057
	10000TL ve üzeri	190	1,91	0,46		
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmelidir.	10000TL altı	310	3,76	0,63	-1,06	0,289
	10000TL ve üzeri	190	3,82	0,57		
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	10000TL altı	310	2,77	0,98	0,26	0,794
	10000TL ve üzeri	190	2,75	0,99		
17. 694 sayılı KHK’da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	10000TL altı	310	3,96	0,31	-0,13	0,900
	10000TL ve üzeri	190	3,97	0,37		
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye’ de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	10000TL altı	310	3,75	0,70	-1,81	0,071
	10000TL ve üzeri	190	3,87	0,65		
19. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	10000TL altı	310	2,50	0,87	0,26	0,793
	10000TL ve üzeri	190	2,48	0,87		
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu artırmıştır.	10000TL altı	310	2,99	0,98	-1,75	0,081
	10000TL ve üzeri	190	3,15	0,99		
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	10000TL altı	310	3,80	0,64	-1,38	0,169
	10000TL ve üzeri	190	3,88	0,52		
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	10000TL altı	310	3,75	0,67	-1,47	0,143
	10000TL ve üzeri	190	3,84	0,55		
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	10000TL altı	310	4,00	0,34	0,19	0,853
	10000TL ve üzeri	190	3,99	0,24		
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum	10000TL altı	310	2,39	0,72	2,84	0,005
	10000TL ve üzeri	190	2,22	0,55		
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir	10000TL altı	310	3,22	1,03	1,88	0,061
	10000TL ve üzeri	190	3,05	0,99		
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	10000TL altı	310	2,88	1,05	2,69	0,007
	10000TL ve üzeri	190	2,63	0,93		

“2-Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.” ($t=-2,06$; $p<0,05$), “8-Sağlıkta dönüşüm programının stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.” ($t=-3,05$; $p<0,05$), “11-Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.” ($t=-2,54$; $p<0,05$), “13-Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.” ($t=2,39$; $p<0,05$), “24-Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum.” ($t=2,84$; $p<0,05$) ve “26-Kurum içinde görev

yetkilerim nettir” ($t=2,69$; $p<0,05$) görüşlerine ait puanların sağlık yöneticilerinin aylık gelirine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (Tablo 10):

- Aylık geliri 10000TL ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesinin karar verme yetkisine hızlı etkisi olduğu görüşüne ait puanları ($3,97\pm0,36$), aylık geliri 10000TL’den az olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,90\pm0,40$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Aylık geliri 10000TL ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin sağlıkta dönüşüm programının stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesinin yöneticilerin seçilmesinde etkili olduğu görüşüne ait puanları ($3,50\pm0,84$), aylık geliri 10000TL’den az olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,25\pm0,95$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Aylık geliri 10000TL ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları ($4,69\pm0,59$), aylık geliri 10000TL’den az olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($4,53\pm0,75$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Aylık geliri 10000TL altında olan sağlık yöneticilerinin görev ve yetkilerini bağımsız kullanabildiği görüşüne ait puanları ($2,19\pm0,62$), aylık geliri 10000TL ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,07\pm0,38$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Aylık geliri 10000TL altında olan sağlık yöneticilerinin görev ve yetkilerini tarafsız kullanabildiği görüşüne ait puanları ($2,39\pm0,72$), aylık geliri 10000TL ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,22\pm0,55$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Aylık geliri 10000TL altında olan sağlık yöneticilerinin kurum içinde görev ve yetkilerinin net olduğu görüşüne ait puanları ($2,88\pm1,05$), aylık geliri 10000TL ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,63\pm0,93$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkındaki diğer görüşlere ait puanların aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

H5 (6 madde KABUL 20 madde RET): Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 11: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Kamudaki Hizmet Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Kamudaki Süre	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	A-15 yıl ve daha az	123	3,93	0,52	0,37	0,688	
	B-16-20 yıl	189	3,88	0,54			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,89	0,52			
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	A-15 yıl ve daha az	123	3,95	0,31	0,29	0,748	
	B-16-20 yıl	189	3,92	0,44			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,92	0,39			
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu arttırmıştır.	A-15 yıl ve daha az	123	2,93	1,28	2,83	0,060	
	B-16-20 yıl	189	3,23	1,09			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,23	1,33			
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	A-15 yıl ve daha az	123	4,28	0,45	1,97	0,141	
	B-16-20 yıl	189	4,18	0,39			
	C-21 yıl ve üzeri	188	4,20	0,47			
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	A-15 yıl ve daha az	123	4,07	0,78	0,74	0,476	
	B-16-20 yıl	189	4,06	0,62			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,98	0,82			
6. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	A-15 yıl ve daha az	123	3,77	0,89	1,49	0,226	
	B-16-20 yıl	189	3,78	0,90			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,63	1,03			
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	A-15 yıl ve daha az	123	3,04	1,05	3,89	0,021	A>B
	B-16-20 yıl	189	2,71	1,00			
	C-21 yıl ve üzeri	188	2,81	1,01			
8. Sağlıkta dönüşüm programı’nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	A-15 yıl ve daha az	123	3,33	0,93	2,49	0,084	
	B-16-20 yıl	189	3,24	0,94			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,45	0,87			
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	A-15 yıl ve daha az	123	4,84	0,39	1,16	0,313	
	B-16-20 yıl	189	4,84	0,41			
	C-21 yıl ve üzeri	188	4,78	0,43			
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK’de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	A-15 yıl ve daha az	123	4,80	0,48	1,04	0,353	
	B-16-20 yıl	189	4,84	0,40			
	C-21 yıl ve üzeri	188	4,77	0,45			
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	A-15 yıl ve daha az	123	4,50	0,87	1,65	0,193	
	B-16-20 yıl	189	4,63	0,59			
	C-21 yıl ve üzeri	188	4,62	0,66			

Tablo 11: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Kamudaki Hizmet Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Kamudaki Süre	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	A-15 yıl ve daha az	123	4,37	1,07	0,14	0,870	
	B-16-20 yıl	189	4,34	1,03			
	C-21 yıl ve üzeri	188	4,31	1,16			
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	A-15 yıl ve daha az	123	2,12	0,51	0,22	0,802	
	B-16-20 yıl	189	2,16	0,59			
	C-21 yıl ve üzeri	188	2,15	0,53			
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	A-15 yıl ve daha az	123	1,82	0,50	2,54	0,080	
	B-16-20 yıl	189	1,83	0,46			
	C-21 yıl ve üzeri	188	1,92	0,45			
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmelidir.	A-15 yıl ve daha az	123	3,77	0,64	0,04	0,960	
	B-16-20 yıl	189	3,78	0,60			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,79	0,61			
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	A-15 yıl ve daha az	123	2,69	0,97	0,43	0,653	
	B-16-20 yıl	189	2,78	0,98			
	C-21 yıl ve üzeri	188	2,79	1,00			
17. 694 sayılı KHK’da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	A-15 yıl ve daha az	123	3,98	0,29	0,24	0,788	
	B-16-20 yıl	189	3,96	0,35			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,96	0,36			
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye’ de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	A-15 yıl ve daha az	123	3,90	0,55	2,05	0,130	
	B-16-20 yıl	189	3,75	0,76			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,78	0,68			
19. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	A-15 yıl ve daha az	123	2,52	0,88	1,32	0,268	
	B-16-20 yıl	189	2,41	0,81			
	C-21 yıl ve üzeri	188	2,55	0,91			
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu artırmıştır.	A-15 yıl ve daha az	123	3,04	0,96	3,45	0,033	C>B
	B-16-20 yıl	189	2,93	0,99			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,19	0,99			
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	A-15 yıl ve daha az	123	3,75	0,70	2,73	0,066	
	B-16-20 yıl	189	3,90	0,43			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,81	0,66			
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	A-15 yıl ve daha az	123	3,70	0,71	4,37	0,013	B>A,C
	B-16-20 yıl	189	3,89	0,48			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,73	0,70			
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	A-15 yıl ve daha az	123	3,96	0,32	1,35	0,260	
	B-16-20 yıl	189	4,02	0,38			
	C-21 yıl ve üzeri	188	4,01	0,19			
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum	A-15 yıl ve daha az	123	2,35	0,68	0,15	0,859	
	B-16-20 yıl	189	2,33	0,65			
	C-21 yıl ve üzeri	188	2,31	0,67			
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir	A-15 yıl ve daha az	123	3,02	1,05	1,59	0,204	
	B-16-20 yıl	189	3,16	1,01			
	C-21 yıl ve üzeri	188	3,23	1,00			
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	A-15 yıl ve daha az	123	2,68	1,00	0,90	0,408	
	B-16-20 yıl	189	2,84	1,02			
	C-21 yıl ve üzeri	188	2,80	1,01			

“7- Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.” ($F=3,89$; $p<0,05$), “13- Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.” ($F=6,61$; $p<0,05$), “20- 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu arttırmıştır.” ($F=3,45$; $p<0,05$), “22- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.” ($F=4,37$; $p<0,05$) görüşlerine ait puanların sağlık yöneticilerinin kamudaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 11);

- Kamudaki çalışma süresi 15 yıl ve daha az olan sağlık yöneticilerinin çalıştığı kurumda tam yetkiye sahip olduğu görüşüne ait puanları ($3,04\pm1,05$), kamudaki çalışma süresi 16-20 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,71\pm1,00$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Kamudaki çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişikliklerin çalışanların motivasyonunu artırdığı görüşüne ait puanları ($3,19\pm0,99$), kamudaki çalışma süresi 16-20 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,93\pm0,93$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Kamudaki çalışma süresi 16-20 yıl olan sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları ($3,89\pm0,48$), kamudaki çalışma süresi 15 yıl ve daha az ($3,70\pm0,71$) ve 21 yıl ve üzeri ($3,73\pm0,70$) sağlık yöneticilerinin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkındaki diğer görüşlere ait puanların kamudaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

H6 (3 madde KABUL 23 madde RET): Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler kamudaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 12: Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Toplam Çalışma Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Toplam Çalışma Süresi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
1. Yönetici atamalarıyla (663 KHK) yönetim kademesi profesyonel sağlık yöneticilerinden istihdam edilmiştir.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	3,93 3,93 3,78 3,89	0,56 0,46 0,66 0,46	2,26	0,081	
2. Teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerin minimize edilmesi karar verme yetkisine hızlı etkisi olmuştur.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	4,00 3,92 3,87 3,89	0,27 0,40 0,44 0,46	2,08	0,102	
3. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler motivasyonumuzu arttırmıştır.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	3,28 3,16 2,93 3,58	1,22 1,21 1,26 1,39	2,23	0,084	
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	4,29 4,19 4,18 4,26	0,51 0,39 0,39 0,73	1,63	0,181	
5. 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerimize önem verilmektedir.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	3,90 4,10 3,98 4,16	0,85 0,64 0,84 0,76	2,34	0,072	
6. 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumlu olduğunu düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	3,74 3,69 3,78 3,74	1,04 0,95 0,88 0,81	0,21	0,889	
7. Çalıştığım kurumda tam yetkiye sahibim.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	3,03 2,78 2,71 3,05	1,07 1,02 0,96 1,03	2,32	0,074	
8. Sağlıkta dönüşüm programı'nın stratejik yönetim sistemi ile değerlendirilmesi yöneticilerin seçilmesinde etkili olmuştur.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	3,26 3,38 3,27 3,58	0,94 0,91 0,92 0,84	1,09	0,352	
9. Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	4,72 4,88 4,75 4,89	0,49 0,36 0,44 0,32	5,07	0,002	B>A
10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK'de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	4,68 4,87 4,74 4,84	0,56 0,36 0,46 0,37	6,32	0,000	B>A
11. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	4,55 4,68 4,40 4,58	0,72 0,57 0,89 0,96	4,17	0,006	B>C
12. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	4,15 4,48 4,08 4,68	1,24 0,95 1,24 0,75	5,32	0,001	B>C
13. Görevimi ve yetkilerimi bağımsız kullanabiliyorum.	A-1 yıl ve daha az B-2-5 yıl C-6-10 yıl D-11 yıl ve üzeri	108 274 99 19	2,11 2,17 2,13 2,11	0,46 0,59 0,53 0,46	0,40	0,752	

Tablo 12: (Devamı) Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkındaki Görüşlerin Toplam Çalışma Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Görüşler	Toplam Çalışma Süresi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
14. Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.	A-1 yıl ve daha az	108	1,86	0,42	3,18	0,024	D>A,B
	B-2-5 yıl	274	1,83	0,46			
	C-6-10 yıl	99	1,89	0,47			
	D-11 yıl ve üzeri	19	2,16	0,69			
15. İllerde yönetici kadroları merkez yönetim ve taşra yönetim olarak ayrılmadan yetkilerine devam etmelidir.	A-1 yıl ve daha az	108	3,65	0,77	2,38	0,069	
	B-2-5 yıl	274	3,83	0,54			
	C-6-10 yıl	99	3,80	0,61			
	D-11 yıl ve üzeri	19	3,79	0,63			
16. Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.	A-1 yıl ve daha az	108	2,89	1,03	2,68	0,046	A,B>C
	B-2-5 yıl	274	2,80	0,99			
	C-6-10 yıl	99	2,53	0,88			
	D-11 yıl ve üzeri	19	2,74	0,99			
17. 694 sayılı KHK’da uygulandığı teşkilat yapısındaki değişiklikler, çalışma planında değişimlere neden olmuştur.	A-1 yıl ve daha az	108	3,98	0,33	1,21	0,307	
	B-2-5 yıl	274	3,98	0,30			
	C-6-10 yıl	99	3,91	0,45			
	D-11 yıl ve üzeri	19	4,00	0,00			
18. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık alanında Türkiye’ de bölgeler arası farklılıkları azaltacak politikalar içermektedir.	A-1 yıl ve daha az	108	3,81	0,69	0,02	0,996	
	B-2-5 yıl	274	3,79	0,69			
	C-6-10 yıl	99	3,81	0,68			
	D-11 yıl ve üzeri	19	3,79	0,63			
19. 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	108	2,61	0,96	4,08	0,007	D>B,C
	B-2-5 yıl	274	2,44	0,83			
	C-6-10 yıl	99	2,40	0,81			
	D-11 yıl ve üzeri	19	3,05	1,03			
20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu arttırmıştır.	A-1 yıl ve daha az	108	3,19	0,99	3,20	0,023	C>D
	B-2-5 yıl	274	2,97	0,99			
	C-6-10 yıl	99	3,21	0,95			
	D-11 yıl ve üzeri	19	2,68	0,95			
21. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.	A-1 yıl ve daha az	108	3,76	0,73	4,77	0,003	B>D
	B-2-5 yıl	274	3,92	0,42			
	C-6-10 yıl	99	3,71	0,73			
	D-11 yıl ve üzeri	19	3,63	0,90			
22. Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.	A-1 yıl ve daha az	108	3,68	0,76	4,41	0,005	B>A
	B-2-5 yıl	274	3,88	0,48			
	C-6-10 yıl	99	3,68	0,74			
	D-11 yıl ve üzeri	19	3,63	0,90			
23. Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte etkin çalışmaktayım.	A-1 yıl ve daha az	108	3,94	0,39	1,97	0,118	
	B-2-5 yıl	274	4,02	0,33			
	C-6-10 yıl	99	4,01	0,10			
	D-11 yıl ve üzeri	19	4,00	0,00			
24. Görevimi ve yetkilerimi tarafsız kullanabiliyorum	A-1 yıl ve daha az	108	2,34	0,67	0,67	0,568	
	B-2-5 yıl	274	2,35	0,69			
	C-6-10 yıl	99	2,26	0,60			
	D-11 yıl ve üzeri	19	2,21	0,54			
25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir	A-1 yıl ve daha az	108	3,26	0,99	3,72	0,011	A,B>D
	B-2-5 yıl	274	3,20	1,01			
	C-6-10 yıl	99	3,06	1,06			
	D-11 yıl ve üzeri	19	2,47	0,84			
26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.	A-1 yıl ve daha az	108	2,92	1,02	3,08	0,027	A,B>D
	B-2-5 yıl	274	2,83	1,02			
	C-6-10 yıl	99	2,60	0,98			
	D-11 yıl ve üzeri	19	2,37	0,76			

“9- Sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgim var.” (F=5,07; p<0,05), “10. Sağlıkta dönüşüm programında 694 sayılı KHK’de teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında bilgilendirildim” (F=6,32; p<0,05), “11- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevremde itibarım artmıştır.” (F=4,17; p<0,05), “12- Çalıştığım kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım” (F=5,32; p<0,05), “14- Yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz etmektedir.” (F=3,18; p<0,05), “16- Kurum içinde görev sınırlılıklarım nettir.” (F=2,68; p<0,05), “19- 663 sayılı KHK’deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağını düşünüyorum.” (F=4,08; p<0,05), “20. 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişiklikler çalışanların motivasyonunu arttırmıştır.” (F=3,20; p<0,05), “21- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevremde itibarım artmıştır.” (F=4,77; p<0,05), “22- Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevremde itibarım artmıştır.” (F=4,41; p<0,05), “25. Kurum içinde sorumluluk sınırlılıklarım nettir” (F=3,72; p<0,05) ve “26. Kurum içinde görev yetkilerim nettir.” (F=3,08; p<0,05) görüşlerine ait puanların sağlık yöneticilerinin toplam çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 12);

- Toplam çalışma süresi 2-5 yıl olan sağlık yöneticilerinin sağlıkta dönüşüm programında 663 sayılı KHK hakkında bilgisi olduğu görüşüne ait puanları (4,88±0,36), toplam hizmet süresi 1 yıl ve daha az olan sağlık yöneticilerinin puanlarından (4,72±0,49) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 2-5 yıl olan sağlık yöneticilerinin 694 sayılı KHK ile teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında yöneticiler olarak fikirlerine önem verildiği görüşüne ait puanları (4,87±0,36), toplam hizmet süresi 1 yıl ve daha az olan sağlık yöneticilerinin puanlarından (4,68±0,56) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 2-5 yıl olan sağlık yöneticilerinin 694 sayılı Teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu aile çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları (4,68±0,57), toplam hizmet süresi 6-10 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından (4,40±0,89) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 2-5 yıl olan sağlık yöneticilerinin çalıştığı kurumda idari kadro ile birlikte tam bir şekilde çalışmaktayım görüşüne ait puanları ($4,48 \pm 0,95$), toplam hizmet süresi 6-10 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($4,08 \pm 1,24$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin yönetici kadrosunda çalışanların mesleki deneyim süreleri önem arz ettiği görüşüne ait puanları ($2,16 \pm 0,69$), toplam hizmet süresi 1 yıl ve daha az ($1,86 \pm 0,42$) ve 6-10 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($1,83 \pm 0,46$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 1 yıl ve daha az ($2,89 \pm 1,93$) ve 2-5 yıl ($2,80 \pm 0,99$) olan sağlık yöneticilerinin kurum içinde görev sınırlarının net olduğu görüşüne ait puanları, toplam hizmet süresi 11-15 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,53 \pm 0,88$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin 663 sayılı KHK'deki teşkilat yapısındaki değişikliklerle eskiye dönüşün olumsuz yönleri olacağı görüşüne ait puanları ($3,05 \pm 1,03$), toplam hizmet süresi 2-5 yıl ($2,44 \pm 0,83$) ve 6-10 yıl ($2,40 \pm 0,81$) olan sağlık yöneticilerinin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 6-10 yıl olan sağlık yöneticilerinin 663 sayılı KHK ile teşkilat yapısında yapılan değişikliklerin çalışanların motivasyonunu artırdığı görüşüne ait puanları ($3,21 \pm 0,95$), toplam hizmet süresi 11 yıl ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,68 \pm 0,95$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 2-5 yıl olan sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu iş çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları ($3,92 \pm 0,42$), toplam çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,63 \pm 0,90$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 2-5 yıl olan sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki değişiklikler sonucu sosyal çevresinde itibarının arttığı görüşüne ait puanları ($3,88 \pm 0,48$), toplam çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($3,68 \pm 0,76$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 1 yıl ve daha az ($3,26 \pm 0,99$) ve 2-5 yıl ($3,20 \pm 1,01$) olan sağlık yöneticilerinin kurum içinde sorumluluklarının sınırlarının net olduğu görüşüne ait puanları, toplam hizmet süresi 11-15 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,47 \pm 0,84$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Toplam çalışma süresi 1 yıl ve daha az ($2,92 \pm 1,02$) ve 2-5 yıl ($2,83 \pm 1,02$) olan sağlık yöneticilerinin kurum içinde görev yetkilerinin sınırlarının net olduğu görüşüne ait puanları, toplam hizmet süresi 11-15 yıl olan sağlık yöneticilerinin puanlarından ($2,37 \pm 0,76$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) hakkındaki diğer görüşlere ait puanların toplam çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

H7 (12 madde KABUL 14 madde RET): Sağlıkta Dönüşüm Programının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de eskiye dönüşe ilişkin görüşler toplam çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye Geneline T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 100 yataklı il hastanelerinde çalışan 3000(üç bin) sağlık yöneticisi üzerinde yapılan çalışmada; 1370 sağlık yöneticisine ulaşılmış ve bunlardan 500 tanesi araştırma analizinde kullanılmıştır.

Çalışmada cinsiyete göre sağlık yöneticilerinden erkek sağlık yöneticilerinin 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameyle teşkilat yapısındaki değişiklikler hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu görülmektedir (4.25 ± 0.43 ; 4.09 ± 0.73). Bu çalışma tüm sağlık çalışanlarına da yapılmalıdır.

Medeni duruma göre evli sağlık yöneticilerinin teşkilat yapısındaki dikey ve yatay yönlü yönetsel değişikliklerde hızlı karar verme, ailede ve çevrede itibarlarının artması daha yüksek bulunmuştur. Bekâr sağlık yöneticilerinin görev ve yetkilerini bağımsız kullanmaları ve görevlerinde netliklerinin olduğu göstergesi daha yüksektir ($p < 0.05$).

Yaş gruplarına göre sağlık yöneticilerinin profesyonel sağlık yöneticilerinde istihdam edilmesi, fikirlerine önem verilmesi ve stratejik yönetim sisteminin uygulanması 46-50 yaş grubu yöneticilerinde daha yüksektir ($p < 0.05$).

Eğitim düzeyinin 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Böylelikle sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliği yükselmektedir ($p < 0.05$).

Sağlık yöneticilerinin 663 ve 694 sayılı Kanun hükmünde Kararnameler hakkında büyük bir çoğunluğunun bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Araştırma sonucu elde edilen bulgulara göre 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler hakkında yapılan teşkilat yapısındaki değişikliklerde sağlık yöneticilerinin genel olarak olumlu düşündükleri söylenebilir. Olumsuz düşünen sağlık yöneticileri yetkilerinin artırılması istemektedirler. Bu nedenle yetki ve sorumluluklar net bir şekilde açıklanmalıdır.

Araştırmanın sınırlılıklarına rağmen çalışmanın değişkenleri ve birbirleriyle olan bağlantıları anlamında alan yazına katkı sağlayabilir. Sağlıkta Dönüşüm

Programında ki teşkilat yapısındaki değişiklikler ile ilgili araştırmaların çok olmaması sebebiyle, 663 ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname hakkında sağlık yöneticilerinin görüşlerinin tam olarak netlik kazanamamasından dolayı daha çeşitli değişkenlerle çalışmalar yapılmalıdır. Ülkemizde sağlık yöneticilerin çoğu şeyin farkında olmalarına rağmen, kendilerini rahat ifade edemedikleri için net cevap verebileceği değişkenler sorulabilir.

Genel anlamda sağlık yöneticilerinin kurumsal kararlarda karar verme eksikliklerinin giderilmesi, yönetici ve çalışanların kendilerini ifade etmeleri için olanak verilmesi, motivasyon eksikliklerinin giderilmesi, kanunlar ve değişiklikler hakkında hizmet içi eğitimlerini katılımların artırılması, iletişim sıkıntılarının ortadan kaldırılması, görevlerinde tam yetki verilmeli ve daha demokratik bir yönetim şeklinin cinsiyet, medeni durum, yaş ve öğretim düzeyi ayırt edilmeksizin uygulanması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011), Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Algın, K., Şahin, İ. ve Top, M. (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorun ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 249-273.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. (14. Baskı). Ankara, PEGEM Akademi.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2013). Health For All Database, Geneva: WHO.
- Eren, V. ve Eken, M. (2007). Kamu Personel Rejiminde Reform Arayışları. İçinde: Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar. Editörler: Şinasi Aksoy, Yılmaz Üstüner, İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Erişoğlu, B. (2008). Türkiye’de İthal Hekim Tartışmaları. *Toplum ve Hekim*, 23(3), 232-234.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2016). Birleşmiş Milletler Trens in Maternal Mortality: 1990 to 2015.
- Kaya, S., Yıldırım, H.H., Karsavuran, S. ve Özer, Ö. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- OECD. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye. OECD- Dünya Bankası.

Özpınar, E. (2016). Ölüm Hızı Türkiye Geneline Azalıyorken Neden Suriyeli Nüfusun Fazla Olduğu Yerlerde Artıyor? Ankara: Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV).

Resmi Gazete. (1965). 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu. Ankara: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.

Resmi Gazete. (2004). 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu. Ankara: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.

Resmi Gazete. (2011). 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Ankara: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.

Resmi Gazete. (2017). 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Ankara: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.

Sağlık Bakanlığı, 10 Mayıs 2018 tarihinde <http://saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> adresinden erişildi.

Sağlık Bakanlığı, 10 Mayıs 2018 tarihinde <http://saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> adresinden erişildi.

Sağlık Bakanlığı. (2007). Sağlıkta Dönüşüm. Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu (2013). Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: SAGEM.

SASAM Enstitüsü. (2015). Kamu Hastane Birlikleri (Saha Araştırması), Ankara, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2015, s.35.

- Sayan, İ.Ö. ve Küçük, A. (2012). Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(1), 171-203.
- Sezer, M.S. ve Yıldız, M. (2009). Türkiye’de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri. *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 11(3), 43-78.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., Hernandez C. (2011). Turkey Health System Review. *Health Systems in Transition*, 13(6), 1-211.
- Tokat, M. (1993). Sağlık Ekonomisi, Eskişehir: AÖF Yayınları.
- TÜİK (2015). Avrupa ülkelerinde cinsiyete göre doğuşta beklenen yaşam süreleri. Ankara.
- TÜİK. (2015). Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi. Ankara.
- Yıldırım, H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası.
- Yıldırım, H. ve Yıldırım, T. (2015). Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme. İçinde: Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama. Editörler: M. Yıldız ve M.Z. Sobacı. Ankara: Adres Yayınları.
- Yılmaz, B.N. (2009). Aile Hekimliği: Hekim Emeginin Değersizleşmesi ve Esnekleşmesi. *Toplum ve Hekim*, 24(2), 159-166.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2014). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara. Seçkin Yayınları.



EKLER

Ek-1 Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu Çalışmanın Amacı, Öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Geçmişten Günümüze Kadar Gerçekleşen Değişimin Nedenlerini Belirlemektir. Daha Sonra Teşkilat Yapısında 663 Sayılı Kararnamenin Öncesi Ve Sonrası Karşılaştırılarak, 694 Sayılı Kararnamedeki Teşkilat Yapısındaki Şemalarda Gerçekleşen Değişimler Hakkında Sağlık Yöneticilerin Görüşlerini Öğrenerek Genel Bir Değerlendirme Yapabilmektir. Anket Çalışması İki Bölümden Oluşmaktadır. Birinci Bölümde Kişisel Bilgilerinizi Ve Sağlık Sistemi İle İlişkinizin Niteliğini İfade Eden Sorular Bulunmaktadır. İkinci Bölüm İse, Teşkilat Yapısındaki Değişikliklerde Sağlık Yöneticilerin Görüşlerine Yer Verilmektedir. Katılımcıların Kimlik Bilgileri İstenmemektedir. Anket Sorularına Verilecek Cevaplardan, Sadece Çalışma Amaçları Doğrultusunda Yararlanılacaktır. Sorulara İçtenlikle Cevap Vermenizi Rica Eder, Çalışmaya Katılımınız İçin Teşekkür Ederim.

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetim Bölümü Öğrencisi
Havva Gül TOPCU

1)Cinsiyetiniz

(1)Kadın

(2)Erkek

2)Yaşınız

(1)18-25yaş

(2)26-35yaş

(3)36-45yaş

(4)46-50yaş

(5)51yaş ve üzeri

3)Medeni Haliniz

(1)Bekar

(2)Evli

4)Eğitim Durumunuz

- (1)Lisans
- (2)Yüksek Lisans
- (3)Doktora
- (4)Profesör

5)Aylık Geliriniz

- (1)3000-5000TL
- (2)5001-7000TL
- (3)7001-10000TL
- (4)10001TL ve üzeri

6)Hastanenizin Hizmet Türü

- (1)Genel Hastane
- (2)Özel Dal Hastanesi
- (3)Diğer (.....)

7)Hastanenizin Yatak Sayısı

- (1)100-200
- (2)201-300
- (3)301-400
- (4)401-500
- (5)501 ve üzeri

8)Görev Yaptığınız Hastaneniz Hangi Bölgede

- (1)Marmara Bölgesi
- (2)Ege Bölgesi
- (3)Akdeniz Bölgesi
- (4)İç Anadolu Bölgesi
- (5)Karadeniz Bölgesi
- (6)Güneydoğu Anadolu Bölgesi
- (7)Doğu Anadolu Bölgesi

9) Kaç Yıldır Kamuda Çalışıyorsunuz

- (1)05-15yıl
- (2)16-20yıl
- (3)21-30yıl
- (4)31-40yıl
- (5)41yıl ve üzeri

10)Görevli Olduğunuz Pozisyonda Kaç Yıldır Çalışıyorsunuz

- (1)01yıl ve daha az
- (2)01-05yıl
- (3)06-10yıl
- (4)11-15yıl
- (5)16yıl ve üzeri

11) Aşağıdaki Soruları Çalışma Koşullarınızı Dikkate Alarak Cevap Veriniz.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle Yönetici Atamalarındaki; Yönetim Kademesi Profesyonel Sağlık Yöneticilerinden İstihdam Edilmiştir.					
2	Teşkilat Yapısındaki Dikey Ve Yatay Yönlü Yönetimsel Değişikliklerin Minimize Edilmesi; Karar Verme Yetkisine Hızlı Etkisi Olmuştur.					
3	663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle Teşkilat Yapısında Yapılan Değişiklikler Motivasyonumuz Arttırmıştır.					
4	Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Sağlık Kuruluşlarının Hizmet Verimliliğini Yükseltmektedir.					
5	694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle Teşkilat Yapısındaki Değişiklikler Hakkında Yöneticiler Olarak Fikirlerimize Önem Verilmektedir.					

6	663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamedeki Teşkilat Yapısındaki Değişiklikle Eskiye Dönüşün Olumlu Olduğunu Düşünüyorum.					
7	Çalıştığım Kurumda Tam Yetkiye Sahibim.					
8	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Stratejik Yönetim Sistemi İle Değerlendirilmesi Yöneticilerin Seçilmesinde Etkili Olmuştur.					
9	Sağlıkta Dönüşüm Programında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesi Hakkında Bilgim Var.					
10	Sağlıkta Dönüşüm Programında 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesinde Teşkilat Yapısındaki Değişiklikler Hakkında Bilgilendirildim.					
11	Teşkilat Yapısındaki Değişiklikler Sonucu Aile Çevremde İtibarım Artmıştır.					
12	Çalıştığım Kurumda İdari Kadro İle Birlikte Tam Bir Şekilde Çalışmaktayım.					
13	Görevimi Ve Yetkilerimi Bağımsız Kullanabiliyorum.					
14	Yönetici Kadrosunda Çalışanların Mesleki Deneyim Süreleri Önem Arz Etmektedir.					
15	İllerde Yönetici Kadroları Merkez Yönetim Ve Taşra Yönetim Olarak Ayrılmadan Yetkilerine Devam Etmeliler.					
16	Kurum İçinde Görev Sınırlılıklarım Nettir.					
17	694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesinde Uygulandığı Teşkilat Yapısındaki Değişiklerin, Çalışma Planında Değişimlere Neden Olmuştur.					
18	Sağlıkta Dönüşüm Programı Sağlık Alanında Türkiye' de Bölgeler Arası Farklılıkları Azaltacak Politikalar İçermektedir.					
19	663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamedeki Teşkilat Yapısındaki Değişiklikle Eskiye Dönüşün Olumsuz Yönleri Olacağını Düşünüyorum.					
20	663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle Teşkilat Yapısında Yapılan Değişiklikler Çalışanların Motivasyonunu Arttırmıştır.					
21	Teşkilat Yapısındaki Değişiklikler Sonucu İş Çevremde İtibarım Artmıştır.					
22	Teşkilat Yapısındaki Değişiklikler Sonucu Sosyal Çevremde İtibarım Artmıştır.					
23	Çalıştığım Kurumda İdari Kadro İle Birlikte Etkin Çalışmaktayım.					
24	Görevimi Ve Yetkilerimi Tarafsız Kullanabiliyorum.					
25	Kurum İçinde Sorumluluk Sınırlılıklarım Nettir.					
26	Kurum İçinde Görev Yetkilerim Nettir.					

Ek-2 İzin Yazıları



T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 20757759-044-1714
Konu : Havva Gül TOPCU Anket Çalışması
Hakkında

16/03/2018

SAĞLIK BAKANLIĞINA

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi 161409003 numaralı Havva Gül TOPCU'nun "Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısına İlişkin 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameden Eskiye Dönüşün Nedenleri; Sağlık Yöneticilerin Görüşleri" konulu tezinde kullanılmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kuruluşlarda anket çalışması yapmak istemektedir. Öğrencinin anketi ek'te sunulmuş olup gerekli kolaylığın sağlanması hususunda; Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Öğr. Gör. Dr. Eşref ÇELİK
Enstitü Müdürü V.

Ek:ANKET ÇALIŞMASI (4 sayfa)

16/03/2018 Uzman Yardımcısı

Gülşen TOKMAK

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.atilim.edu.tr/enVision/Dogrula/L559HV>

Adres: Akay Cad. No:7 Çankaya/Ankara
Telefon:(0312) 586 88 38 Faks:(0312) 447 45 62
e-Posta:sbe@atilim.edu.tr Elektronik Ağ:sbe.atilim.edu.tr

Bilgi için: Gülşen TOKMAK
Unvanı: Uzman Yardımcısı
Tel No: 8833





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Sayı :99910406-799

Konu :Havva Gül TOPCU'nun Anket Uygulama İzni

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğünden alınan 16.03.2018 tarihli ve 1714 sayılı yazıda; Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi 161409003 numaralı Havva Gül TOPCU'nun "Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısına İlişkin 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameden Eskiye Dönüşün Nedenleri; Sağlık Yöneticilerin Görüşleri" konulu tezinde kullanmak üzere Bakanlığımıza bağlı tüm kuruluşlarda anket uygulama talebi incelenmiştir.

Söz konusu anketin yalnızca tez yazımı ve bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere uygulanması Genel Müdürlüğümüzce uygun olarak değerlendirilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.

Uzm.Dr.Alaattin DİLSİZ

Bakan a.

Genel Müdür Yardımcısı

Ek: Anket Formu (5 sayfa)

Dağıtım:81 İl Sağlık Müdürlüğüne

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No: 9 6800
Çankaya/ ANKARA Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bilgi için: Funda AYDIN Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı

Faks No: Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İslt.

e-Posta:funda.ozet@saglik.gov.tr İnt.Adresi: shgm.egitim@saglik.gov.tr

Telefon No:0312 585 15 49

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c4e8db7b-af98-4484-9a84-4c46c7da6562 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Havva Gül Topçu

ORIJİNALLIK RAPORU

% 19	% 20	% 10	% 12
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	% 4
2	www.sagliksen.org.tr İnternet Kaynağı	% 3
3	www.politics.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	% 3
4	www.konahder.org İnternet Kaynağı	% 3
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	% 1
7	www.intctmr.org İnternet Kaynağı	% 1
8	dermaninfo.az İnternet Kaynağı	% 1

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Havva Gül TOPCU
Doğum Yeri ve Tarihi: Konya / 1978

ÖĞRENİM DURUMU:

DERECE	ALAN	ÜNİVERSİTE	YIL
LİSANS	HEMŞİRELİK	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ / SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ	2009
YÜKSEK LİSANS	SAĞLIK YÖNETİMİ	ATILIM ÜNİVERSİTESİ / SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	2018

GÖREV YERLERİ:

HASTANE	İL	GÖREV	YIL
SSK HASTANESİ	KONYA	HEMŞİRE (11/3. ACİL BİRİM)	2001-2001
SSK HASTANESİ	SEYDİŞEHİR/ KONYA	HEMŞİRE (ACİL BİRİM)	2001-2002
SSK HASTANESİ	ISPARTA	İDARİ BİRİM	2002-2004
SSK HASTANESİ	SEYDİŞEHİR/KONYA	SORUMLU HEMŞİRE (ACİL)	2004-2005
MADEN DEVLET HASTANESİ	SEYDİŞEHİR/KONYA	SORUMLU HEMŞİRE	2005-2006
GÜLKENT DEVLET HASTANESİ	ISPARTA	İDARİ BİRİM	2006-2007
TIP FAKÜLTESİ	ISPARTA	İDARİ BİRİM (ACİL)	2007-2008
KEMİK HASTALIKLARI HASTANESİ	EĞİRDİR/ ISPARTA	HEMŞİRE (TÜM KATLAR) (SÜPERVİZÖR)	2008-2009
NUMUNE HASTANESİ	KONYA	İDARİ BİRİMLER SÜPERVİZÖR HEMŞİRE	2009-2015
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	ANKARA	HEMŞİRE (1/3. ANESTEZİ VE ÜROLOJİ) (İDARİ BİRİMLER)	2015-DEVAM..... 2018..

Yabancı Diller: İngilizce

E-posta: hgtopcu@hotmail.com