



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN ÜLKE SAĞLIK
POLİTİKALARINA KATKISINI BELİRLEMEDE SAĞLIK
PERSONELLERİNİN ALGISI (SİVAS İLİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa FİLİZ

Sivas

Ağustos 2017

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN ÜLKE SAĞLIK
POLİTİKALARINA KATKISINI BELİRLEMEDE SAĞLIK
PERSONELLERİNİN ALGISI (SİVAS İLİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa FİLİZ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç.Dr. Naim KARAGÖZ

Sivas

Ağustos 2017

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği
Bilim Dalı :
Tezin Başlığı : Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı “Sivas İli Merkez Örneği”
Savunma Tarihi : 01.08.2017
Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Naim Karagöz

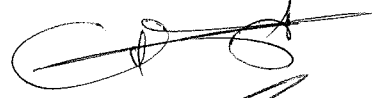
Unvanı - Adı Soyadı

İmza

Jüri Başkanı : Doç.Dr. Rüştü Yayar



Üye : Doç.Dr. Yalçın Karagöz



Üye : Yrd. Doç.Dr.Naim Karagöz



Oy Birliği ☒

Oy Çokluğu ☐

Mustafa Filiz tarafından hazırlanan ” Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı “Sivas İli Merkez Örneği” başlıklı tez, kabul edilmiştir.

.../.../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde:

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dâhil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde de veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.



imza

Mustafa FİLİZ

ÖN SÖZ/TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleri bana yol gösteren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim çok kıymetli Danışman Hocam Yrd. Doç. Dr. Naim KARAGÖZ'E,

Anketlerin değerlendirilmesi ve yorumlanması aşamasında değerli vakitlerini ayırarak rehberlik eden çok değerli Hocam Doç. Dr. Yalçın KARAGÖZ'E

Anket sorularının hazırlanmasında bana yardımcı olan çok değerli Hocam Doç.Dr. Mehmet DEMİR'E

Çalışma boyunca tecrübeleriyle bana rehberlik eden Araştırma Görevlisi Sait BARDAKÇI'ya ve Araştırma Görevlisi Rahim ARSLAN'a,

Lisans ve Yüksek lisans eğitimim boyunca tüm süreçlerde yanımda olan, beni daima destekleyen değerli dostlarım Abdullah KÖSEOĞLU'NA ve Ali AKSÖZ'e

Anketleri uygulamam için verdikleri izin dolayısı ile Sivas Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne

Anket uygulamasına değerli vakitlerini ayırıp katılan tüm Sivas Numune Hastanesi sağlık çalışanlarına,

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
BÖLÜM I	3
1.1.Temel Kavramlar	3
1.1.1. Sağlık Kavramı	3
1.1.2. Sağlık Hakkı	4
1.1.3. Sağlık Sistemi	6
1.1.4. Sağlık Sisteminin Hedefleri	6
1.1.4.1.Temel Hedefler.....	7
1.1.4.2. Sağlığın Geliştirilmesi.....	7
1.1.4.3. Beklentilerin Karşlanması.....	7
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	7
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	8
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
1.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
1.2.2.1.1. Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi (ACSAP).....	9
1.2.2.1.2.Sağlık Ocağı	10
1.2.2.1.3.Verem Savaş Dispanseri.....	10
1.2.2.1.4. Aile Hekimliği.....	10
1.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10
1.2.2.2.1. Hastaneler	11
1.2.2.2.2.Türkiye’de Hastanelerin Tarihsel Süreci.....	11

1.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri.....	12
1.2.2.4. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	12
1.3. Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Politikaların Gelişme Süreci.....	12
1.3.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları	13
1.3.2. 1923–1946 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları	14
1.3.3. 1946–1960 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları	15
1.3.4. 1960–1980 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları	17
1.3.5. 1980–2000 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları	18
1.3.6. 2000 Yılı Ve Sonrası Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları	20
1.4. Sağlık Sisteminde Yeni Dönem.....	22
1.4.1. Sağlık Sisteminin İyileştirilmesine Dair Reform Çalışmaları	22
1.4.2. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname(663) Öncesi Sağlık Sisteminin Sorunları	24
1.4.2.1. Yasal Düzenlemelerden Kaynaklanan Problemler.....	24
1.4.2.2. İnsan Kaynakları Yönetim Tarzından Dolayı Çıkan Problemler	24
1.4.2.3. Yönetim Ve Örgütlenme Tarzından Kaynaklanan Problemler	25
1.4.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumundan Kaynaklanan Problemler....	26
1.4.2.5. Bilgi Yönetiminden Kaynaklanan Problemler	26
1.4.2.6. Finansman Yönetiminden Kaynaklanan Problemler.....	26
1.4.3. Son Yıllarda Sağlık Sistemine Dair Sunulmuş Çözüm Önerileri	27
1.4.3.1. Sağlık Bakanlığının İşlevi	27
1.4.3.2. Sağlık Giderleri	28
1.4.3.3. Sevk Zinciri	28
1.4.3.4. İlaç Kullanımı.....	29
1.4.3.5. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	29
1.4.3.6. Sağlık Sanayisinin Yerli İlaç Üretimine Özendirilmesi	29
1.4.4. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Öncesi Sağlık Yapılanması ..	30
1.4.5. Hastaneleri Özerkleştirme Çalışmaları	31

1.4.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	32
1.4.6.1. Amaçlar Ve Hedefler	32
1.4.6.2. Temel İlkeler	32
1.4.6.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Çerçevesi.....	34
1.4.6.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	34
1.5. Kamu Hastaneler Birliği Uygulaması	35
1.5.1. Neden Bir Yenileşme Hareketine İhtiyaç Duyuldu?	35
1.5.2. Kamu Hastaneleri Birliği Sistemi.....	36
1.5.3. Kamu Hastaneler Birliği Organizasyon Yapısı	39
1.5.3.1. Genel Sekreterlik Yetki Ve Sorumlulukları	39
1.5.3.2. Hasta ne Yönetim Ekibi	40
1.5.3.3. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması Ve Denetimi	41
1.5.4. Kamu Hastaneler Birliğinin Uygulaması İle Elde Edilen İlerlemeler	42
1.5.5. Kamu Hastaneler Birliği Sistemine Yönelik Eleştiriler.....	43
BÖLÜM II	45
2.1. Gereç Ve Yöntem	45
2.1.1. Araştırmanın Konusu.....	45
2.1.2. Araştırmanın Önemi	45
2.1.3. Araştırmanın Amacı.....	46
2.1.4. Araştırmanın Yöntemi Ve Modeli	46
2.1.4.1. Evren ve örneklem	46
2.1.4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
2.1.4.3. Veri Toplama Yöntemi.....	47
2.1.4.4. Veri Toplama Araçlarının Geçerliliği ve Güvenirliliği.....	48
2.1.4.5. Verilerin Analiz Yöntemi.....	49
2.1.5. Araştırmanın Frekans Dağılımı	50
2.2. Bulgular Ve Yorumlar	54
2.2.1. Verilere Ait Bulgular Ve Değerlendirmeler	54

2.3. Tartışma	91
2.4. Sonuçlar ve Öneriler	93
2.4.1. Sonuçlar	93
2.4.2. Öneriler	100
KAYNAKÇA	101
EKLER.....	105
ÖZ GEÇMİŞ.....	111



KISALTMALAR

ACSAP	: Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi
ANOVA	:Analysis Of Variance
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
İTS	: İlaç Takip Sistemi
KHB	: Kamu Hastaneler Birliği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
OECD	: Ekonomik Kalkınma Ve İşbirliği Ve Gelişme Teşkilatı
PDEÖ	: Performansa Dayalı Ek Ödeme
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	: Statistical PackageForTheSocialSciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
YY	: Yüzyıl



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Güvenirlilik Analizi.....	48
Tablo 2. Örnekleme Ait Yaş Dağılımı	50
Tablo 3. Örnekleme Ait Cinsiyet Dağılımı	51
Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Meslek Grubuna Göre Dağılımı	52
Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Kamu Hastaneler Birliği Sistemine Geçildikten Sonra Çalışma Yerlerinin Değişme Durumuna Göre Dağılımı	52
Tablo 7. Araştırmaya Katılanların 1 Kasım 2012 Öncesi Veya Sonrası Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	53
Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Çalışma Yerlerini Kendi İsteklerine Göre Seçme Durumuna Göre Dağılımı	53
Tablo 9. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Cinsiyetine Göre Dağılımı	55
Tablo 10. KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Çalışma Yerini Kendi İstekleri İle Seçip(Evet) seçmeme(Hayır) Durumuna Göre Dağılımı	57
Tablo 11. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların KHB Uygulamaya Geçtikten Sonra Yerin Değişme Durumuna Göre Dağılımı.....	59
Tablo 12. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların KHB Uygulaması Öncesi-Sonrası Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	61
Tablo 13/A. KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	63
Tablo 13.1 Maddelerin Eğitim Durumuna Göre Homojenlik Testi Sonucu	65
Tablo 13.2. Eğitim Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösteren maddeler	66

Tablo 14/A. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	67
Tablo 14/B. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Meslek GruplarınaGöre Dağılımı	68
Tablo 14.1. Maddelerin Meslek Gruplarına Göre Homojenlik Testi Sonucu	69
Tablo 14.2. Madde 2(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	70
Tablo 14.3. Madde 5(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane hizmetlerinde eşitlik ve adaleti sağlamıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	71
Tablo 14.4. Madde 8(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	72
Tablo 14.5. Madde 9(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuştur) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	73
Tablo 14.6. Madde 10(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden kurumlar halini almıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	74
Tablo 14.7. Madde 12(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler arttırılmıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	75
Tablo 14.8. Madde 14(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verilmiştir) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	76

Tablo 14.9. Madde 17(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	77
Tablo 14.10. Madde 18(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kurulan Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü ile hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	78
Tablo 14.11. Madde 23(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gerçekleştirilen İnternet uygulamaları sayesinde her türlü bilgi edinme kolaylaşmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	79
Tablo 14.12. Madde 24(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile yapılan stratejik geliştirme planları sağlık sektörünün önemli ölçüde yol almasını sağlamıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları	80
Tablo 14.13. Madde 1(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları .	81
Tablo 14.14. Madde 3(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları	82
Tablo 14.15. Madde 4(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane kaynaklarının daha etkin kullanımı sağlanmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları	82
Tablo 14.16. Madde 6(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları	83
Tablo 14.17. Madde 7(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşabilmektedir) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları	84
Tablo 14.18. Madde 11(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme kullanımının önüne geçilmiştir) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları.....	85

Tablo 14.19. Madde 13(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaşmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları	86
Tablo 14.20. Madde 21(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması, kamu hastaneleri arasında koordinasyonu sağlaması bakımından önemlidir) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları.....	86
Tablo 14.21. Madde 22(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile uzman doktorların kamu hastanelerindeki istihdamı önemli ölçüde artmıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları.....	87
Tablo 15/A. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların,Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	88
Tablo 15/B. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	89

ÖZET

Günümüzde dünya genelinde küreselleşmenin etkisi ile birçok alanda değişim ve gelişim yaşanmaktadır. Reform niteliğinde ki bu değişimlerin sağlık sistem ve politikalarında da meydana geldiği görülmektedir. Ülkemizde de bu gelişmelerin etkisi açık bir şekilde hissedilmektedir. Özellikle 2000’li yıllardan sonra sağlık alanında devrim niteliğinde gelişmeler yaşanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Genel Sağlık Sigortası, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Kamu Hastaneler Birliği uygulamaları ile çağa ayak uydurma ve halkın sağlık alanında beklentilerin karşılanması amaçlanmıştır.

Bu çalışma Kamu Hastaneler Birliği sisteminin ülke sağlık politikalarına ne düzeyde olumlu veya olumsuz etki yaptığını tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Anket uygulama yöntemiyle kamu hastaneler birliğine bağlı Sivas numune hastanesinde çalışan 300 kişilik sağlık personeli belirlenmiştir. Anket formu, mesleki ve demografik özellikleri belirlemeye yönelik 7 adet sorudan ve kamu hastaneler birliği sistemi ile ilgili sağlık çalışanlarının algısını ölçmek için geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş 24 adet sorudan oluşturulmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği sistemi ile hasta memnuniyetinin ve bilgiyi elde etme imkânlarının arttığı ancak Hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline geldiği görülmüştür. Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçildikten sonra çalışacağı birimi kendi isteği ile seçenlerin, birimini kendi isteği ile seçmeyenlere göre ve eğitim düzeyi açısından lisans-lisansüstü mezunlarının, lise mezunlarına göre ve meslek grupları açısından doktorların diğer sağlık çalışanlarına göre daha olumlu düşündükleri görülmüştür. Ayrıca; Yaş grupları arasında, Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçildikten sonra yeri değişen ve değişmeyen çalışanlar arasında, Kamu Hastaneler Birliği sisteminden öncesinden beri çalışanlar ile sonrasında çalışanlar arasında önemli bir farklılık görülmemiştir.

Anahtar kelimeler: sağlık politikaları, kamu hastaneler birliği, sağlık personelleri



ABSTRACT

Today many things are changing and developing in many fields by the influence of globalisation. It is seen that these changes having quality of reform take place in the health system and policies as well. The influences of these changes are seen in Turkey either. Most especially after 2000s, many reforming changes have taken place in the field of the health. By means of such programmes as the change programme in health, The General Health Insurance based on performance, The Additional Payment System and The Union of Public Hospital Applications, it is aimed to keep up with the age and to meet the expectations of the public in the health field.

This study is done to determine at which level and also positively or negatively The Union of Public Hospitals System influences the country's health policies. By means of survey study method, 300 health staffs of Sivas Numune Hospital connected to The Union of Public Hospitals, are chosen. The survey form consists of 7 questions to determine professional and demographic features and also validity and reliability tested 24 questions to measure the perceptions of health staffs about The Union of Public Hospitals System.

According to the obtained results, it has been seen that the patient satisfaction and opportunity of getting information increased by the help of Public Hospital Association system although the hospitals have been turned into the institutions that want to profit. After the Public Hospital Association system has been carried out, it is seen that the system has been found more meaningful by the people who choose their working area more than the ones who don't choose, by the ones who has bachelors or masters degree more than the high school graduates, and by the doctors more than the other health workers. However, among the age groups, it cannot be encountered a significant difference between the personnels who started to work before or after the above mentioned system, and between the personnels whose working places changed or didn't change after the system.

Key Words: Health Policies, The Union of Public Hospitals, Health Staffs.



GİRİŞ

Tarih boyunca tüm insanların temel ve vazgeçilmez amaçlarından birisi kuşkusuz sağlıklı bir yaşam sürdürmektir. İnsanlar bu amaca ulaşmak için sağlık kurumları oluşturmuş, sağlık sistem ve politikaları geliştirmiştir. Özellikle de sanayi devriminden sonra tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da ciddi değişimler ve dönüşümler yaşanmıştır.

Ülkemizde Cumhuriyet ilanından beri sağlık alanında çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler 2000’li yıllardan sonra hat safhaya ulaşmıştır. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programıyla başlayan köklü değişimler Kamu Hastaneler Birliği sistemi ile devam etmiştir. Kamu Hastaneler Birliği sistemi ile sağlık kurumlarının yönetim anlayışında çağdaş yönetim ilkelerine uygun bir yönetim biçimi, sağlık hizmetlerinin tek elden sunulması, sağlık harcamalarının azaltılması ve mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması gibi düzenlemeler hedeflenmiştir.

Yapılan bu çalışmada ülkemizde köklü değişimler yapılarak uygulanan Kamu Hastaneler Birliği sistemi incelenmiştir. Kamu Hastaneler Birliği sisteminin uygulama tarihi olan 2 Kasım 2012 ile 2017’nin başlarına kadar geçen sürede bu sistemin sağlık politikalarına ne düzeyde katkı sağladığını belirlemek ve sağlık personellerinin bakış açısını ortaya konulması amaçlanmıştır.

Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile birçok düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının verimliliğini ve motivasyonunu artırıcı uygulamalar getirilmiştir. Kamu Hastaneler Birliği sistemi yeni sayılabilecek bir uygulamadır. Geçen sürede bu sistemin uygulanmasından olumlu ve olumsuz sayılabilecek sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile yaşanan olumlu katkıların ve sorunların belirlenerek ilerleyen zamanlarda ortaya çıkması muhtemel sıkıntıları en aza indirmek ve performansı yükseltmek için yapılacak uygulamalara yol gösterici bir öneme sahiptir.

Bu araştırmada anket uygulama tekniğinden yola çıkılarak hazırlanmıştır. Sivas Numune Hastanesinde alışan sağlık personellerinden örneklem seçilerek anket uygulanmıştır. Anket soruları 7'si demografik olmak üzere toplam 31 sorudan oluşmaktadır.

Bu çalışmada genel olarak sağlık kavramı, ülkemizde sağlık sistem ve politikalarının geleişim süreci, sağlıkta dönüşüm programının işleyişi ve Kamu Hastaneler Birliği sisteminin kapsam ve değerlendirilmesi ele alınmıştır.



BÖLÜM I

1.1.Temel Kavramlar

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramının tanımı için Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) yaptığı tanım en çok kabul gören tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre; Sağlık, “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yöndentam bir iyilik durumu” olarak ifade edilmiştir(Şişman 2010: 6).

Sağlık kavramı diğer birçok kavram gibi siyasal, sosyal, kültürel, ekonomik ve evrensel hukuk alanındaki özetle insanoğlunun tarih boyu birikimlerle beraber kapsamı ve içeriği değişen, gelişen bir kavramdır. Sağlık kavramını tüm kapsam ve içeriğini ifade edecek şekilde bir tanım mümkün değildir. Genel kabul görmüş Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanımdır. Bu tanım en çok kabul edilen tanım olmasına rağmen sağlık kavramının ölçülmesi ve erişilmesi zor bir kavram olması birçok eleştiriye maruz kalmaktadır(Ateş 2012:3).

Sağlık tanımı; Genel olarak ‘hasta olmama’ anlamında, hastalık kavramı ile ilişkili, yani olumsuz bir etki bırakacak şekilde tanımlanmaktadır. Buna paralel olarak hâkim olan batı dünyasında ki tıbbi gelişmeler, hep mevcut hastalıkların nedenini ortaya çıkartmak olmuştur. Bununla birlikte son asır da ki tıp bilimi ve teknolojisindeki ilerlemeler sayesinde hastalıklarla ilgili büyük bir bilgi birikimi elde edilmiştir. Bu bilgi birikimi Sağlık Hizmetlerinden ziyade büyük oranda hastalıkların ya da hasta olan kişilerin tedavisi ile sebebi bilinen bazı hastalıkların engellenilmesinden öteye geçmemiştir Tıp alanında ki dikkate değer ilerlemeler bir kısım hastalıkların sebebini açığa kavuşturup tedavi etse de bunların yerini yeni ölüm nedenleri çıkmakta ve gelişmiş ülkelerde dâhil olmak üzere birçok ülkede bulaşıcı hastalıktan ziyade, kanserlerden, kalp-damar hastalıklarından, yaşam biçimlerine bağlı problemlerden veya yoksulluk eksenli hastalıklardan dolayı ölmektedir (Hayran, Sur 1997: 4).

Bu durum söz konusu olunca birçok ülke Sağlık Hizmetleri kavramını gözden geçirme ihtiyacı hissetmiştir. Bu ihtiyacın genelleşmesi sonucunda 2000’li yıllara gelindiğinde DSÖ her kesim insanın sağlıklı bir hayat sürdürmek için ihtiyaç duyduğu strateji ve hedefleri açıklamıştır. Bu strateji ve hedeflerin en önemli özelliği ‘Sağlığın Geliştirilmesi’ gibi olumlu mesajların verilmesi olmuştur (Hayran, Sur 1997: 5).

Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluş ilkelerinde yer alan sağlık tanımlı iyilik kavramının açığa kavuşturulması sorun arz etmekle beraber, tam’ın neye nispeten ölçüleceği de problem oluşturmaktadır. Diğer yandan sağlığın ‘hal’ olarak tanımlanması bireyin görev mesuliyetini azaltarak statik bir konuma indirgemektedir. Bunlara rağmen tanımdaki ‘sosyal’ iyilik ifadesi önemli bir ilerleme olarak görülmüştür(Hayran, Sur 1997:5).

1.1.2. Sağlık Hakkı

Yaşamımızda ki en temel gereksinimlerin başında sağlık ve hastalık terimleri gelir. Hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesi ve sağlıklı bir çevrenin oluşturulması ve esas olarak sağlık imkânlarının yüksek standartlarda tutulması bütün devletlerin temel amaçları arasındadır. Tarih boyunca sağlıklı bir hayat ve sağlıklı bir çevrede yaşam sürdürmek Temel insani hakların esasları olmuştur. Geçmişte söz konusu hakkın şimdiki durumdan biraz daha farklı olsa da insanlık tarihi kadar bir maziye sahiptir. Tarihte önemli ilklere imza atan Babil hükümdarı Hammurabi kendi ismiyle oluşturduğu Hammurabi kanunları, hekimlerin yetkilerini ve sunacakları hizmet karşılında alabilecekleri maaş belirtilmiştir(Kavucubaşı, Yıldırım 2010:17).

Türkiye’de de anayasanın 56.maddelerinde sağlık hakkına dair şu ifade vardır;”Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.”Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların görevidir.Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verimliliğini düzenler.Sağlık ve hastalık terimleri, tıbbi sosyolojide halen fikir

ayrılıkları söz konusudur. Klasik tıp bakış açısına göre sağlık; özünde biyolojik bir haldir ve kişinin biyolojik yapısındaki bozulmalar, hastalık olarak kabul edilmektedir(Kavuncubaşı, Yıldırım 2010 : 18).

Uluslararası Çalışma Örgütü Anayasası; İlk başta sadece işçilerin genel ve mesleki hastalıklara ve iş kazalarına yönelik korunma yasasını kabul ederken, 1944 ‘de geldiğinde Philadelphia Bildirgesinde geçen; Korunmaya gereksinimi olan herkese en az gelir sağlamak üzere toplumsal güvenlik önlemleri ile sağlık bakımlarının genişletilmesi, bütün işlerde işçilerin sağlıklarının tam olarak korunması, çocuğun ve analığın korunması, ifadesi ile sağlık hakkı kavramının alanını genişletmiştir (Şişman 2010:6).

Ülkemizde de 05.01.1961 gün 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasında Dünya Sağlık Örgütünün kabul ettiği tanıma yakın bir tanım olan; Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın yokluğu olmayıp beden, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik durumudur, şeklinde ifade edilmiştir (Şişman 2010:6).

İnsan hakları evrensel bildirgesinin 25’inci maddesinde;

Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.Ülkemizde sağlık hakkı 1961 anayasasının 49.maddesinde “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini sağlamakla ödevlidir” ifadesi sağlık hakkının verilmesi devletin bir yükümlüğü olarak tanımlamıştır (Şişman 2010:7).

1982 anayasasında da insan hakları evrensel bildirgesine benzer olan ve yaşam hakkını esas alan 17.maddeye göre“Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.”Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olamadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.”

Bu maddeye göre: Bütün halkın sağlıklı yaşama hakkı devletin sorumluluğundadır (Şişman 2010:7).

1.1.3. Sağlık Sistemi

Tarih boyunca sağlık sisteminin tam olarak neyi ifade ettiği konusunda birçok tanım yapılmıştır. Günümüzde yaygın olarak kabul gören tanım, DSÖ' nün yaptığı tanımdır. DSÖ' ye göre sağlık sistemi: Birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak ifade edilmiştir(Şişman 2010:8).

Dünya sağlık raporu 2000'li yıllarda sağlık sistemlerinin mesul olduğu alanın sınırları için bazı açıklamalara yer vermiştir. ÜlkedekiSağlık Bakanlığının doğrudan doğruya kontrolünde ki faaliyetleri kapsamaktadır. Burada öne çıkan sağlığı iyileştirmeyi hedefleyen bazı aktiviteler (örneğin; Sigara ve içki gibi ürünlerin kullanımını azaltmaya yönelik vergiler) bu açıklamanın sınırları dışında kalmaktadır. Bazı ülkelerde bu sınırlar, biraz daha dar tutulup, özel sektörün sunduğu çoğunlukla kişisel sağlık hizmetlerini ya da devletin kontrolünün haricinde ki vakıf ve dernekler tarafından tanınan hizmetleri bu sınırların dışında tutmaktadır. Daha sonra sağlık sistemi için yapılan açıklamanın sınırları biraz daha genişletilmiştir. Buna göre sağlık sistemi kişiye ya da topluma yönelik aktiviteler sağlık hizmetlerinedâhil edilecek, ancak sağlığı sektörler arası faaliyetlerle artırmayı hedefleyen aktiviteleri kapsamayacaktır. Daha sonra sağlık sisteminin asıl amacı sağlığı iyileştirmek olan her aktivite sağlık sisteminin bir birleşeni olarak düşünülmelidir. Bu açıklamaya göre tıbbi ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini dâhil ettiği gibi, trafik kazalarından dolayı ölümleri düşürme amaçlı faaliyetler gibi sektörler arası işlemleri de kapsamaktadır. Günümüzde ise sağlık sistemi için; Sağlığı iyileştirme amaçlı yapılan tüm faaliyetleri kapsar şeklinde açıklama yapılmıştır (Uğurluoğlu, Çelik 2005:6).

1.1.4. Sağlık Sisteminin Hedefleri

Sağlık sisteminin üç temel hedefi vardır: DSÖ 2000'li yıllarda,

- 1) Adaletli bir şekilde ücretlendirme
- 2) Hastaların doğal isteklerinin karşılanması
- 3) Sağlığın geliştirilmesi, şeklinde belirtmiştir. Bu hedefleri kısaca özetlersek;

1.1.4.1.Temel Hedefler

Sağlık Sistemi değerlendirilirken mutlaka göz önüne alınması gerekli olan hedeflerdir. Burada ki hedefler sağlığın geliştirilmesi ve adaletsizliğin azaltılması, hastaların isteklerinin karşılanması ve adil finansmanın sağlanmasıdır (Şişman 2010:9).

1.1.4.2. Sağlığın Geliştirilmesi

İnsanların Sağlığının yükseltilmesi bir sağlık sisteminin tanımlanmış hedefidir. Ülkede ki bireylerin hayat boyu sağlığını korumak, doğum öncesi ölümleri ve ölümcül olmayan sağlık hizmetleri sonucunu dâhil olacak şekilde olmalıdır(Şişman 2010:9).

1.1.4.3. Beklentilerin Karşılanması

Burada önemli olan hastaların, sağlık hizmetleri dışında ki beklentilerinin tatmin edilmesidir. Örnek olarak, bireylere saygı ve müşteri odaklılık verilebilir(Şişman 2010:9).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri kavramı, uzun yıllar boyunca, ortaya çıkmış bir hastalığın tedavisi şeklinde anlaşılmıştır. Fakat zamanla artan çeşitli hastalıklar, toplum sağlığı, çevre sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi gibi durumlar ve bunlarla ilgili bilgilerin artması sonucu sağlık hizmetleri kavramının farklı alanlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Kişinin sağlığının toplum sağlığından ayrı düşünölemeyeceğı anlaşıldığı için kapsamlı tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi de ciddi manada artığı görölmüşür (Karadağ 2007:3).

Sağlık hizmetleri tanımı için; “Sağlığın korunması, rehabilitasyon hizmetleri, hastalıkların tedavisi ve geliştirilmesi için yapılan tüm faaliyetlere” sağlık hizmetleri denilmektedir.

Sağlık hizmetlerini dört ana bölüm de inceleyebiliriz. Bunlar;

1. Koruyucu sağlık hizmetleri
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

3. Rehabilitasyon hizmetleri
4. Sağlığın geliştirilmesi, şeklinde ifade edilmesi mümkündür(Karadağ 2007:4).

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması ve hastalıkların engellenmesi için sunulan hizmetler ile yapılan yasal düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Üç aşamadan oluşmaktadır;

- a) Primer Koruma(Birincil Koruma):Tüm aşılama hizmetleri, yeterli ve dengeli beslenme, çevrenin sağlık açısından uygun hale getirilmesi ve bireyin ruhsal ve sosyal yönden iyi durumda olması için gereken tedbirlerin alınması için yapılan hizmetleri kapsamaktadır (Ağdemir 2012:3).
- b) Sekonder Koruma(İkincil Koruma):Birey sağlığının bozulma tehlikesi karşısında kişisel ve toplumsal baz da erken tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulması işlemlerini kapsamaktadır(Ağdemir 2012:3).
- c) TersiyerKoruma(Üçüncül Koruma):Bireyin geçirmiş olduğu bir hastalıktan dolayı ortaya çıkabilecek sakatlık veya kronik bozukluklarının minimum seviyeye indirilmesi için, sağlığını kısmen kaybetmiş bireyin yeni hayat tarzına uyumunun sağlanması için kaliteli bir yaşam sürmesi için alınacak bütün tedbirleri ifadeetmektedir. Diğer ifade ile Rehabilitate edici hizmetlerin sunulmasını kapsamaktadır (Ağdemir 2012:3).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri insana ve çevreye yönelik olmak üzere iki farklı şekilde hizmet sunar.

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsanın yaşadığı çevrede var olan ve bireyin sağlığını olumsuz şekilde kimyasal, biyolojik ve sosyal etkenleri ortadan kaldırıp veya bireye zarar vermesini engelleyecek şekilde çevreyi pozitif vaziyete getirmek için yapılan çalışmaları kapsamaktadır.Temiz ve yeterli oranda suyun sağlanması, sıvı ve katı atık maddelerin zararsız duruma getirilmesi, hava kirliliği, endüstri sağlığı gibi hizmetler çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir(Ağdemir 2012:4).

İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri;Bireyleri ve toplumu hastalık oluşturabilecek durumlara karşı güçlü ve dirençli hale getirmeyi, hastalanması durumunda ise tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulmasını sağlayan hizmetleri kapsamaktadır(Ağdemir 2012:4).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumunu kaybeden veya bozulan hastalara, önce ki sağlıklı hayat seviyelerine geri dönmelerini sağlamak için sunulan sağlık hizmetleridir. Kişinin kendini iyi hissetmemesi veya sağlık düzeylerini gözden geçirmek için muayene, teşhis ve tedavileriyle alakalı hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinden oluşur (Erdoğan 2015:53).

1.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bu basamakta sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bir yaşama teşvikle beraber ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunumundan oluşur. Ayrıca bireyler bu hizmetlere kolaylıkla erişir ve uygun maliyetle yaygın bir şekilde bu hizmetlere ulaşır. Ülkemizde ve dünya genelinde aile hekimliği sistemi bu hizmetleri yerine getirmektedir(Erdoğan 2015:54).

Bunun yanında ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık ocakları ve verem savaş dispanseri de birinci basamak sağlık hizmetleri sunmaktadırlar.

Bunlara kısaca değinirsek;

1.2.2.1.1. Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi(ACSAP)

Sağlıklı bir toplum için; kadın, anne ve çocukların sağlık beklentilerini karşılamak ve sağlık düzeylerini geliştirmek temel meseledir. Bunun için ACSAB; aile planlaması hizmetleri ve diğer sağlık kurumları ile işbirliği içinde koruyucu sağlık hizmetleri yasalarına göre hizmet sunmak için kurulan sağlık kuruluşlarıdır(tıbbi terminoloji, 2008).

1.2.2.1.2.Sağlık Ocağı

Birinci basamak sağlık kuruluşları olan Sağlık Ocaklarında koruyucu ve kısmen tedavi edici hizmetler birlikte sunulmaktadır. Sağlık ocaklarında sunulan hizmetler, sosyal devlet anlayışının gereği olarak ortaya çıkan bir hizmet türüdür. Bu kuruluşlarda; Koruyucu hizmetler, bireylerin tedavi ve muayenesi, sağlık ocağına kayıtlı kişilerin sağlık sicillerini tutmak gibi mükellefiyetleri vardır. Hastaların sağlık ocaklarında tedavisi mümkün olmadığı durumlarda, hastaları hastaneye sevk etme yetkisine sahiptir. Günümüzde sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği sistemi uygulanmaktadır (tıbbi terminoloji, 2008).

1.2.2.1.3.Verem Savaş Dispanseri

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu çatısında verem hastalığına karşı mücadele etmek için oluşturulmuş bir sağlık kuruluşudur. Tüberküloz hakkında hastanın bilmesi gerekli bilgiler, hastalığın tanısı ve tedavisi vb. hizmetler sunulmaktadır (Akın 2015:35).

1.2.2.1.4. Aile Hekimliği

Kişi ve aile üyelerinin kolaylıkla ulaşabilecekleri veya yakın mesafede bulunan, sağlık hizmetleri için ilk başvuru yeri, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile beraber birinci basamak teşhis, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerinin, hastalık, yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, herkese kapsamlı ve sürekli vermekle sorumlu olup ve kısmen gezici sağlık hizmetleri sunan ve tam gün esasına göre hizmet sunan aile hekimliği uzmanı ya da bakanlığın uygun gördüğü gerekli olan eğitimleri alan uzman doktor veya doktorlardır. İlk pilot uygulama Düzce ilinde 2005 yılında gerçekleşmiştir. 2010 yılına gelindiğinde tüm illerimizde uygulamaya konulmuştur. Bir aile hekimine ortalama 3000 kişi düşecek şekilde planlanmış olup, mümkün olmadığı durumlarda ise bir hekim en çok 4500 kişi alacak şekilde sınırlandırılmıştır(Akın 2015:35).

1.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Teşhis ve tedavi hizmetlerinin hastayı yatırmak suretiyle hizmet sunan yataklı sağlık kuruluşlarıdır. Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi Türkiye’de de bu hizmeti

kamu hastanelerine bağı hastaneler, yataklı sağık merkezleri, özel hastaneler bu tip hizmetleri sunan kuruluşları arasında yer almaktadır(Ağıdemir 2012:6).

1.2.2.2.1. Hastaneler

Sağık hizmet yapılanmasının en büyük alt organizasyonunu oluşturan ve sağık hizmet sunumunun büyük bir kısmını karşılayan, ayrıca kişinin ve toplumun sağığını korunması ve geliştirilmesinde büyük bir öneme sahip olan kuruluşlar olarak hastaneleri tanımlamak mümkündür. Büyük bir sermayeye ile işleyen hastaneler, farklı seviyelere sahip personeli ve devamlı ilerleyen teknolojiyi kullanması noktasında büyük bir öneme sahiptir (Tıbbi Terminoloji, 2008).

1.2.2.2.2. Türkiye’de Hastanelerin Tarihsel Süreci

Literatüre bakıldığında; Türkiye’de hastanelerin gelişiminin Selçuklu-Osmanlı ve Cumhuriyet dönemi olarak iki grupta incelendiğı görölmektedir. Bu dönemlerle ilgili olarak bazı önemli gelişmeler şunlardır;

- ✓ ilk kurulan hastane 1206 yıllarında Kayseri de kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir.
- ✓ Tanzimat ilanından sonra ilk hastane; Bezm-i Âlem Gureba-i Müslimin Kadın Hastanesidir.
- ✓ ilk kurulan sağık kuruluşlarına Gureba diye adlandırılırken II. Abdülhamit döneminde oluşturulan sağık kuruluşlara Hamidiye hastaneleri ismi verilmiştir.
- ✓ Azınlıkların açmış olmuş olduğı hastaneler, daha köklü bir geçmişe sahiptir. Örneğın; 1843’te Yahudi Hastanesi, 1748’de Rum Hastanesi ve 1775’te ise Fransız Hastanesi kurulmuştur.
- ✓ 1850 yılında sağık hizmetlerinin sunum işlemleri için Mekteb-i Tıbbiye Nezaretı(Tıp Okulu Bakanlığı)kurulmuştur.
- ✓ 1914 yılında kabul gören yeni bir kanun ile sağık işlerinin yönetimiDâhiliye Nezaretine(iç İşleri Bakanlığına) bağılı alt kuruluş olan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi’ne(Sağık İşleri Genel Müdürlüğüne) devredilmiştir(Bulakbaşı, 2015).

1.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi edici hizmetler sunan sağlık kuruluşlarında tıp teknolojisinde ki ilerlemelerin azami derecede kullanılması önem arz etmektedir. Hastalar için ileri araştırma ve özel tedavi hizmetlerinin gerekli olduğu durumlarda hizmet imkânları sunulabilen sağlık kuruluşlarıdır. Genel olarak bu tip sağlık kuruluşlarında ya belli bir hastalığın tedavisi veya belirli yaş gruplarına hizmet sunar. Üniversite Hastaneleri, Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Çocuk Hastaneleri, Kanser Hastaneleri, Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri gibi sağlık kuruluşları ülkemizde üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlara örnek verilebilir (Ağdemir 2012:6).

1.2.2.4. Rehabilitate Edici Hizmetler

Bireyin geçirmiş olduğu kaza ve hastalıklardan kaynaklı olarak ortaya çıkan devamlı bozukluklar ve sakatlıkların kişinin gündelik hayatı olumsuz etkilemesini engellemek veya bu olumsuzlukları en az seviyeye indirmek, bireyin ruhsal ve bedensel açıdan kimseye bağımlı olmadan hayatını sürdürmesini sağlamak amacıyla sunulan hizmetleri ifade eder. Burada temel amaç kaza veya hastalık sonucu kısmen sağlığını kaybeden bireylere; İşlevsel kabiliyetler kazandırmayı hedeflemektedir.

İki türlü rehabilitate edici sağlık hizmetleri vardır, bunlar;

Sosyal Rehabilitasyon: İşbulma, iş öğretme ve işe uyum sağlamadır.

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların düzeltilmesidir(Ağdemir 2012:6)

1.3. Türkiye’de Sağlık Sistem Ve Politikaların Gelişme Süreci

Politika kavramı için kabul edilen en geniş tanım; Belirli bir ekip politik aktörün çeşitli meselelere yönelik hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflere ulaşmak için kullanılacak olan araçlar açısından öngörmüş oldukları kararlardır. Birçok dilde siyaset ve politika kelimesi aynı anlamda kullanılmaktadır. Ancak siyaset ve politika kelimeleri aynı anlamda olmasa da birbirinden bağımsız düşünülmesi söz konusu olamaz (İleri, Seçer, Ertaş 2016:176–186).

Sağlık politikaları; Sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşların, finansman işlemlerinden hizmetlerine kadar olacak tüm faaliyetleri etkileyecek tüm fiilleri kapsar. Sağlık politikaları belirlenirken en çok üzerinde durulması gereken mesele “Sağlık politikasının hedefi ne olmalıdır?” sorusudur (İleri, Seçer, Ertaş 2016:176–186).

Türkiye’de sağlık sistemini modernleştirme faaliyetleri, Osmanlı Devletinin 19.yüzyıl da yaptığı bazı çalışmalara kadar uzanır. Fakat 19.yüzyılın sonlarına kadar da sosyal devlet anlayışının esası olan sağlık hizmetlerinin devletin temel görevleri arasında yer almamıştır. Ancak daha sonra dünya genelinde ortaya çıkan ilerlemelere paralel olarak Osmanlıların da gereken adımları attığı görülmektedir(İleri, Seçer, Ertaş 2016:176–186).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimini 6 aşama da incelemek mümkündür;

1. Osmanlı Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları
2. 1923–1946 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları
3. 1946–1960 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları
4. 1960–1980 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları
5. 1980–2000 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları
6. 2000 yılı ve sonrası Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları

1.3.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları

Osmanlı devletinde diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık sistemi alanında da 19.yy’ın ikinci yarısından sonra batıda ki ilerlemeleri örnek almıştır. Bu dönem de sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir. Sosyal devlet anlayışının temelleri atılmış ve sağlık hizmetleri geniş kitlelere ulaştırılmıştır. 1849’da Hekimbaşı kurumunun yerine 1850 yılında tıbbiye nezareti oluşturulmuştur (Şişman 2010: 22).

1868 yılına gelindiğinde sağlık hizmetleri uygulaması ile ilgili olarak yeni bir nizamname de hekimlik hizmeti sunabilmek için, herhangi bir tıp okulundan mezuniyet şartı getirilmiştir. 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezareti çatısı altında Mülkiye merkezi kurulmuştur. Bu birimin kurulmasının temel amacı geniş kitlelere

sunulacak sağlık hizmetleri ile alakalı işlemleri gerçekleştirmektedir. 1871 yılında ilan edilen, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Mufettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri oluşturularak sağlık hizmetlerinin sistemleşmesi yolunda hukuki yapının temelleri atılmıştır (Şişman 2010: 22).

1906 tarihinde Meclis-i Maarifi Sıhhiye adında kurulan örgüt, 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye olarak değiştirilmiştir. Bu sistem bugün halen kullandığımız Genel Müdürlüklerle benzer statüye sahiptir. Bu yapılanmanın temelinde ise İtalyan sağlık yapılanması esas alınmıştır. 1914 yılında ise bu genel müdürlükler Dâhiliye Nezaretine bağlanmıştır. Böylece sosyal devlet anlayışında büyük ilerlemeler kat edilmiştir.2 Mayıs 1920’de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti yani Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuş, bir gün sonra sağlık hizmetleri yönetme ve yürütme işlemleri bu bakanlığa devredilmiştir(Şişman 2010:23).

1.3.2. 1923–1946 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları

Cumhuriyet ilanından sonra yeni kurulan hükümetin ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik SAYDAM 1937 yılına kadar bu görevi yerine getirmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetleri alanında ilerlemeler sağlanmıştır. Günümüzde hala geçerliliğini koruyan Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun 1928’de kabul edilmiştir. Ayrıca 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Genel Sağlığı Koruma Kanunu) gibi birçok kanun bu dönem de çıkmıştır(İleri, Seçer, Ertaş 2016:176–186).

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin arz ve talep ilişkisini düzenleyip dengelemek için temel yasalar çıkarılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiştir. Bulaşıcı hastalıkların engellenmesi için çeşitli sağlık programları uygulanmıştır. Geniş alanda tek amaçlı hizmet yani dikey örgütlenme modeli benimsenmiştir(Yılmaztürk 2013:176-188).

Bu dönemde hükümetin konumu tedavi hizmetlerinin yürütülmesi asli görev olarak değil, daha ziyade mahalli yönetimlere yol gösterici olmuştur. Bu amaçla Diyarbakır, Ankara, Sivas ve Erzurum gibi illerde numune hastaneleri kurulmuş, belediye ve özel idareler hastane kurmaya özendirilmiştir. Koruyucu hekimliği,

özendirmek için birinci basamak sağlık hizmetleri sunan doktorlara yüksek maaş verilmiştir(Karadağ 2007: 9).

1.3.3. 1946–1960 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları

Bu dönemde tüm sağlık hizmetlerini yurt geneline yaymak ve sağlık hizmetlerini entegre etmek amacıyla 1946 tarihinde bir araya gelen 9.Milli Tıp Kongresinde kabul edilen “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” uygulamaya konulmuştur. Bu dönem için bu plan büyük bir gelişmeyi ifade eder. Çünkü bu planla bütün sağlık hizmetlerinin sunumu devletin görev ve sorumluluğudur, anlayışı gelişmiştir (Akdur 2000: 12).

Bu plan Dr.Behçet UZ tarafından hazırlandığı için bazı kaynaklarda “Behçet UZ Planı” diye anılmaktadır. Bu planla şu hizmetler hedeflenmiştir;

1. Türkiye de 7 sağlık bölgesi oluşturulacak ve her bölgenin yapılanması kendine yeterli bir vaziyete getirilecek.
2. Oluşturulan her bölge de, her 40 köy için en az 10 yataklı olacak şekilde Sağlık Merkezi oluşturulacak.
3. Kurulan Sağlık Merkezlerinde iki doktor, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire olmak üzere toplam beş sağlık personeli olacak. Ayrıca her 10 köy için bir sağlık memuru ve bir ebe hedefleniyordu.
4. Her Sağlık Merkezinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu birlikte yapılacaktır.
5. Ayrıca bu bölgelerin oluşturulması bitince, her bölge için bir tıp fakültesi oluşturulması öngörülüyordu (Akdur 2000: 13).

Bu planda koruyucu ve tedavi edici Sağlık Hizmetlerinin birlikte sunulması ve hizmet sunulması işlemlerinin genel idareden bağımsız olarak nüfus temelli oluşturulması noktasında çağdaş sağlık hizmetlerinin temelleri oluşturmuştur. Bu planla, geçmişte ki koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin ayrı bir şekilde ele alınması mantığı son bulmuştur. Ayrıca tüm sağlık hizmetleri devletin görev ve sorumluluğudur anlayışı gelişmiştir. Cumhuriyet Döneminde sadece büyük illere has olan yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu yurt geneline yayılacak ve özellikle kırsal alanların hizmetten yararlanması amaçlanmıştır (Akdur 2000: 12).

Behçet Uz'un sunmuş olduğu bu plan kendisinden sonra gelenler tarafından fazla önemsememiş ve ülkemiz de hemen her ilçe de bir sağlık hizmeti sunum merkezi oluşturma yoluna gidilmiştir. Bu merkezler ise planlamaların aksine maliyetleri oldukça yüksek küçük hastaneler olmakla sınırlı kalmıştır (Akdur 2000: 12).

Bu dönem de diğeri bir sıkıntı sağlık merkezlerin de çalışan doktorlar aldıkları ücretleri yeterli bulmadıkları için ve daha fazla para kazanmak için muayenehanelerinde ki çalışmalarla daha çok meşgul olmuşlar. Bunun neticesinde de hekimler sağlık merkezlerin de sunulmaları gereken hizmetleri hakkı ile yerine getirememiş ve vatandaşlar çeşitli sıkıntılar yaşamıştır (Akdur 2000: 12).

Bu durum daha sonra Doktorların sağlık merkezlerinde çalışmaktan ziyade tamamen serbest çalışmaya yönlendirmiş. Sağlık personellerinin bu durumu öyle bir hale gelmiş ki sağlık merkezlerin de hizmet sunacak sağlık personeli ihtiyacı karşılanamaz olmuştur. İlerleyen dönemlerde bu sağlık merkezlerinin bir kısmı sağlık ocağına dönüşmüştür, bir kısmı ise hastaneye dönüştürülerek bu uygulamaya son verilmiştir (Karadağ 2007:13).

Bu dönemde küresel çapta ortaya çıkan Sıtma, Çiçek, Frengi ve Cüzzam gibi salgın hastalıklarla mücadele edilmiştir. Bu amaçla “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır. Ayrıca bazı hastalıklara özgü hastalık eksenli dikey örgüt oluşumları daha fazla önem verilmiştir (Karadağ 2007:13).

Bu dönemde diğeri önemli gelişmeleri şöyle sıralanabilir;

- ✓ 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur, bu kurum Sosyal Sigortalar kurumuna bir geçiş olarak kabul edilmiştir. Ayrıca bu kurum ile Sağlık Bakanlığının hizmet ve istihdam sektöründe ki tekeli ortadan kaldırılmıştır (Karadağ 2007: 13).
- ✓ Genellikle devlet memurlarını kapsayan Emekli Sandığı'nın kurulması ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.
- ✓ Sosyal Güvenlik alanı genişletilmesi için çalışmalar yapılmıştır.

- ✓ Yerel yönetimler ve özel idarelerce yürütülen sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının bünyesine devredilmiştir.
- ✓ Sağlık alanının da bölgesel kurum yapılanmaları da bu dönemin eseridir. Örneğin; Çocuk, Sinir, Ruh Ve Verem Hastalıkları Hastaneleri Ve Bölge Numune Hastaneleri gibi(Karadağ 2007:13).

1.3.4. 1960–1980 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları

1960 askeri darbe ile yönetime askeriyeenin el koymasıyla oluşan yeni askeri yönetim, sağlık alanında çeşitli politikalar geliştirmiştir. Bunlardan günümüzde de kısmen geçerliliğini koruyan ve ulusal sağlık hizmetlerinin oluşumuna ortam hazırlayan 224 sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesine dair kanun kabul edilmiştir. 1961 anayasasında geçen “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” ifadesi ile halkın hem sağlık hakkını dile getirmiş, hem de bu hizmetin yerine getirilmesi devletin vatandaşlarına karşı bir görevi olarak sayılmıştır (İleri, Seçer,Ertaş 2016:176–186).

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için çeşitli çalışmalar yapılmış ve 1983 yılına gelindiğinde bu sistem yurt geneline yayılması sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlık kazanması için, koruyucu sağlı hizmetlerine önem verilmiştir. Ana çocuk sağlığı ve Aile Planlaması hizmetlerinde çeşitli adımlar atılmıştır(İleri, Seçer,Ertaş 2016:176–186).

Bu dönem de bir diğer gelişme ise “Geniş Alanda Tek Yönlü Hizmet”ilkesinin yerine “Dar alanda çok yönlü hizmet” anlayışı benimsenmesi olmuştur.1967’de Genel Sağlık Sigortası uygulaması için bir kanun taslağı öngörülmüş, fakat plan aşamasında istenilen netice alınmamış. 1969’da İkinci Beş Yıllık Kalkınma Projesinde Genel sağlık Sigorta sisteminin uygulanması tekrar görüşülmüş. Fakat kanun taslağı, TBMM’de kanunlaşma aşamasında onaylanmamıştır (Filiz 2014: 13).

1978 yılında sağlık çalışanların Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun kabul edilmesi ile kamu’da çalışan hekimlerin muayenehane açmaları kesin olarak yasaklanmıştır. Ancak 1980’de Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına

Dair Kanun kabul edilince, kamu hastanelerinde çalışan sağlık personellere muayenehane açma serbestliği tekrar tanınmıştır (Filiz 2014: 14).

224 sayılı yasanın hedefleri şöyle özetlenebilir;

- ✓ Tüm vatandaşlara her yerde ve her zaman sağlık hizmet sunumu
- ✓ Halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından önem arz eden sağlık problemlerine önem verilmesi
- ✓ Sağlık merkezlerine gelemeyen yurttaşlara da sağlık hizmeti sunumu
- ✓ Sevk zinciri sisteminin oturmasını sağlamak
- ✓ Sağlık hizmetlerinin planlama ve sunulması aşamasında vatandaşların da katılımını sağlamak.
- ✓ Hizmet anlayışının temeline ekip mantığı yerleştirmek.
- ✓ Esnek bir model oluşturarak planlı bir şekilde hizmetleri sürdürmek gibi amaçlar benimsenmiştir(Yılmaztürk 2013:176–188).

1.3.5. 1980–2000 Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları

1980 darbesiyle kurulan yeni hükümet 1982 anayasasını hazırlamış. Bu anayasa da sağlık sistem ve politikaları ile ilgili birçok yasa yer almıştır. Bazı köklü değişikliklere gidilmiş bunun yanında bazı uygulamalarda yenileşmeye gidilmiştir. 1982 anayasası bireylerin sosyal güvenlik hakkı tanınmasıyla beraber bu hakkın yerine getirilmesi devletin görev ve sorumluluğu olduğu yönünde bazı yasalar içermektedir (Filiz 2014: 14).

1982 anayasa'nın 56 .maddesi “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; İnsan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekeştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimde ki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”hükmü eklenmiştir. Ayrıca aynı madde de Genel Sağlık Sigortası ilgili bir hüküm yer almıştır (Filiz 2014: 14).

1982 anayasasının 60.maddesinde şu ifade geçmektedir; “Herkes sosyal hakkına sahiptir Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.”1987 yılına gelindiğinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel kanunu kabul edildi, fakat hem bu kanunun uygulanması için gerekli hazırlıklar yapılmadığı için hem de Anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddeler iptal edilmesinden dolayı kanunun tam olarak uygulanmamıştır.Bu dönemde dünya çapında sağlıkta finans yönetimi ciddi bir şekilde önem kazandı, bundan dolayı Genel Sağlık Sigortası, tekrar konuşulmaya başlandı. Fakat bu meselede ki yasal düzenlemeler yerine getirilmediği için herhangi bir adım atılmadı. Bununla beraber 1986 yılında kamuda üçüncü bir sağlık sigortası olan Bağ-Kur kurulmuştur. Bu yapının oluşumundan sonra sağlık hizmetlerinin sunumuna üç ayrı yaklaşım ve fiyatlandırma durumu yaygınlaşmıştır. Örneğin; İki kişi aynı hizmeti almasına rağmen sağlık sigortası farklılığından dolayı fiyatlandırma farklı olmuştur (Filiz 2014: 14).

1990 yılına gelindiğinde Devlet Planlama Teşkilatı(DPT) önemli bir adım olan sağlık sektörü hakkında bir esas sayılabilecek olan bir temel plan hazırlanmış ve bu amaçla Birinci Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında bir araya gelmiştir. DPT ve Sağlık bakanlığının birlikte yürüttüğü “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” sağlık alanında önemli reformların başlangıcı olmuştur (Filiz 2014: 14).

1992 ve 1993 yılları sağlık reform çalışmasının teori kısmına ağırlık verilmiştir ve bu amaçla birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanun kabul edilmiş ve Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Yeşil Kart uygulaması ile maddi imkânsızlıklardan dolayı herhangi bir sosyal güvencesi olmayan bireyler sosyal güvenlik kapsamına dâhil edilmiştir. Bu yasa ile düşük gelirli olan bireyler kısmen de olsa sağlık sigortacılığı kapsamına alınmışlardır. Sağlık Bakanlığı 1993 yılında “Ulusal Sağlık Politikası” projesini; çevre sağlığı, yaşam tarzı, destek, sağlıklı Türkiye ve sağlık hizmetlerinin sunumu adı altında toplam beş başlık altında hazırlamıştır. Genel Sağlık Sigortası 1998 yılında “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” ismi altında, Bakanlar Kurulu tarafından TBMM’de gündeme getirildi. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı kanunlaşmadı. 2000 yılına gelindiğinde Genel Sağlık Sigortasının yasallaşması için tekrar gündeme geldi. “Sağlık Sandığı”

ismi altında bir kanun taslağı bakanlar kuruluna gönderildi fakat olumlu sonuç alınmadı (Filiz 2014:15).

1990 yıllarında sağlık sistem ve politikalarının temelinde 4 ana hedef vardı;

1. Genel Sağlık Sigortası oluşturularak, sosyal güvenlik kuruluşlarını tek yerden idare etmek.
2. Hastanelerde klasik yönetim anlayışı yerine, özerk sağlık işletmeleri anlayışı geliştirmek.
3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile beraber Aile Hekimliği hizmetlerini de vermek.
4. Sağlık Bakanlığının; Sağlık hizmetlerinin sunumunda daha çok koruyucu hizmetler veren ve bunları planlayıp, uygulanması için gerekli tedbirleri alan ve denetleyen bir kurum haline getirilmesi.

Özet olarak bu dönem için şunu söyleyebiliriz ki; Bu süreçte teoriye çok önem verilip birçok yasa çıkarılmasına rağmen, uygulama kısmına gelince ciddi manada sorunlar yaşanmıştır (Filiz 2014:15).

1.3.6. 2000 Yılı Ve Sonrası Dönemi Sağlık Sistemi Ve Politikaları

2000’li yılların başlarında kurulan ve sonraki dönemlerin sağlık politikalarını oluşturan Adalet ve Kalkınma Partisi sağlıkla ilgili temel felsefelerini Parti Programının, sağlık bölümünde, şu şekilde özetlemişlerdir;”Partimiz, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesine sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında görür. Sosyal güvenlik şemsiyesi tüm halkı kapsayacak şekilde düzenlenecektir. Devlet herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle iş birliği yaparak yerine getirmek zorundadır. Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir”(Er 2011: 90).

Yeni kurulan hükümetin bu temel felsefesi doğrultusunda, sağlık alanında şu düzenlemelerin yapılmasını öngörmüştür;

1. Koruyucu hekimliğin yeterli düzeye ulaşması için gerekli çalışmalar yapılacaktır
2. Sağlık hizmetleri alanında, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri başta olmak üzere özel sektöre, gönüllü kuruluş ve vakıflara açıktır.

3. Çalışma esasları Sağlık bakanlığı tarafından belirlenip, gerekirse ucuz krediler verilip, Aile Hekimliği düzenlenerek uygulamaya konulacak. Böylelikle bireyler birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha kaliteli ve güvenli bir şekilde faydalanacak.
4. Sevk zinciri tekrar düzenlenip, ikinci basamak sağlık kurumlarının yükü hafifletilecek.
5. Sağlık Bakanlığının rolü değişecek, daha çok politika üretmek, sağlık politikalarına yön vermek vb. görevler üstlenecek
6. Yeni sağlık sisteminin yürürlüğe girmesiyle, sadece sağlık ile ilgili kurumlar değil aynı zaman da tüm yerel yönetimlerde sisteme paralel düzenlemeler yapacak.
7. Sağlık alanında olumlu rekabetin olması için bazı düzenlemeler yapılacak.
8. Sağlık hizmetlerinde, bilgi işlem etrafında tek çatı altında kontrol sistemi uygulanacak.
9. Sağlık alanı ile ilgili özendirici düzenlemeler yapılacak, ilaç ve tıbbi üretim sanayisi Devlet eli ile teşvik gerekirse yardım edecek.
10. Genel Sağlık Sigortası düzenlenerek, herkes Sağlık Güvencesine sahip olacak.

Adalet ve Kalkınma Partisi 2002 seçimleri kazanarak 58. Hükümeti kurmuş ve sağlık alanında bu hedefler doğrultusunda faaliyet göstermiştir(Er 2011:91).Bu süreçte Cumhuriyetten günümüze kadar sağlık alanında yapılan bütün çalışmalar gözden geçirilmiş ve olumlu uygulamalar göz önünde bulundurularak yeni adımlar atılmıştır. Hizmet sunanlarında, hizmet alanların da çok net hissettiği değişiklikler yaşanmıştır. Sağlık alanında birçok kişinin yakındığı konular çoğunlukla ortadan kalkmış. Bunun yerine daha kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti için ne yapılabilir meseleleri tartışılmış (Akdağ 2008: 21).

60.Hükümet kurulmasından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programına 3 hedef daha eklenmiştir.

Bu hedefleri şöyle özetleyebiliriz;

1. Daha güzel bir istikbal için sağlıklı hayat planları icra etmek ve sağlığın geliştirilmesi için gerekli adımlar atmak.
2. Sektörler arası işbirliğinin artırılıp sağlık alanında daha çok sorumluluk almalarını sağlamak. Bunun için de tarafların özendirilmesi için gerekli çalışmalar yapmak.
3. Sağlık hizmetlerini ülke dışına taşıyıp ülkenin gücünü ulusal boyutta göstermek(Akdağ 2008:22).

Sağlık alanında bu ilerlemelerin yansıması olarak temel sağlık verilerinde bir çok olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin;

1. Bebek ve anne ölüm oranlarında ciddi azalmalar olmuş.
(Bebek ölüm oranında;2011’de 1000 canlı doğumda 7,7’ye düşmüş.)
(Anne ölüm oranında; 2006’da yüz binde 28,5 iken bu oran 2011’de yüz binde 15,5’e gerilemiş.)
2. Sağlık personeli sayısında ciddi artışlar olmuş. Sağlık personeli eğitim seviyesi yükselmiştir.
(2007 Tıp fakülteleri kontenjanı 4.700 iken, 2011’de 9.000 olmuştur.)
(2007 Hemşirelik kontenjanı 5.600 iken, 2011’de 11.500 olmuştur.)
3. Sağlık kurumlarında yatak kapasitesi açısından da ciddi ilerlemeler yaşanmıştır.
(2006-2011 yılları arasında yatak kapasitesinde yüzde 17,7’lik bir ilerleme kaydedilmiştir.)
4. Kamu harcamalarında, sağlık harcamalarının payı artmıştır. Örneğin; Sağlık harcamalarının 2007’de GSYH’de payı yüzde 4 iken, 2011 yılında yüzde 4,5 olmuştur(Türkmen 2015: 8).

1.4. Sağlık Sisteminde Yeni Dönem

1.4.1. Sağlık Sisteminin İyileştirilmesine Dair Reform Çalışmaları

Reform; Mevcut olan durum veya sistemi daha iyi bir hale getirmek için ya da yeniden düzenlemek için yapılan çalışmalar bütününe denir. Reformun kelime anlamı düzenlemek, yenilemek, iyileştirmek gibi anlamlara sahiptir. Sağlıkta reform

ise; Sağlık sisteminde yapılan iyileştirme faaliyetlerini kapsamaktadır. Günümüz de Globalleşmenin etkisi ile tüm toplumda sağlık alanı ile ilgili bireylerin bilgi seviyesi yükselmektedir, bu da vatandaşların sağlık hizmetlerinden beklentilerini ciddi manada artırmaktadır. Bu doğrultuda bireylerin aldıkları hizmetten memnun olmaları için yapılan ek uygulamalar sağlık hizmet maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır. Bu gelişmeler hizmet sunan sağlık kuruluşlarını; Ayakta kalabilmeleri ve beklentileri yeterli düzeyde karşılayabilmeleri için, yeni adımlar atmaya ve çağın gereklerine uyum sağlamaya zorlamaktadır (Akın 2015: 48).

Bir ülkede ki sağlık sistem ve politikaları bireylerin öncelikli ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak ve bu doğrultuda kaynakların; Verimlilik, ekonomiklik ve etkililik ilkelerine uygun şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Bunun yolu da sağlık hizmetlerinin eşit sunumunu, maliyet paylaşımını, çalışanların ve sermayenin dengeli dağılımını sağlayacak sağlam bir alt yapıdan geçmektedir (Akın 2015: 48).

Sağlık sistem yapılanması, temel sağlık hizmetlerinin sunumu, fiziki olanakların ve personel kaynaklarının geliştirilmesi, planlama yapılması, örgütlenmesi ve politika geliştirilmesi gibi faaliyetleri gerçekleştirme özelliğine sahip olmalıdır. Bu bağımsız gibi görünen işlevler ne düzeyde sağlam bir koordineye sahipse, o derece başarıyı yakalama şansına sahip olur. Sağlık kurumlarında tıbbi hizmetler ve idari-mali hizmetler beraber düşünülmeli, bunlara birbirinden ayrılmaz bir bütün olarak bakılmalıdır. Birçok sistemde birimler arası tam bir koordine sağlanmadığı için sistem başarısız olmaktadır (Akın 2015: 49).

Türkiye de 1980’li yıllarda sağlık reformlarının genel hatlarını DPT’nin ve Sağlık Bakanlığının belirlediği “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü”dâhilinde şekillenmiştir. Bu planlama da detaylı bir şekilde ülkemizde ki sağlık sisteminin mevcut durumunu ortaya koymuş ve bu sistemin daha iyi hizmet sunması için alternatifler üretilmiş. Bu alternatifler arasında ülkemiz için en uygulanabilir olanı seçilmiştir. Aynı zaman da Sağlık Bakanlığı ; “Milli Sağlık Politikası” geliştirmiştir (Akın 2015: 49).

1.4.2.Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname(663) Öncesi Sağlık Sisteminin Sorunları

Reformlar yapılmadan önce ülkemizde ki sağlık sistem ve politikalarında ki problemleri 6 başlık altında toplayabiliriz. Bunlar;

1. Yasal düzenlemelerden kaynaklanan problemler
2. İnsan kaynakları yönetiminden kaynaklanan problemler
3. Yönetim ve örgütlenme tarzından kaynaklanan problemler
4. Sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklanan problemler
5. Bilgi yönetiminden kaynaklanan problemler
6. Finansman yönetiminden kaynaklanan problemler (Aktan 2004: 2-15).

1.4.2.1. Yasal Düzenlemelerden Kaynaklanan Problemler

Sağlık Bakanlığı'nın bir kuruluş mevzuatı halen mevcut olmadığı için genelde örgütlenmesini Kanun Hükmünde Kararnamelerle düzenler. 1930'lu yıllarda hazırlanan mevzuat halen kullanılmaktadır. Bu mevzuat ise yetersiz, oldukça eski, karmaşık ve dağınık bir durumda olduğu için günümüz ihtiyaçlarına cevap verememektedir. Konu ile ilgili sorunları şöyle özetleyebiliriz;

1. Eğitim hastaneleri ve hizmet hastaneleri aynı mevzuatı kullanması
2. Hastanelerin özerk konuma geçmesi için yasal düzenlemelerin yetersiz olması
3. Nakil ve Atama yönetmenliğinin sürekli değişmesi
4. Yasal düzenlemelerin Avrupa Birliği yasaları ile uyuşmaması (Aktan 2004: 2-15).

1.4.2.2. İnsan Kaynakları Yönetim Tarzından Dolayı Çıkan Problemler

Sağlık sisteminin insan kaynakları yönetiminde en büyük problem sağlık personelinin; Bölgeler, kurumlar ve hizmetler arasında dengeli olmayan dağılımdır. Doğu-Batı bölgeleri ve Köy-Şehir yerleşim yerleri arsında farklılıklar görülmektedir. Bu farklılığın temel nedenleri; Eğitim, teknolojik imkânların daha çok büyük şehirlerde bulunması ve ülke genelinde adil olmayan kalkınmışlık farkı sayılabilir.

Bu sıkıntıyı aşmak için çeşitli önlemler alınmasına rağmen(zorunlu görev, teşvik edici ücretler vb.) problem varlığını sürdürmektedir. Bunun dışında insan kaynaklarında problem olarak şu durumları sayabiliriz;

- ✓ Ücretlerin az olması, performans esaslı olmayan ücret ve yükselme durumlarının varlığı
- ✓ Esnek olmayan istihdam ve yönetim tarzı
- ✓ Çalışanların görev tanımlarının ve iş değerlendirilmesinin tam olarak uygulanmaması
- ✓ Etkin olmayan ödül ve yaptırım sisteminin varlığı
- ✓ Meslek grupları açısından bakıldığında dengeli olmayan sağlık çalışanların varlığı(Doktor sayısına nispetle ebe/hemşire sayısının azlığı)
- ✓ Temel olarak sağlık kuruluşlarında “Kurumsal Kültürün” tam olarak yerleşmemesi birçok problemin altında yatan temel engeldir (Aktan 2004: 2-15).

1.4.2.3. Yönetim Ve Örgütlenme Tarzından Kaynaklanan Problemler

Birçok problemi bünyesinde barındıran Sağlık Bakanlığında ki aşırı merkeziyetçi örgütlenme yapısı, bölgesel ve kurumsal boyutta olumsuz etkiye neden olmaktadır. Taşra teşkilatı yeteri kadar personelle donatılmadığı için uygulamaların çoğunda merkeze bağımlı kalmaktadır (Aktan 2004:2-15).

Ülkemizde toplamda yaklaşık 36.000 köy bulunmaktadır, fakat bu köylerin 11.000’de Sağlık Evi ve 2.000’inde Sağlık Ocağı yapılmıştır. 24.000 köyde ne bir sağlık kuruluşu ne de bir sağlık çalışanı bulunmaktadır. Özellikle kırsal alanda sağlık hizmetleri tam olarak sunulmamaktadır (Aktan 2004:2-15).

Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının sayıları kontrolsüz bir şekilde artmaktadır. SSK ve Sağlık Bakanlığı arasında yeterli düzeyde işbirliği sağlanmadığı için aynı bölgede ikisine ait hastaneler faaliyet göstere bilmekteydi. Bu şekilde ki hastanelerin ise verimliliği düşük olmaktadır (Aktan 2004:2-15).

1.4.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumundan Kaynaklanan Problemler

Strateji eksikliği sağlık alanında büyük problemlerin başında gelmektedir. Ülkemizde Cumhuriyetten beri süre gelen koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumundan ziyade tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmasından dolayı, koruyucu sağlık hizmetleri etkin bir şekilde işlememiştir. Bu durum yanlış bir stratejinin neticesidir. Koruyucu hizmetler yetersiz olduğu için, hastanelerde yığılma oranları artmaktadır. Bunun sonucu olarak hastaneler etkin ve verimli bir hizmet sunamamıştır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında ciddi bir koordinasyon eksikliği mevcuttur (Aktan 2004:2-15).

1.4.2.5. Bilgi Yönetiminden Kaynaklanan Problemler

Sağlık Bakanlığına ait sağlık bilgi sistemi için örgütsel boyutta koordinasyon imkânı sunacak herhangi bir birim mevcut değildir. Sağlık hizmetleri sunan birçok kurumda kayıt işlemleri için gerekli teknolojik alt yapı mevcut değildir. Diğer kurumlarla karşılaştırılma imkânı sunan, kurumun durumunu ve olumlu/olumsuz noktalarını belirleme imkânı sunan elle tutulur standart kriterler olmaması, bilgi sistemi açısından büyük bir eksikliktir. Elde edilen epidemiyolojik, sağlık hizmetleri ve diğer konularda ki veriler ile ilgili hem büyük ölçüde bilgi eksikliği hem de güven eksikliği mevcuttur (Aktan 2004:2-15).

1.4.2.6. Finansman Yönetiminden Kaynaklanan Problemler

Türkiye de sağlık giderlerinin GSYİH' de ve bütçe içerisinde ki oranı gelişmiş devletlerle arasında büyük farklılıklar mevcuttur. Ayrılan bu miktar sağlık sistemi içerisinde de dengeli ve yeterli dağıtılmadığı görülmektedir. Örneğin; toplam sağlık giderleri içerisinde koruyucu hizmetlere ayrılan pay %1 oranındadır. Bununla beraber yataklı ve ayakta hizmet veren kurumlara koruyucu hizmetlerle karşılaştırıldığında geriye ciddi bir miktar kalmaktadır. (Aktan 2004:2-15).

İlaç ile ilgili giderler gittikçe artmaktadır. Gelişmiş devletlerde ilaç giderleri, sağlık hizmetleri için harcanan paranın %15'ni oluştururken, Türkiye de bu oran %50 aşmış durumdadır. Hastanelerde finansman yönetiminin etkin, verimli ve

ekonomiklik ilkelerine tam olarak uyulmadığı için giderlerin artması söz konusudur(Aktan 2004:2-15).

1.4.3. Son Yıllarda Sağlık Sistemine Dair Sunulmuş Çözüm Önerileri

Aşağıda sunulan önerilere bir bütün olarak bakıldığı zaman var olan sistemden farklı “Sağlık Hizmeti Sunum Modeli” ortaya çıkmaktadır. Genel olarak sunulan önerileri şöyle özetleyebiliriz;

1. Sağlık hizmetlerinin ülke çapında dengeli dağılımını sağlamak için, yurt geneline göre yetersiz görülen kişi ve bölgelere öncelik vermek.
2. Tedavi edici hizmetlerden ziyade koruyucu hizmetlere ağırlık vermek, sağlıklı yaşam biçimi için bireylerin bilgi seviyesini artırmak.
3. Planlı ve koordineli bir sevk zinciri için, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden kaynaklı eksikleri gidermek.
4. İlaç ve tedavi giderlerini verimli ve etkin bir şekilde sağlamak için bilgi ve kanıt esaslı sağlık projeleri geliştirmek.
5. Sağlık hizmetlerinin sunumu için gereksinim duyulan tıbbi ürün ve ilaçların yurt içi AR-GE ve üretim süreçleri ile sağlanıp üretildiği koordineli bir sağlık hizmet sunmak (Türkmen 2015: 12–13).

Bu maddeler esaslı bir sağlık sistemi oluşturulması ülkemiz açısından faydalı olacağı düşünülüyor. Ülkemizde daha iyi bir sağlık sistemi için mutlaka bazı yenileşme hareketleri gereklidir. Bu esaslara dayalı bir model düşündüğümüzde, böyle bir modelin temel bileşenlerini ise şöyle sıralayabiliriz;

1.4.3.1. Sağlık Bakanlığının İşlevi

Sağlık hizmetleri sunumunda rol oynayan kurumların, özellikle Sağlık Bakanlığının konumu, görevleri ve yapısı yeniden düzenlenmelidir. Sağlık Bakanlığının sunulan sağlık hizmetlerinde esas rolü koruyucu ve önleyici bir sağlık hizmetleri sunan, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili projeler üretip farkındalığı artıran bir pozisyon olmalı. Ayrıca kısmen tedavi edici hizmetleri sunup, daha çok tedavi edici hizmetlerle ilgili standartlar belirleyen bir konumda olmalıdır. Sağlık alanında politikaların hazırlanıp ve uygulamaya geçilmesi ile sağlık hizmetlerinin topluma

sunulması, düzenlenmesi, yöneltilmesi, koordine edilmesi ve denetlenmesinden sorumlu olan kurumların yetki ve sorumlulukları net bir şekilde belirlenmeli ve var olan belirsizlikler ortadan kaldırılmalıdır (Türkmen 2015:12–13).

1.4.3.2. Sağlık Giderleri

Son yıllarda özellikle son on beş yılda Türkiye de sağlık giderleri OECD ortalamasında ki yükselmenin iki katından daha fazla artmıştır. Bu giderlerin bir kısmı yurt genelinde sağlık alt yapısının sağlam bir yapıya kavuşması için harcarsa da, bu harcamaların büyük kısmı doğrudan doğruya bireylerin sağlığına pozitif katkıda bulunmaktan ziyade, gereğinden fazla tedavi ve ilaç kullanımına dayalı olduğu bilinen bir gerçektir. Bundan dolayı, sağlık sigortacılığının, etkin ve verimli bir şekilde kullanılarak belli sınırlar dâhilinde harcamalar yapmasını sağlamak önem arz etmektedir (Türkmen 2015:12–13).

Gerekli görüldüğünde, herhangi bir amaca hizmet etmeyen tetkik, tahlil ve tedavi gibi işlemleri ayrıca buna neden olan sağlık kurum ve hizmet sunan personellerin sosyal sigorta kapsamının dışına almak gibi önlemler alınmalı. Diğer yandan geri ödeme sistemi dâhilinde olmayan sağlık hizmetlerinin sunulması için “Tamamlayıcı Sağlık Sigorta” sisteminin teşvik edilerek Devlet açısından tasarrufun sağlanması ve gereğinden fazla tüketimin engellenmesi gibi konular büyük önem arz etmektedir (Türkmen 2015:12–13).

1.4.3.3. Sevk Zinciri

Sürdürülebilir bir sevk zinciri için öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulması lazımdır. Bunun yanında Aile Hekimliği sistemi ve alt yapısı için yeterli donanımına sahip olacak seviyeye getirilmeli. Kısa bir zaman için “Farklılaştırılmış Katkı Payı Sistemi” ve “Gönüllü Sevk Zinciri” uygulamalarına geçilmeli. Bu sistemlerde belli bir mesafe kat edildikten sonra “Zorunlu Sevk Zinciri” uygulamasına geçilmelidir. Zorunlu sevk zinciri sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında gereksiz hasta yığılmalarının önüne geçilecek. Sağlık personellerinin daha çok hastaya odaklanmasını ve kişi başına daha çok zaman harcamasını sağlayacaktır(Türkmen 2015:12–13).

1.4.3.4. İlaç Kullanımı

Bilinçli ilaç kullanımının temini için sağlık çalışanlarının ve özelde hastaların, genelde halkın yeterli düzeyde bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca etkin bir kontrol sistemi oluşturularak, sağlık hizmetlerinde kullanılacak ilaç ve tıbbi ürünlerin kullanımını, kalitesini ve bunlar için yapılan giderlerin verimliliğini, ekonomikliliğini ve etkinliğini denetleyecek bir sistem sağlanmalıdır. İlaç Takip Sistemi(İTS) ve reçete bilgi sisteminin geliştirilerek, sağlık kurumlarının, sağlık personellerinin ve hastaların kullanmaları sağlanmalıdır(Türkmen 2015:12–13).

1.4.3.5. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin birlikte sunulduğu sağlık kurumlarında sağlık insan gücü ve fiziki alt yapının güçlendirilme faaliyetleri yapılmalıdır. Önleyici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmeli ve çevre sağlığına öncelik verilmelidir. Dünya genelinde ve ülkemizde ölümlerin en temel nedeni olan bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek için, düzenli ve dengeli besin tüketiminin, sigara kullanımının ve alkol kullanımının engellenmesi, yeterli fiziksel aktiviteler gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin belli bir başarıyı yakalaması için esas teşkil eden faaliyetlere öncelik verilmelidir. Bu faaliyetler belli bir seviyede olunca kamu kaynaklarının kullanımında verimin arttığını ve sağlık kalitesinin yükseldiğini görmek mümkün olacaktır (Türkmen 2015:12–13).

1.4.3.6. Sağlık Sanayisinin Yerli İlaç Üretimine Özendirilmesi

Son yıllarda Türkiye de ki sağlık giderleri OECD ülkelerinden iki kat daha fazla artmıştır. Ülkemizin yüksek genç nüfus oranına sahip olmasına rağmen sağlık giderlerinde ki bu artış, ilerleyen zamanlar için ciddi sorunların habercisidir. Sağlık alanında kullanılan ilaç ve ürünlerin büyük bölümü ithal ile sağlanmaktadır. Sağlıkta ki harcamaların bu denli yurt dışına bağımlı olması ülkemiz ekonomisi için büyük sıkıntı teşkil etmektedir. Bu sıkıntıyı aşmak ve yurt içi yerli sağlık ürünleri sağlamak için; AR-GE faaliyetlerine ağırlık verilmeli, kamu alım politikaları ile destek verilmeli ve yerli üretim özendirilmelidir(Türkmen 2015:12–13).

1.4.4. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Öncesi Sağlık Yapılanması

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı organizesi Kanun Hükmünde Kararname(KHK) ile yapılmıştır. Türkiye cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı kuruluş kanunu mevcut değildir. 356 sayılı Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında KHK ile bakanlığın ismi Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir. Daha sonra aynı şekilde 356 sayılı KHK ile bakanlığın örgüt yapısı yeniden düzenlenmiş ve merkezi teşkilat ve taşra teşkilatı örgütlenmesinden bazı değişiklikler meydana gelmiş.

356 sayılı KHK ile sağlık alanına dair tüm planlama, denetleme ve yürütme işlemleri Sağlık Bakanlığının birinci dereceden sorumluluk alanına dâhil edilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık sistem ve politikasını belirleme ve ulusal sağlık planlarını gerçekleştirme görevinden sorumlu tutulmuştur. Ek olarak da sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasından Sağlık Bakanlığı sorumlu tutulmuştur (Akın 2015: 61).

663 Sayılı KHK yürürlüğe girmeden önce Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı; Merkezin başında en yetkili kişi Bakan, ondan sonra ise Müsteşar, 5 Müsteşar Yardımcısı ve yardımcılara bağlı Genel Müdürlükler ve Daire Başkanlıklarından meydana gelmektedir. Sağlık Bakanlığı merkezi boyutta, sağlık sistem ve politikaları ile ilgili genel kararları ve planları belirlemek ve yürürlüğe koymak görevini üstlenmiştir (Akın 2015:62).

Diğer yandan, 663 sayılı KHK yürürlüğe girmeden önce Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı örgütlenmesinde, il düzeyinde Sağlık Bakanını İl Sağlık Müdürü temsil ediyordu. Sağlık Müdürü idari boyutta Valiye karşı sorumlu, Teknik boyutta ise Sağlık Bakanlığına bağlıdır. İl düzeyinde sağlık sisteminin yönetimi İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin planlaması, halka sunumu ve yapılan işlemlerin kontrol edilmesi sağlık müdürlüğü tarafından yapılmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğünde en yetkili kişi Sağlık Müdürüdür, bunu müdür yardımcıları ve 14 şube müdürü takip etmektedir. İlçeler de yapılanma ise, Sağlık Grup Başkanlığı ve başkanlığa bağlı Acil Yardım İstasyonları, Sağlık Ocağı,

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, Halk Sağlığı Laboratuvarı, Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Merkezi VeDevlet Hastanelerinden oluşmaktadır(Akın 2015:62).

1.4.5. Hastaneleri Özerkleştirme Çalışmaları

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık sistemin de etkili ve verimli bir hizmetin yokluğunu ve birçok eşitsizliklerin olduğu herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Az gelişmiş devletlerin çoğunluğu bağımsızlıklarını elde ettikten sonra çok vakit kaybetmeden Devlet tarafından genelde ücretsiz sağlanan sağlık sistem ve politikalarını geliştirmişlerdir. 1970’lerde ortaya çıkan petrol krizi, Keynesyen politikalarının(refah devleti politikaları) bitirilmesine neden olmuş ve eğitim, sağlık gibi birçok alanlar piyasa mekanizmasına bırakılmıştır. 1970’li yıllarda bu krizden dolayı dünyada ki birçok Devlet çok yüklü borçlu konuma düşmüş. Bu olaylar dolaylı olarak o dönemde yapılan ya da yapılacak sağlık sistem ve politikalarına yansımıştır, onun için bu dönem değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Devlet Planlama Teşkilatı ile Sağlık Bakanlığı’nın geliştirdikleri sağlık politikaları çoğunlukla kamu çatısı altında ki hastanelerin özerkleştirilmesi ve sağlıkta idarenin yerel yönetimlerce yapılması üzerinde durulmuştur (Akın 2015: 64).

Sağlık reformundan beklenen sağlık hizmetleri sunan kurumların ekonomik ve idari açıdan özerkleştirilip daha verimli hale gelmesini sağlamaktır. Profesyonel yöneticilik yapılması ile tedavi edici hizmet sunan hastaneler özerk sağlık işletmeleri halini alacaktır. Özerk sağlık işletmelerinin mali ve idari açıdan sorumluluğu Yönetim Kuruluna aittir. Toplam yedi kişiden oluşan Yönetim Kurulunun; 4 üyesi hastane yöneticilerinden, 3 üyesi dışarıdan olacak şekilde ayarlanacaktır. İşletme Genel Müdürü yönetim kurulunda en yetkili kişidir. Günümüzde var olan sistemin(doktorların idare ettiği bir sistemin) aksine reform planında, sağlık kurumlarını profesyonel yöneticiler ve yönetimden anlayan kişiler veya tek işi yönetim olacak olan doktorlardan yönetilmesi öngörülmektedir(Akın 2015:65).

1.4.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı

1.4.6.1. Amaçlar Ve Hedefler

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amacı ve hedefi; Hakkaniyet esaslı, verimli ve etkili bir şekilde, yapılanması, finansman sağlanması ve topluma sunulmasıdır.

a-Hakkaniyet: Tüm halkımızın sağlık hizmetlerine duyduğu ihtiyaç kadar ulaşmalarının ve sağlık hizmetlerinin finansmanına gelir seviyeleri oranında dâhil olmalarının sağlanmasıdır. Çeşitli sosyal gruplar, Kent-Kır ve Doğu-Batı arasında ki farklılıkları kapatmak için; Sağlık hizmetleri açısından ne yapılması gerekiyorsa yapılması hakkaniyeti ifade eder.

b-Verimlilik: Mevcut kaynakların uygun bir tarzda kullanılıp, maliyeti azaltıp, aynı kaynaklarla daha fazla hizmetin sunulmasıdır. Sağlık çalışanların dağılımından, ilaç kullanımına kadar bu esas üzerine sürdürülmesi sağlıkta verimliliği ifade eder.

c-Etkililik: Yürürlüğe konulacak sağlık politikaların, toplumumuzun sağlık seviyesini yükseltme esaslı olmasını ifade etmektedir. Sağlık sistem ve politikalarının en temel amacı bireylere tedavi hizmetleri yerine koruyucu hizmetler sunmaktır, yani kişilerin hasta olmasını önlemektir. Anne-Çocuk ölümlerini azaltılması ve bireylerin yaşam beklentisini artırmak bu amaca hizmet etmektedir.

1.4.6.2. Temel İlkeler

SDP'nin temel ilkelerini şöyle özetleyebiliriz;

- ✓ **İNSANMERKEZLİK:** Bu kavram, hizmetlerin planlanmasından denetimine kadar kişilerin ihtiyaçlarını, beklentilerini ve taleplerini baz almayı ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı 2003: 23).
- ✓ **SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK:** Bu yürürlüğe girecek sistemin, Türkiye şartları ve kaynakları ile paralel olması ve kendini yenileyebilecek kapasitede olmasını ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı 2003: 23).

- ✓ **SÜREKLİ KALİTE GELİŞİMİ:** Sunulan hizmetlerin ve elde edilen neticeler sayesinde gelineen noktanın yeterli görülmeyip, sürekli daha iyi bir seviyeye gelmek için ve yapılan en küçük hata veya verimsiz bir çalışmanın bir sonraki aşamada göz önünde bulundurulması durumudur (Sağlık Bakanlığı 2003: 23).
- ✓ **KATILIMCILIK:** Sistem ile ilgili politikanın hazırlanmasında ve hayata geçirilmesinde bütün tarafların fikir ve tavsiyelerinin değerlendirilmesi, sağlık politikasına yapıcı bir katkı sağlayacak tartışma imkânı sağlamaktır. Bu ilke de sağlık alanı ile ilgili tüm çevrenin göz önünde bulundurulmasını ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı 2003: 23).
- ✓ **UZLAŞMACILIK:** Adaletli bir idare tarzının gereği olan sistemin farklı birimleri arasında karşılıklı menfaatler göz önünde bulundurulurken ortak bir amaçta buluşturma durumudur. Bu ilke, olumsuz bir rekabet yerine yapıcı bir rekabet ortamı oluşturarak kurumun amacına katkı sağlamak olarak da ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı 2003: 23).
- ✓ **GÖNÜLLÜLÜK:** Sağlık hizmetini sunan veya faydalanan, kişi veya kurum farkı gözetmeksizin sistem içerisinde olan tüm birimlerin hedeflenen amaçlara doğru davranmalarını gerçekleştirme yöntemidir. Bu sistemin işlemesi için sağlık hizmeti alan kişilerin ve hizmet sunan kişilerin de zorlayıcı unsurlarla değil özendirici unsurlarla istekli çalışmasını sağlamaktır (Sağlık Bakanlığı 2003: 23).
- ✓ **GÜÇLER AYRILIĞI:** Sağlık alanında yer alan; Finansman temin eden, hizmetlerin planlamasını yapan, hizmetlerin denetimini yapan ve hizmetleri sunan bireylerin birbirinden ayrılmasıdır. Bu sağlandığı zaman çıkar çatışması engellenecek, hizmette verim ve kalite artacaktır (Sağlık Bakanlığı 2003: 23).
- ✓ **DESANTRALİZASYON:** Sağlık kurumları, merkezi yönetimden kaynaklı işlemleri yavaşlatan ve aksatan yapıdan kurtulmalıdır. Sürekli değişen ve gelişen bir yönetim anlayışına sahip olmalı bunun için yerinden yönetim şarttır. Yerinden yönetilen bir sağlık kurumunda işler daha hızlı ve verim oranı daha yüksek olur (Sağlık Bakanlığı 2003: 24).

- ✓ **HİZMETTEREKABET:** Bu ilkenin temel mantığı; Sağlık hizmetlerini tek elden idare edilmesinden kurtarıp, bazı standartlarla uyumlu şekilde çeşitli hizmet sunucularını rekabete sevk etmektir. Bu sayede devamlı kalite gelişimi ve harcamalarda azalmaya doğru önemli sonuçlar elde edilebilir (Sağlık Bakanlığı 2003: 24).

1.4.6.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Çerçevesi

SDP, Sağlık alanını bir bütün olarak kapsayacak şekilde 8 bileşenden meydana gelmektedir. Bu 8 bileşen bir sistem dâhilin de birbiri ile bağlantılı olup hedeflenen amaca hizmet edecek şekilde çözüm üretmektedir. Bütün alanlarda olduğu gibi Sağlık alanında da mükemmeliyete yakalamak pek mümkün değildir. İster istemez bazı aksaklıklar ve tahmin edilmeyen durumlar ortaya çıkabilir. Bundan dolayı SDP'den beklenen de ülkemizde en etkin, en verimli ve en ekonomik sistemi yakalamaktır. İmkânlardâhilinde ihtiyaçları karşılamak ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek için gerekli önlemleri almaktır. Sağlık sektöründe hizmet sunan birimler arasında farklılıkların olması normal karşılanacak bir durumdur. Ancak tüm bu farklılıklar içerisinde önemli olan ana hedeften sapmamaktır(Sağlık Bakanlığı 2003:24).

1.4.6.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

SDP'nin bileşenlerini 8 ayrı başlık altında toplayabiliriz. Bunlar;

1. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
2. Planlayıcı ve Denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdare ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
5. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
6. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
 - a) Ulusal İlaç Kurumu,
 - b) Tıbbi Cihaz Kurumu,
7. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim yani Sağlık Bilgi Sistemi.

8. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,

Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi'nde her bir bileşen için geniş bir açıklamaya yer verilmiştir. Bu bileşenlerin her biri birbiriyle ilişkili olup bağımsız düşünülmesi söz konusu olamaz(Yanmaz 2010: 82).

1.5. Kamu Hastaneler Birliği Uygulaması

1.5.1. Neden Bir Yenileşme Hareketine İhtiyaç Duyuldu?

Reform çalışmalarının temel bileşenleri olarak kabul edilen değişim ve dönüşüm faaliyetleri, bütün dünyada siyasi ve sosyal açıdan olduğu gibi diğer tüm alanlarda da kendini göstermiştir. Globalleşmenin de etkisi ile bütün dünya ülkelerinde benzer reformlar görmek mümkündür. Bir taraftan Globalleşmenin etkisi, diğer taraftan ülkemizin üye olmaya çalıştığı Avrupa Birliği müzakere sürecinin etkisi ile ülke genelinde birçok alanda modern çağa uygun değişim ve dönüşüm çalışmaları meydana gelmiştir. Özellikle kamu alanında yerinde yönetim anlayışının oturması için köklü değişikliklere gidilmiştir. Bu anlayışın temelinde merkezi yönetim anlayışından kurtulup daha etkin ve verimli bir yerel yönetim yapılanması geliştirerek sistemin hızlı çalışmasını sağlamaktır. Bu anlayış dünya genelinde 1970'li yıllardan beri hayata geçirilirken ülkemizde ise, 2000'li yıllarda hayata geçirilmesi için çalışmalar yapılmıştır. Ülkemiz açısından büyük bir yenilik diye bileceğimiz bu değişimler, her kamu kuruluşunun kendi alanında karar verme sürecinde daha etkin olmasını sağlamıştır. Globalleşen dünya dakamu kurumlarının merkezi yönetim anlayışından ziyade yerel yönetim anlayışını benimsenmesinin temelinde bazı sebepler yatmaktadır. Bu sebepleri şöyle sıralayabiliriz;

1. Siyasi ve Ekonomi alanında ki değişimler
2. Etnik kaynaklı çatışmaların ortaya çıkardığı siyasi olaylar
3. Bölgesel farklılıkların ortaya çıkardığı olumsuz siyasi gelişmeler
4. Yönetimde herkese katılım hakkı verme
5. Gelişmiş devlet ve halklarla entegre olma çalışmaları
6. Finansal alanda gelişmeler
7. Bütçe açığından kaynaklanan problemlerin alt kurumlara aktarma
8. Hizmet sunumunda kalitenin artırılmak istenmesi
9. Merkeziyetçi anlayışından kaynaklanan problemler (Birinci 2014).

Yukarıda sayılan nedenlerden dolayı kamu alanlarında sağlık alanı da dâhil dünya genelinde devrim niteliğinde sayılabilecek bazı değişimler yaşanması kaçınılmaz olmuştur. Söz konusu merkezi yönetim anlayışından yerel yönetim anlayışına geçiş sağlayacak köklü değişikliklere ve bunun yerini tutacak yeni yapılanmalara gidilmiştir (Birinci 2014).

Bu genel reformlar sağlık alanında da etkisini göstermiştir. Bunun bir yansıması olarak 1994 yılında Dünya Bankasının sağlık reformu için bazı kriterler belirlemiştir.

Bu kriterleri şöyle sıralayabiliriz;

1. Sadece devletin değil aynı şekilde kişiler, sivil toplum kurumları ve özel sektör de sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olmalıdır.
2. Sağlık alanında devletin görevi sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu hizmetler ile sınırlandırılmalıdır.
3. Merkezi Yönetimin görevi, planlama, politika ve teknik rehberlik olarak belirlenmeli ve sağlık hizmetlerin halka sunumunda yerel yönetime ve özel sektöre sorumluluk verilmelidir.
4. Özel sektör ve sivil toplum kurumlarının sağlık alanında daha çok aktif olmaları ve daha çok sağlık hizmetleri sunumu yapmaları için özendirici politikalar izlenmeli gerekli yerde destek sağlanmalıdır.

Gelişmiş ülkeler bu gelişmelere paralel olarak kamu alanında birçok düzenleme ve değişim yapmıştır. Ülkemizde 1980’li yıllarda bu doğrultuda adımlar atılmış, ancak yeterli ve etkin olmamıştır. 2000’li yıllarda ise ülkemizde bu amaca ulaşmak için yeni adımlar atılmış ve çeşitli ilerlemeler sağlanmıştır (Birinci 2014).

1.5.2. Kamu Hastaneleri Birliği Sistemi

Sağlık, insanoğlunun hayatını idame edebilmesi için en temel ihtiyaç ve sosyal haktır. Bunun için tüm dünya devletleri, kişilerin bu temel gereksinimi yerine getirilmesini devlet için önemli bir sorumluluk olarak görmesi lazımdır. Ülkemizde sağlık alanında kişilerin ihtiyaç duyduğu hizmetin karşılanması ve bunu eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde sağlanması devletin bir sorumluluğu olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulması, tek çatı altında yönetilmesi anayasada öngörülmektedir. Sağlık hizmetlerinin planlaması, örgütlenmesi, denetim ve kontrol edilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir (Alper 2012:56).

Ülkemizde var olan sağlık sisteminin ana gayesi sağlıklı bireyler ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi sağlamaktır. Modern sağlık sistemlerinin özelliği, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, sistemin toplumun herkesini kapsaması, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Dünyada 1980 ve sonrası için kamu politikasında, ciddi bir reform çalışmaları göze çarpmaktadır. Bu reformların temel amacı da yerinden yönetim sağlayarak hizmetlerin etkinliğini artırmaktır. Birçok devlet bu amaca ulaşmak için bazı reformları gerçekleştirmişlerdir (Alper 2012:56).

Ülkemizde de Kasım ayı 2002 seçimlerinden sonra kurulan Ak Parti hükümeti kısa bir süre sonra Acil Eylem Planını uygulamaya koymuştur.”Herkes Sağlık” sloganı ile sağlık alanında yapılması gereken değişim ve dönüşümleri başlatmıştır. Acil Eylem Planında; Sağlık Bakanlığının görev ve sorumlulukları yeniden tanımlanması, tüm halkın Genel Sağlık Sigortası kapsamına dâhil edilmesi, sağlık kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, Sağlık Ocakları yerine Aile Hekimliği uygulamasının başlatılması, yurt genelinde dengeli sağlık personeli dağılımının sağlanması ve daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması gibi hedefler yer almaktaydı. 2003 yılında hazırlanan SDP ile hedefleri yerine getirmek için önemli adımlar atılmıştır. SDP uygulanmasıyla yurt genelinde sağlık alanında büyük düzeyde değişimler ve gelişimler yaşanmıştır. Hastanelerde ki yığılmalar büyük oranda azalmıştır, aile hekimliği sistemi yürürlüğe girmiş, Genel Sağlık Sigortası ile tüm vatandaşlara sağlık güvencesi sağlanmış ve sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı doktorların hastanelerde tam gün istihdamını sağlamak için Performansa Dayalı Ek Ödeme(PDEÖ)uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu uygulamada hasta başına ek ödeme sağlandığı için sağlık hizmetlerin arzı büyük oranda artmıştır ve tam gün çalışan doktor sayısında ciddi yükselmeler yaşanmıştır.Özel sektöre özendirici politikalarla daha çok özel hastane ve özel tıp merkezleri açması sağlanmıştır(Akın 2015:67).

Bu değişim ve dönüşümlerin yansıması olarak 2 Kasım 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının hayata geçirileceği Resmi Gazetede bildirilmiştir. KHB uygulaması ile hastaneler gruplandırılıp değerlendirme ve denetleme işlemlerinin ona uygun yapılması kararlaştırılmıştır. Buna göre birliklerin, 5 kategoride(A,B,C,D,E) gruplandırılıp ortalaması C ve D olan hastanelerden oluşturulacağı bildirilmiştir. Bu uygulamada işletme modeli esas alındığından dolayı, yönetim kadrosunun tamamen sözleşmeli olarak oluşturulması kararlaştırılmıştır. Kurulacak KHB, yapılan yeni düzenlemelerle kendi ihtiyaçlarının kurum içerisinde karşılayacak seviyede olması planlanmıştır(Akın 2015:68).

KHB sisteminin hayata geçirilmesi ile hastaneler özerk bir yapıya kavuşacak ve yönetim kadrosu profesyonel ekiplerden oluşacak. Bu yönetim ekibi ile hastaneler elde ettikleri sermaye ile hastanenin harcamalarını karşılayabilecek düzeye sahip olacaklardır. Ayrıca hizmetleri sözleşme vasıtasıyla sigorta kurumlarına sunabilecek bir yapı ve çalışan personel üzerinde daha çok yetkiye sahip bir yönetim anlayışı gelişmiştir. Yönetim ile ilgili bu değişimlerin temelinde merkezi yönetim anlayışından kurtulup, yerinden yönetim anlayışını geliştirmektir. Kamu Hastanelerinin idari ve mali açıdan özek bir yapıya sahip olması için Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu plan 6 Mart 2007’de “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” adı altında TBMM’ye sunulmuştur. Ancak çeşitli durumlardan dolayı hükümsüz sayılmıştır. 10 Ekim 2007’de yasa tasarısı tekrar düzenlenerek TBMM’ye sunulmuştur. 13 Kasım 2008’de tekrar görüşülmeye başlanmıştır. 26 Mart 2010 tarihinde tasarıya ilişkin son rapor Genel Kurulun onayına sunulmuştur(Akın 2015:69).

2 Kasım 2012 Tarihinde Resmi Gazetede, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yayınlanması ile beraber, Türkiye de ki sağlık sistem ve politikalarında önemli değişimler yaşanmıştır. Özellikler hastanelerin işleyişi ile ilgi köklü diyebileceğimiz değişimler yaşanmıştır. Kabul edilen bu KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı bünyesinde; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, TürkiyeHalk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut Ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü adı altında 4 yeni kurum ve bu kurumları taşıra da temsil edecek yapılar

oluşturulmuştur. Taşra teşkilatlarında oluşturulan bu yapılar birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere kurumsal olarak da ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın illerde oluşturulan taşra teşkilat yapılanmasında İl Ve İlçe Sağlık Müdürlükleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri Ve Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri oluşturularak yeni sistem son halini almıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetim ve örgütlenme işlemlerinden halk sağlığı sorumlu tutulmuştur. Ayrıca Aile Hekimleri ve birinci basamak hizmetleri sunucuları halk sağlığı müdürlüklerine bağlanmışlardır. İl bazında kurulan Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri Üniversite Hastaneleri hariç ilde bulunan tüm hastaneleri kendi çatısı altında toplamıştır(Akın 2015:71).

1.5.3. Kamu Hastaneler Birliği Organizasyon Yapısı

Kamu Hastane Birliği, belirli bir sayıda bulunan sağlık çalışanları tek çatı altında idare edilmesini, sınırlı kaynakları etkin ve verimli kullanımını sağlamak ve sağlık harcamalarını azaltmayı hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmak için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun bünyesi altında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını, il düzeyinde Kamu Hastaneler Birlikleri oluşturarak yönetmektir. Bu amaçla ilin nüfusu ve hizmetlere duyduğu ihtiyacın büyüklüğü dikkate alınarak bir veya daha fazla birlik kurulması öngörülmektedir. İl düzeyinde faaliyet gösteren kurumların hepsi birlik kapsamına dâhil edilmektedir. Birden fazla birlik bulunan illerde birliklerden biri koordinatör olarak seçilmektedir(Alper 2012:64).

1.5.3.1.Genel Sekreterlik Yetki Ve Sorumlulukları

Genel sekreterlik, yönetim kadrosu içinde en yetkili organdır. Hastanenin yönetim kadrosunu oluşturan; Mali hizmetler, idari hizmetler ve tıbbi hizmetler genel sekreterliğe bağlı olarak işlem yürütmektedir. Kamu Hastaneler Birliğinde genel sekreteri olacak kişide, en az lisans mezunu olmak veya Yükseköğretim Kurulunca denkliği kabul edilmiş yurt dışında bir yükseköğretimden mezun olmak ve en az sekiz yıllık iş tecrübesine sahip olmak gibi özellikler istenmektedir (*Resmi gazete*: 2011).

Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterinin görevleri şunlardır;

1. “Birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere, yönetim kurulu kararlarına ve performans programına göre yönetmek,

2. Birliğin faaliyet ve işlerini denetlemek, yönetim sistemini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak,
3. Birlik bünyesinde ki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek,
4. Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak,
5. Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin mali tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında kuruma önerilerde bulunmak,
6. Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak kuruma sunmak,
7. Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.
8. İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacaklarına takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak
9. Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek”(Resmi Gazete:2011).

Birliğin durumuna göre Genel sekreter uygun gördüğü zaman bazı yetkilerini alt birimlere veya yöneticilere devredebilir. Ayrıca Hastane Yöneticisi, sorumlu olduğu hastanede genel sekreterin yetki ve sorumluluklarına sahip olmakla beraber, hastanede ki bütün hizmetlerin mevzuat dâhilin de etkin ve verimli bir şekilde yerine getirilmesi için genel sekretere karşı sorumludur(Alper 2012: 66).

1.5.3.2. Hasta ne Yönetim Ekibi

Hastane Yönetim Kadrosu, başhekimlik, idari ve mali işler müdürlüğü, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğünden teşekkül etmektedir. Elinde bulundurduğu yetki, görev ve sorumluluklar bakımından genel sekretere karşı sorumludur. Hastane yönetim ekibi içinde yer alan bu müdürlüklere bağlı müdür yardımcıları ve başhekim yardımcıları da bulunmaktadır. Hastanenin büyüklüğüne göre müdür yardımcıları ve başhekim yardımcıları sayısı değişebilmektedir. Hastanelerin ve Kamu Hastane Birliklerinin büyüklüğüne göre hastane ve birliklerde ki yönetim

işlevi tek kişide toplanabilmektedir. Bazı durumlarda müdürlüklerin sayısı 4'e kadar çıkabilmektedir. Genel sekreterin teklifi yoluyla hastane yöneticiliği yapacak kişilerin 2 yıldan 4 yıla kadar sözleşmeli olarak görev yapabilmektedir. Bu sözleşme süresi içinde hedeflere ulaşılmadığı durumlarda sözleşme iptal edilebilir ve yapılan sözleşme süresi bittiğinde sözleşme yeniden yapılabilir (Alper 2012: 67).

1.5.3.3. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması Ve Denetimi

Kamu hastaneler birliğine bağlı hastanelerin koordinasyonu, gruplandırılması, yönetilmesi ve denetimi belirli şartlar dâhilinde yürütüldüğü görülmektedir. Buna göre; "Hastaneler, tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirilmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu ve özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya (A),(B),(C),(D) ve (E) şeklinde gruplandırılmaktadır. Birliğin grubu, hastanelerin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

1. Grup düşürülmesi
2. (D) grubunda devralması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılması,
3. (E) grubunda devralması halinde, ikinci değerlendirme de üst gruba çıkarılması,
4. Bünyesindeki hastanelerden birinin üst üste yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,
5. (E) grubu hastane ile devralması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılmaması, hallerinde kurumca genel sekreterin görevine son verilir. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir."(Resmi Gazete: 2011).

Belirlenen bu şartlar dâhilinde hastane yöneticisinin performansını, yapılan değerlendirmeler sonucu esas alınarak hesaplanır ve sonuca göre değerlendirmeler yapılır(Alper 2012: 69).

1.5.4. Kamu Hastaneler Birliğinin Uygulaması İle Elde Edilen İlerlemeler

Kamu hastaneler birliği sistemine geçiş ile amaçlanan; az sayıda sağlık çalışanının tek kurum çatısı altında toplamak, sağlık harcamalarını azaltmak ve kısıtlı kaynakların etkin bir şekilde kullanımını sağlamak ve bu şekilde sürdürülebilir bir sistem yerleştirmektir. Kamu Hastaneler Birliği ile ülkemizde sağlık alanında bir inkılâp yaşandığı söylenilebilir. Bu yeni sistemin olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Dünyada gelişmiş ülkelerin uyguladığı sağlık sistemlerine nispeten, ülkemizde uygulanan Kamu Hastaneler Birliği Sistemi için de modern yönetim ilkelerine ve çağdaş yönetim anlayışına uygun olduğu söylenilebilir. Diğer bir deyişle Kamu Hastaneler Birliği, sağlık kurumlarının çağdaş işletmecilik anlayışına uygun bir tarzda yönetilmesi anlayışıdır. Sağlık işletmeciliği anlayışını kar esaslı bir kuruluş olarak değerlendirmek yanlış olur. Çünkü işletmelerin tek amacı kar esaslı bir anlayış geliştirmek değildir. Mevcut olan kaynaklarla daha çok verim alıp, etkin ve kaliteli bir şekilde vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır. Kamu Hastaneler Birliği sistemi ile yönetimde profesyonel anlayış gelişmiş, mali işlemler iyileştirilmiş ve çalışanların performans değerlendirilmesinde daha objektif bir sistem sağlanmıştır. Bakanlığın belirleyeceği standartlara ve esaslara göre hastaneler hizmet vereceği için, yönetim kadrosundan müşteri memnuniyetine kadar işlemlerin verimli ve etkin bir şekilde gerçekleştirmesini zorunlu kılmaktadır (Alper 2012: 69).

Sağlık sisteminin vatandaşların ihtiyaçlarını esas alarak geliştirilmiş olması ve yerinden yönetim anlayışı ile sağlık hizmetlerinde memnuniyetin arttığı, etkin kaynak kullanımı sağlandığı ve gereksiz sağlık harcamalarının azaldığı görülmektedir. Önceki dönemlerde yapılan Kamu Hastanelerine verilen bütçeden kesinti yapılması ve profesyonel yönetim anlayışından uzak kişilerle işlemlerin yürütülmesi sonucu sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kalitenin düştüğü görülmüştür. Kamu Hastaneler Birliği, sahip olduğu özerk yapılanma sayesinde her kurum sahip olduğu kaynakları idare edebilecek, uzman yöneticiler sayesinde hastane de finans işlemlerini etkin bir şekilde kontrol edebilecektir. Bu gelişen anlayış sayesinde kurum içinde ki hatalar net bir şekilde belirlenebilecek ve yerinden müdahale sayesinde olumlu ilerlemeler elde edilebilecektir (Alper 2012: 70).

Kamu Hastaneler Birliği sisteminde, başhekimin daha çok tıbbi hizmetlerin idaresine odaklanmasını sağlamak ve bunun neticesinde tıbbi hizmetlerde kalite ve verimi artırmak için idari ve mali işlemlerin yürütülmesinden Başhekim sorumlu tutulmamıştır. Başhekim genel itibari ile tıp mezunu olduğu için, bu düzenleme ile kendi alanında daha verimli ve etkin olacağı düşünülmektedir. Başhekim yalnızca hastanenin tıbbi hizmetlerinin idaresinden sorumlu olduğundan dolayı, hem iş yükü hafiflemiş hem de odaklanma gücünü artırarak profesyonel yönetimin sergilemesi için zemin hazırlanmıştır (Alper 2012: 71).

Kamu Hastaneler Birliği uygulanmasında sağlık hizmetlerinin yerine gelmesi için Sağlık Bakım Müdürlüğü'nün bu işlemlerden sorumlu olması ve bu hizmetleri tek elde toplayıp yönetmesi, bu hizmetlerin yeni sistemde çok önem verildiğinin bir göstergesidir. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin verim ve kalitesinde ciddi gelişmeler yaşanacaktır. Bunun yanında idari ve mali işlemlerinin yerine getirilmesi için ayrı müdürlüklerin oluşturulması ile profesyonel finans yönetimi sağlanacak ve verimi artıracaktır. Bu şekilde ki bir kurumda sağlık, idari ve mali açıdan da kalite ve memnuniyeti artıracadı açıktır(Alper 2012: 71).

1.5.5. Kamu Hastaneler Birliği Sistemine Yönelik Eleştiriler

Yukarıda sayılan Kamu Hastaneler Birliği sistemin olumlu gelişmelerinin yanında bu sisteme yönelik bir dizi olumsuz sonuçlar da öngörülmektedir. Bu olumsuzlulukları şu şekilde sıralayabiliriz;

1. Kamu Hastaneler Birliği sistemi ile gelişen ağdaş ve ilke esaslı yönetim anlayışının sağlık kurumlarını normal bir işletme gibi görüldüğü savunulmaktadır. Ancak Sağlık kurumlarının normal bir işletme gibi kar esaslı değil, hasta ve hasta değerlerinin esas mesele olduğu bir yapıya sahip olmalıdır (Alper 2012: 72).
2. Kamu Hastaneler Birliği sisteminde müdürlük ve yönetici olacak kişilerin mutlaka yönetim alanında mesela işletme yönetimi, sağlık yönetimi gibi alanlarda lisans veya yüksek lisans bitirme şartı getirilmelidir. Yönetici olacak kişiler mutlaka yöneteceği alanla ilgili bir eğitime sahip olmalıdır. Bunun aksi gerçekleştiğinde profesyonel yönetim anlayışından taviz verildiği

bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durum ayrıca sağlık yönetimi mezunlarına yapılmış büyük bir hakaret olarak değerlendirilmektedir. Diğer yandan sağlık alanında eğitim almamış kişilerin yönetici olması durumunda; Tıp eğitimi ile tıp endüstrisi arasında ki muvazeneyi bozacağı ve kaliteyi düşüreceği düşünülmektedir (Alper 2012: 72).

3. Kamu Hastaneler Birliği sistemi ile olumsuz etkilendiği düşünülen diğer önemli bir konu ise sağlık çalışanlarının haklarıdır. Sözleşme esaslı çalışanlar ve kadrolu olarak çalışanlar gelecekte sahip olacakları haklar konusunda bazı belirsizlikler söz konusudur (Alper 2012: 72).
4. Bakanlık tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirilmeye tabi tutulacağı kararlaştırılan hastanenin alt yapısı, örgütlenmesi ve hasta memnuniyeti gibi konularda nasıl bir denetim mekanizmasına tabi tutulacağı açıklanmamıştır (Alper 2012: 72).
5. Kamu Hastaneler Birliği sistemi hastalar açısından olumlu sonuçlar elde edildiği düşünülse de aynı şekilde sağlık çalışanları açısından böyle bir netice elde edilmediği öngörülmektedir (Alper 2012: 72).

BÖLÜM II

2.1. Gereç Ve Yöntem

2.1.1. Araştırmanın Konusu

Ülkemizde son dönemde sağlık alanı ile ilgili önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Kalite ve verimli gelişmelerin bir göstergesi de bu değişimlerden doğrudan etkilenen sağlık personellerinin algısıdır.

Bu çalışmada, 2 Kasım 2012’de yürürlüğe giren Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede Sivas Numune Hastanesinde çalışan sağlık personellerinin bakış açısı yapılan araştırmadan elde edilen verilere göre değerlendirilmiştir.

2.1.2. Araştırmanın Önemi

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sistemi 2 Kasım 2012’de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığının çatısı altında hayata geçmiştir. Bu kararnameye göre bir ilde ikinci, üçüncü basamak hastaneler ve ağız dış sağlığı merkezleri Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği çatısı altında birleştirilmiştir. Bu uygulamada Üniversitede Hastaneleri hariç tutulmuştur. İstanbul da 6, İzmir ve Ankara 2 şer tane olmak üzere Türkiye de toplam 88 tane Kamu Hastaneler Birliği yapılanması oluşturulmuştur.

Sağlık Hizmetlerinin doğru bir politika ile yönetilmesi verimlilik, karlılık ve hizmet kalitesi yönünden büyük bir önem arz etmektedir. Sağlık alanında yaşanan değişimler ve yeni politikalar sağlık personellerinin motivasyonunu ve verimliliğini artırmıştır. Ancak bazı noktalarda sistemin belirsizliği sağlık çalışanlarında ve idarecilerde endişeye neden olmaktadır. Bu çalışma sayesinde ülkemizde yaklaşık olarak 5 yıllık bir geçmişe sahip olan Kamu Hastaneler Birliği sisteminin sağlık personelleri açısından olumlu veya olumsuz olarak algılanan noktalar belirlenecek ve ilerleyen zamanlarda uygulanacak yeni politikalarda yaşanacak sorunların en aza indirilmesinde ve memnuniyeti artırmada önemli rol oynayacaktır.

2.1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Kamu Hastaneler Birliği sisteminin uygulanmasında sağlık çalışanlarının bu uygulamanın ülke sağlık politikalarına ne derece olumlu/olumsuz etkide bulunduğunu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bununla beraber Sivas Numune Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yürürlüğe girdikten sonra memnuniyet düzeyini ölçmek ve uygulamanın olumlu/olumsuz noktaları belirleyerek bu alanla ilgili bilgi birikimini artırıp alanla ilgili bilimsel çalışma ile elde edilmiş veri sunmaktır.

2.1.4. Araştırmanın Yöntemi Ve Modeli

Bu araştırmanın yöntemi; Araştırmada ne tür bir yol takip edilerek amaca ulaşacağını belirten kavramsal bir çerçeve; Frekanslar, verilerin toplama şekli ve değerlendirme şekli, kapsam ve sınırlılıklar ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Bu araştırmanın modeli ise; Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının ülkemizdeki sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık personellerinin algısını ölçmek amacıyla yapılmış Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.1.4.1. Evren ve örneklem

Evren: Yapılan bir araştırmada elde edilen bulgularının genellendiği ve aralarından araştırma örnekleminin seçilebildiği büyük gruptur. Ortak özelliklere sahip her türlü öge evrenin bir parçası olarak kabul edilebilir.

Örneklem: Belirli bir evrendeki öğeler arasından sistematik bir biçimde seçilen küçük gruptur. Tanımda yer alan sistematik terimi, örneklemin oluşturulmasında bilimsel olarak geçerliliği olan örneklem tekniklerine göre yapılması gerektiğini ifade etmektedir (Gülbüz, Şahin 2016:127).

Araştırmanın evreni, Sivas il merkezinde bulunan Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı yaklaşık 1250 civarında ki sağlık personelleri olmuştur. Araştırmanın örneklemi ise, Sivas Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Sivas Numune Hastanesinden araştırmaya katılmayı kabul eden 300 kişiden oluşmaktadır.

2.1.4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma 1 Kasım 2012'den beri uygulanan Kamu Hastaneler Birliği sisteminin bir parçası olan sağlık personellerinin ilgili konuda algısını ölçmek üzere yapılmıştır. Araştırmayı Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm çalışanlarda uygulamak hem vakit hem de maliyet yönünden mümkün olmadığı için, ayrıca anket uygulamasının beşeri ilişkiler yolu ile yapıldığından dolayı bu tip sınırlılıklara gidilmiştir.

2.1.4.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın amacına uygun bir şekilde sağlık personellerinin demografik özelliklerini ölçmek için akademisyen hocalarla hazırlanan 7 soru ve 1 Kasım 2012 tarihinde yürürlüğe giren Kamu Hastaneler Birliği sisteminin sağlık politikalarını katkısını belirlemede sağlık personelinin algısını ölçmek için toplam 24 sorudan oluşan 5'li Likertli anket formu uygulamada kullanılmıştır. Ayrıca İsmail FİLİZ' in "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı: (Balıkesir Örneği)" isimli tezinde uyguladığı anketten de faydalanmıştır.

Anket formunda sağlık personellerinin Kamu Hastaneler Birliğini değerlendirmelerini sağlayacak sorularda, 5'li Likert tipi ölçekleme uygulanmıştır. Likert Ölçekte kullanılan puanlama şu şekildedir;

Kesinlikle katılmıyorum	=1
Katılmıyorum	=2
Kararsızım	=3
Katılıyorum	=4
Kesinlikle katılıyorum	=5

Bu duruma göre; Ölçekteki maddelerin cevap puanları 1,00 ile 5,00 arasında değişmektedir. Cevap puanı, 5,00'e yaklaştıkça kişinin ilgili maddeye katılma düzeyinin yüksek olduğunu, cevap puanı 1,00'e yaklaştıkça kişinin ilgili maddeye katılma düzeyinin düşük olduğunu gösterir.

Likert Tipi Ölçekleme; Bu ölçekte temel mantık bir tutum, tavır veya hal karşısında katılımcılara sunulan ifadelere kabul edip etmedikleri ve ne düzeyde katıldıklarını ölçmek için geliştirilen bir yöntemdir. Genelde 5 dereceli Likert tipi ölçekleme kullanılır fakat 7,9 ve 11 dereceli ölçekleme yöntemi de kullanıldığı durumlarda söz konusudur (Gürbüz, Şahin 2016:183).

2.1.4.4. Veri Toplama Araçlarının Geçerliliği ve Güvenirliliği

Geçerlilik: Ölçüm aracının hangi özelliği ölçmek için geliştirilmişse o amaca uygun olarak kullanılması ve bu ölçüm aracı ile elde edilen bulguların ölçülmek istenen özelliğinin niteliğini tam olarak ifade etmesi, özetle, ölçüm aracının söz konusu olan özelliği ölçebilme yeterliliğidir (Gürbüz, Şahin 2016:164).

Güvenirlilik: Bir ölçme aracından elde edilenler, bazen ölçülmek istenen özelliği ifade ettiği gibi bazen de sistematik veya rastlantısal olarak da hata içerebilir. Bir araştırmada, ölçme sonrasında elde edilen verilere verilen puanlara ve değerlere ne düzeyde gerçeği yansıttığı, diğer deyişle bu sonuçların hangi düzeyde rastlantısal hataların haricinde olduğunun bilinmesidir. Ölçme, aynı ölçüm aracının bir uygulamasından diğer uygulamasına ne düzeyde hata içerdiği konusu güvenirlilik konusudur. Ölçüm sonuçlarının ölçülmek istenen ögenin tutarlı bir şekilde ölçebilmesi; Ölçüm aracının farklı yerlerde, farklı zamanlarda ve aynı evrenden seçilen farklı örnekleme uygulandığında benzer sonuçlar vermesi güvenirlilik olarak tanımlanır (Gürbüz, Şahin 2016:159).

Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının, sağlık politikalarına katkısının sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını belirlemek amacıyla sorulan 24 soruya yönelik güvenirlilik analizi sonucu Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Güvenirlilik Analizi

Cronbach’s Alphakatsayısı	Madde sayısı
0,941	24

Güvenirlilik analizine göre 24 madde için Cronbach's Alpha katsayısı 0,941 bulunmuştur. Literatüre bakıldığında 0,941'lik bir güvenirlilik düzeyinin araştırma sonuçlarının doğru sonuçlar elde edilmesi ve değerlendirilmesi için yeterli olduğu görülmektedir.

2.1.4.5. Verilerin Analiz Yöntemi

Araştırmanın yöntemi nicel araştırma yöntemi olup, veri toplama şekli olarak da yüz yüze anket tekniği uygulanmıştır. Toplanan veriler SPSS 23. Programında veri tabanı oluşturarak bilgisayar ortamına alınmış. Araştırma sorularından oluşan ölçeğin alt boyutlarını belirlemek için t testi ve Anova testi(varyans analizi) uygulanmıştır.

300 kişiden elde edilen verilerden, İki grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı t testi ile analiz edilmiş. İki'den fazla grubun ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için de Anova testi(varyans analiz) uygulanmıştır. Bulunan değerlerin varyansı açıklama oranının 0,05 ve üzerinde olması ölçüt olarak esas alınmıştır.

Bilindiği üzere karşılaştırması yapılacak gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde ve grup sayısının ikiden fazla olması durumunda kullanılan istatistik yöntemlerden biri varyans analizidir(Anova). Ancak, varyans analizinin yapılabilmesi için bir takım varsayımlar gerekmektedir. Bu varsayımların homojenlik, normallik ve toplanabilirlik gibi parametrik öğeler olduğu bilinmektedir. Varyans analizi ile gruplar arasındaki farkın anlamlılık derecesi incelenmektedir. Parametrik bir test istatistiği olan Anova, toplanabilirlik özelliği ile bu analiz, genel anlamda bir farkın olup olmadığını tespit etmeye çalışırken, farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını araştırmamaktadır. Gruplararası farkın olduğu durumda, farklılığın hangi gruptan kaynaklı olduğunu tespit eden istatistik çoklu karşılaştırmayöntemleri olarak bilinmektedir. Araştırmada, gruplar içerisinde farklılık yaratan grup ya da grupları tespit etmek üzere birçok çoklu karşılaştırma yöntemleri için istatistik bulunmakla birlikte, bunların doğru bir şekilde seçimi bazı varsayımlar gerektirmektedir. Çoklu karşılaştırma'lara ait istatistik türlerinin seçiminde, önemli unsurlardan olan gruplararası varyansın eşit olup-olmama özelliği

önem taşımaktadır. Varyansların eşit olması durumunda kullanılacak çoklu karşılaştırma yöntemlerine ait istatistikler genel itibariyle iki yöntemle ele alınmaktadır. Bunlar: “Çoklu karşılaştırma testleri” (Tukey Testi) ve “çoklu aralık testleri” (Tamhane Testi) olarak bilinmektedir. Çoklu aralık testleri, grup ortalamalarına ilişkin homojen alt setler oluşturarak, gruplardan farklı olanları tespit etmeye çalışmaktadır. Çoklu karşılaştırma testleri ise, her grubu sırasıyla diğer gruplarla teker teker kıyaslar ve bununla bir karşılaştırma matrisi elde etmektedir(Kayrı 2009: 51-64).

T testi, Bu yöntemde ki temel mantık belirli bir değişkene ait ölçülen ortalama değeri ile tahmin edilen yada bilinen ortalama değeri karşılaştırılır.

Diğer bir deyişle, örneklemin belirli bir değişkene ait ölçülen ortalaması ile aynı değişkene bilinen veya varsayılan ortalaması arasında belirli bir anlamlılık oranında bir fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla uygulanır. Örnek vermek gerekirse; Araştırmacı ana kütlenin ilgili değişkenine ait ortalamasını daha önceden biliyorsa veya tahmin edebiliyorsa söz konusu bu ortalama ile ilgili örneklemden aynı değişken ile ilgili hesapladığı ortalama arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test edip ölçebilir. Bu sayede örneklem istatistikleri hakkında ana kütle değişkeni ile ilgili belli bir güven düzeyinde genelleme yapılabilir (Gürbüz, Şahin 2016:231).

2.1.5. Araştırmanın Frekans Dağılımı

Araştırmaya katılanların kişilerin demografik verileri vefrekans dağılımı şu şekildedir:

Tablo 2.Örnekleme Ait Yaş Dağılımı

Gruplar	Frekans (n=300)	Yüzde(%)	Birikimli Frekans
18-24 yaş	50	16,7	16,7
25-34 yaş	101	33,6	50,3
35-44 yaş	104	34,7	85,0
44-54 yaş	39	13,0	98,0
55+ yaş	6	2,0	100,0
Toplam	300	100,0	

Tablo 2'ye Göre ankete katılanların yaş dağılımına bakıldığında; Katılımcılardan 50 kişi(%16,7) 18–24 yaş aralığında, 101 kişi(%33,6) 25–34 yaş aralığında, 104 kişi(%34,7) 35–44 yaş aralığında, 39 kişi (%13) 44–54 yaş aralığında ve 6 kişi(%2) 55+ yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

Tablo 3.Örnekleme Ait Cinsiyet Dağılımı

Gruplar	Frekans (n=300)	Yüzde(%)	Birikimli Frekans
Erkek	148	49,3	49,3
Kadın	152	50,7	100,0
Toplam	300	100,0	

Tablo 3'e Göre ankete katılanların cinsiyet durumuna göre dağılımına bakıldığında; katılımcılardan 148 kişi(%49,3) erkek iken, 152 kişi(%50,7)i kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans (n=300)	Yüzde(%)	Birikimli Frekans
Lise	66	22,0	22,0
Üniversite	200	66,7	88,7
Lisansüstü	34	11,3	100,0
Toplam	300	100,0	

Tablo 4'e göre ankete katılanların eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında,Katılımcılardan 66 kişi(%22) lise mezunu, 200 kişi(%66,7) üniversite mezunu ve 34 kişi(%11,3) lisansüstü düzeyde eğitime sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Meslek Grubuna Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans (n=300)	Yüzde(%)	Birikimli Frekans
Doktor	67	22,3	22,3
Hemşire/ebe	109	36,3	58,7
Sağlık memuru/teknisyen	56	18,7	77,3
Diğer çalışanlar	68	22,7	100,0
Toplam	300	100,0	

Tablo 5'e Göre ankete katılanların meslek grubuna göre dağılımına bakıldığında, Katılımcılardan 67 kişi(%22,3) doktor, 109 kişi(%36,3) hemşire/ebe, 56 kişi(%18,7) sağlık memuru/teknisyeni ve 68 kişi(%22,7) diğer meslek gruplarında yer aldığı görülmektedir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Kamu Hastaneler Birliği Sistemine Geçildikten Sonra Çalışma Yerlerinin Değişme Durumuna Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans (n=300)	Yüzde(%)	Birikimli Frekans
Yeri değişen	105	35,0	35,0
Yeri değişmeyen	195	65,0	100,0
Toplam	300	100,0	

Tablo 6'ya göre ankete Katılanların Kamu Hastaneler Birliği uygulamaya geçildikten sonra 105 kişi(%35) yer değişikliği yaşarken, 195 kişi(%65) ise yer değişikliği yaşamamıştır.

Tablo 7. Araştırmaya Katılanların 1 Kasım 2012 Öncesi Veya Sonrası Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans (n=300)	Yüzde(%)	Birikimli Frekans
Öncesi	178	59,3	59,3
Sonrası	122	40,7	100,0
Toplam	300	100,0	

Tablo 7'ye göre ankete katılanlar, Kamu Hastaneler Birliği sisteminin uygulamaya başlama tarihi olan 1 Kasım 2012 tarihinden öncesinden beri çalışanlar 178 kişi(%59,3) iken 1 Kasım 2012 sonrasında çalışanların ise 122 kişi(%40,7) olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Çalışma Yerlerini Kendi İsteklerine Göre Seçme Durumuna Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans (n=300)	Yüzde(%)	Birikimli Frekans
Birimi İsteği İle Seçenler	172	57,3	57,3
Birimi İsteği İle Seçmeyenler	128	42,7	100,0
Toplam	300	100,0	

Tablo 8'e göre Kamu Hastaneler Birliği sistemi uygulamaya geçildikten sonra, Ankete katılanlardan 172 kişi(%57,3) çalışma yerini kendi istekleri ile seçerken, 128 kişi(42,7) çalışma yerini kendi istekleri ile seçmedikleri görülmektedir.

2.2. Bulgular Ve Yorumlar

2.2.1.Verilere Ait Bulgular Ve Değerlendirmeler

Bu araştırmada bağımlı değişkenler; Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının ülke sağlık politikalarına ne düzeyde katkı sağladığına ilişkin sorulan sorulara sağlık çalışanların yaklaşımıdır. Bağımsız değişkenler ise cinsiyet, yaş, çalışma süresi, eğitim düzeyi, pozisyon türü, çalıştığı birimi isteği ile seçim seçmemesi durumuna göre ve Kamu Hastaneler birliği uygulamaya geçtikten sonra çalıştığı birimin değişip değişmemesi durumuna göre belirlenmiştir. İki grup için uygulanan analizlerde t testi, ikiden fazla grup için uygulanan analizlerde ise Anova(varyans analizi) yapılmıştır.Elde edilen analizlerde %5 anlamlılık düzeyine göre belirlenmiştir. Bundan dolayı sign değeri 0,05'ten küçükse “farklılık var”, 0,05'ten büyükse “farklılık yok” şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 9. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını BelirlemeyeYönelik Bulguların, Katılımcıların Cinsiyetine Göre Dağılımı

Maddeler	Cinsiyet	N	Ortalama	ss	t	p	Karar	Sonuç
Madde 1	Erkek	148	2,8176	1,385	1,415	0,158	0,158>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,5987	1,293				
Madde 2	Erkek	148	2,7162	1,409	1,810	0,071	0,071>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Kadın	152	2,4408	1,216				
Madde 3	Erkek	148	2,8446	1,323	-	0,910	0,910>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8618	1,322				
Madde 4	Erkek	148	2,7703	1,419	-	0,873	0,873>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,7961	1,373				
Madde 5	Erkek	148	2,7905	1,443	1,634	0,103	0,103>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,5263	1,356				
Madde 6	Erkek	148	3,0203	1,416	0,452	0,652	0,652>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,9474	1,380				
Madde 7	Erkek	148	2,7973	1,409	0,217	0,829	0,829>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,7632	1,320				
Madde 8	Erkek	148	2,5203	1,406	-	0,872	0,872>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,5461	1,365				
Madde 9	Erkek	148	2,5811	1,409	0,756	0,450	0,450>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Kadın	152	2,4605	1,351				
Madde 10	Erkek	148	3,1622	1,484	-	0,048	0,048<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	3,4868	1,346				
Madde 11	Erkek	148	2,6689	1,337	0,810	0,419	0,419>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,5461	1,291				
Madde 12	Erkek	148	2,4662	1,316	0,915	0,361	0,361>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Kadın	152	2,3289	1,280				
Madde 13	Erkek	148	2,9932	1,327	0,993	0,321	0,321>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8421	1,307				
Madde 14	Erkek	148	2,4797	1,382	-	0,795	0,795>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Kadın	152	2,5197	1,281				
Madde 15	Erkek	148	2,9459	1,383	-	0,124	0,124>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	3,1842	1,288				
Madde 16	Erkek	148	3,2635	1,425	-	0,901	0,901>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	3,2829	1,268				
Madde 17	Erkek	148	2,7095	1,326	-	0,822	0,822>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,7434	1,278				
Madde 18	Erkek	148	2,8311	1,472	-	0,697	0,697>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8947	1,352				
Madde 19	Erkek	148	2,8446	1,483	-	0,682	0,682>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,9145	1,469				
Madde 20	Erkek	148	2,9797	1,337	0,912	0,363	0,363>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8421	1,276				
Madde 21	Erkek	148	3,0068	1,382	0,624	0,533	0,533>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,9079	1,363				
Madde 22	Erkek	148	3,0608	1,410	1,043	0,298	0,298>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8947	1,347				
Madde 23	Erkek	148	3,2027	1,447	2,,06 6	0,040	0,040<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8684	1,355				
Madde 24	Erkek	148	2,8649	1,378	-	0,833	0,833>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8882	1,364				

Tablo 9'daki bulgulara göre madde 1, madde 2, madde 3, madde 4, madde 5, madde 6, madde 7, madde 8, madde 9, madde 11, madde 12, madde 13, madde 14, madde 15, madde 16, madde 17, madde 18, madde 19, madde 20, madde 21, madde 22 ve madde 24 hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Buna göre bu 22 madde için cinsiyet durumuna göre bir farklılık görülmemektedir.

Ortalamalar dikkate alındığında ise; Araştırmaya katılanların, madde 2, madde 9, madde 12 ve madde 14 için ortalama puan olarak katılmıyorum şeklinde görüş beyan ederken, Madde 1, madde 3, madde 4, madde 5, madde 6, madde 7, madde 8, madde 11, madde 13, madde 15, madde 16, madde 17, madde 18, madde 19, madde 20, madde 21, madde 22 ve madde 24 için ise kararsızım şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Tablo 9'daki bulgulara göre sadece madde 10 ve madde 23 hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Öncelikle madde 10'a ait erkeklerin ve bayanların ortalama puanları dikkate alındığında; Bayanların ortalaması (3,4868) erkeklerden (3,1622) daha yüksektir. Buna göre bayanlar erkeklere göre Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline geldiği düşüncesini daha çok desteklemektedir.

Madde 23'e ait erkeklerin ve bayanların ortalama puanları dikkate alındığında; Erkeklerin ortalaması (3,2027) bayanların (2,8684) ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gerçekleştirilen internet uygulamaları sayesinde her türlü bilgi edinmenin kolaylaştığı düşüncesine erkeklerin bayanlara göre daha çok desteklediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 10. KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Çalışma Yerini Kendi İstekleri İle Seçip(Evet) seçmeme(Hayır) Durumuna Göre Dağılımı

Maddeler		N	Ortalama	Ss	t	p	Karar	Sonuç
Madde 1	Evet	172	2,8547	1,336	2,229	0,027	0,027<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5078	1,328				
Madde 2	Evet	172	2,6977	1,347	1,848	0,066	0,066>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	128	2,4141	1,270				
Madde 3	Evet	172	2,9477	1,303	1,437	0,152	0,152>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7266	1,338				
Madde 4	Evet	172	2,9535	1,371	2,472	0,014	0,014<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5547	1,396				
Madde 5	Evet	172	2,9070	1,377	3,652	0,000	0,000<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,3203	1,374				
Madde 6	Evet	172	3,1279	1,374	2,091	0,037	0,037<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7891	1,406				
Madde 7	Evet	172	2,9535	1,319	2,560	0,011	0,011<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5469	1,390				
Madde 8	Evet	172	2,6395	1,429	1,564	0,119	0,119>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	128	2,3906	1,311				
Madde 9	Evet	172	2,6337	1,397	1,660	0,098	0,098>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	128	2,3672	1,344				
Madde 10	Evet	172	3,2791	1,507	-0,685	0,494	0,494>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	3,3906	1,305				
Madde 11	Evet	172	2,7907	1,325	2,847	0,005	0,005<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,3594	1,259				
Madde 12	Evet	172	2,5000	1,304	1,603	0,110	0,110>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	128	2,2578	1,281				
Madde 13	Evet	172	3,0465	1,287	1,989	0,048	0,048<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7422	1,341				
Madde 14	Evet	172	2,5872	1,375	1,318	0,189	0,189>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	128	2,3828	1,261				
Madde 15	Evet	172	3,1163	1,323	0,743	0,458	0,458>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	3,0000	1,363				
Madde 16	Evet	172	3,3837	1,321	1,652	0,100	0,100>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	3,1250	1,368				
Madde 17	Evet	172	2,8779	1,303	2,353	0,019	0,019<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5234	1,273				
Madde 18	Evet	172	2,9767	1,380	1,618	0,107	0,107>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7109	1,442				
Madde 19	Evet	172	3,0233	1,482	1,961	0,051	0,051>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,6875	1,445				
Madde 20	Evet	172	3,0291	1,235	1,806	0,072	0,072>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7500	1,386				
Madde 21	Evet	172	3,0872	1,350	1,920	0,056	0,056>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7813	1,385				
Madde 22	Evet	172	3,1221	1,338	2,112	0,036	0,036<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7813	1,413				
Madde 23	Evet	172	3,2151	1,374	2,615	0,009	0,009<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7891	1,423				
Madde 24	Evet	172	3,0116	1,355	1,989	0,048	0,048<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,6953	1,372				

Tablo 10 'daki bulgulara göre madde 2, madde 3, madde 8, madde 9, madde 10, madde 12, madde 14, madde 15, madde 16, madde 18, madde 19, madde 20 ve madde 21 hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar “Çalışılan birimin kendi istekleri ile seçip-seçmemesi durumuna “ göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Buna göre bu 13 madde içinde ortalama değer olarak, “Kamu Hastaneler Birliği yasa tasarısı uygulamaya geçtikten sonra sağlık personellerinin çalıştığı birimi kendi isteği ile seçenler ve seçmeyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Ortalamalar dikkate alındığında ise; Araştırmaya katılanların, madde 2, madde 8, madde 9, madde 12 ve madde 14 için ortalama puan olarak katılmıyorum şeklinde görüş beyan ederken, madde 3, madde 10, madde 15, madde 16, madde 18, madde 19, madde 20 ve madde 21, için ise ortalama olarak kararsızım şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Tablo 10'daki bulgulara göre madde 1, madde 4, madde 5, madde 6, madde 7, madde 11, madde 13, madde 17, madde 22, madde 23 ve madde 24 hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar “Çalışılan birimin kendi istekleri ile seçip-seçmemesi durumuna “ göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Buna göre bu 11 madde içinde Kamu Hastaneler Birliği yasa tasarısı uygulamaya geçtikten sonra sağlık personellerinin çalıştığı birimi kendi isteği ile seçenlerin, seçmeyenlere göre daha olumlu görüş beyan ettikleri görülmektedir.

Tablo 11. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların KHB Uygulamaya Geçtikten Sonra Yerin Değişme Durumuna Göre Dağılımı

Maddeler		N	Ortalama	Ss	T	P	Karar	Sonuç
Madde 1	Evet	105	2,5714	1,336	-1,283	0,201	0,201>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,7795	1,342				
Madde 2	Evet	105	2,4952	1,286	-0,783	0,434	0,434>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	195	2,6205	1,339				
Madde 3	Evet	105	2,7429	1,315	-1,063	0,288	0,288>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,9128	1,322				
Madde 4	Evet	105	2,6476	1,393	-1,239	0,216	0,216>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,8564	1,392				
Madde 5	Evet	105	2,4667	1,387	-1,725	0,086	0,86>0,05 Aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,7590	1,406				
Madde 6	Evet	105	2,8095	1,380	-1,586	0,114	0,114>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	3,0769	1,399				
Madde 7	Evet	105	2,6095	1,390	-1,594	0,112	0,112>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,8718	1,342				
Madde 8	Evet	105	2,4476	1,344	-0,787	0,432	0,432>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	195	2,5795	1,406				
Madde 9	Evet	105	2,3524	1,337	-1,548	0,123	0,123>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	195	2,6103	1,396				
Madde 10	Evet	105	3,4190	1,492	0,824	0,410	0,410>0,05 aynı Düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	3,2769	1,386				
Madde 11	Evet	105	2,6286	1,346	0,212	0,833	0,833>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,5949	1,298				
Madde 12	Evet	105	2,4667	1,301	0,685	0,494	0,494>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Hayır	195	2,3590	1298				
Madde 13	Evet	105	2,8190	1,276	-0,942	0,347	0,347>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,9692	1,338				
Madde 14	Evet	105	2,4952	1,309	-0,045	0,964	0,964>0,05 aynı düşünüyorlar	3=katılmıyorum
	Hayır	195	2,5026	1,344				
Madde 15	Evet	105	3,0190	1,263	-0,463	0,652	0,652>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	3,0923	1,381				
Madde 16	Evet	105	3,2190	1,308	-0,512	0,609	0,609>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	3,3026	1,368				
Madde 17	Evet	105	2,5333	1,279	-1,898	0,059	0,059>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,8308	1,303				
Madde 18	Evet	105	2,6952	1,474	-1,484	0,139	0,139>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,9538	1,370				
Madde 19	Evet	105	2,7524	1,498	-1,101	0,272	0,272>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,9487	1,459				
Madde 20	Evet	105	2,8381	1,249	-0,699	0,485	0,485>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,9487	1,338				
Madde 21	Evet	105	2,8286	1,354	-1,188	0,236	0,236>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	3,0256	1,378				
Madde 22	Evet	105	2,8000	1,389	-1,632	0,104	0,104>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	3,0718	1,367				
Madde 23	Evet	105	2,8952	1,372	-1,247	0,213	0,213>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	3,1077	1,426				
Madde 24	Evet	105	2,7429	1,373	-1,243	0,215	0,215>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	195	2,9487	1,365				

Tablo 11'deki bulgulara göre 24 madde hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yürürlüğe geçtikten sonra yeri değişenlerin ve yeri değişmeyenlerin arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Bu konuda genel görüş birbirine yakındır. Buna göre; 24 madde içinde Kamu Hastaneler Birliği uygulamasından sonra yeri değişen çalışanlar ve değişmeyen çalışanlar arasında dikkate değer bir farklılık görülmemektedir.

Ortalamalar dikkate alındığında ise; Araştırmaya katılanların, madde 2, madde 8, madde 9, madde 12 ve madde 14 için ortalama puan olarak katılmıyorum şeklinde görüş beyan ederken, madde 1, madde 3, madde 4, madde 5, madde 6, madde 7, madde 10, madde 11, madde 13, madde 15, madde 16, madde 17, madde 18, madde 19, madde 20, madde 21, madde 22, madde 23 ve madde 24, için ise ortalama olarak kararsızım şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Tablo 12. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların KHB Uygulaması Öncesi-Sonrası Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Maddeler	önce-sonra	N	Ortalama	ss	T	p	Karar	Sonuç
Madde 1	Önce	178	2,6910	1,410	-0,250	0,803	0,803>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,7295	1,240				
Madde 2	Önce	178	2,6011	1,395	0,398	0,611	0,611>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,5410	1,207				
Madde 3	Önce	178	2,7921	1,376	-0,989	0,323	0,323>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,9426	1,235				
Madde 4	Önce	178	2,7584	1,462	-0,382	0,703	0,703>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,8197	1,292				
Madde 5	Önce	178	2,6629	1,441	0,093	0,926	0,926>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,6475	1,354				
Madde 6	Önce	178	2,8708	1,453	-1,728	0,085	0,085>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	3,1475	1,296				
Madde 7	Önce	178	2,7303	1,400	-0,771	0,441	0,441>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,8525	1,309				
Madde 8	Önce	178	2,4888	1,423	-0,673	0,501	0,501>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Sonra	122	2,5984	1,327				
Madde 9	Önce	178	2,4944	1,423	-0,396	0,693	0,693>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Sonra	122	2,5574	1,327				
Madde 10	Önce	178	3,2584	1,438	-1,003	0,306	0,306>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	3,4262	1,292				
Madde 11	Önce	178	2,5787	1,492	-0,446	0,656	0,656>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,6475	1,316				
Madde 12	Önce	178	2,4270	1,304	0,488	0,626	0,626>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Sonra	122	2,3525	1,329				
Madde 13	Önce	178	2,8539	1,326	-1,011	0,313	0,313>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	3,0082	1,256				
Madde 14	Önce	178	2,5337	1,406	0,544	0,587	0,587>0,05 aynı düşünüyorlar	2=katılmıyorum
	Sonra	122	2,4508	1,213				
Madde 15	Önce	178	3,0449	1,368	-0,339	0,735	0,735>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	3,0984	1,301				
Madde 16	Önce	178	3,2753	1,372	0,030	0,976	0,976>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	3,2705	1,311				
Madde 17	Önce	178	2,7584	1,370	0,524	0,601	0,601>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,6803	1,194				
Madde 18	Önce	178	2,7921	1,428	-1,056	0,292	0,292>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,9672	1,384				
Madde 19	Önce	178	2,9326	1,524	0,758	0,449	0,449>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,8033	1,400				
Madde 20	Önce	178	2,8539	1,340	-0,897	0,370	0,370>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,9918	1,256				
Madde 21	Önce	178	2,9775	1,402	0,318	0,751	0,751>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,9262	1,330				
Madde 22	Önce	178	2,9775	1,397	0,013	0,990	0,990>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,9754	1,357				
Madde 23	Önce	178	3,0056	1,497	-0,423	0,672	0,672>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	3,0738	1,273				
Madde 24	Önce	178	2,8315	1,424	-0,703	0,482	0,482>0,05 aynı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Sonra	122	2,9426	1,287				

Tablo 12'deki bulgulara göre 24 madde hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar, 1 Kasım 2012 sonrasında Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yürürlüğe girdikten sonra çalışanlar ile 1 Kasım 2012 öncesi Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yürürlüğe girmeden öncesinden beri çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. ($p>0,05$).

Ortalamalar dikkate alındığında ise; Araştırmaya katılanların, madde 8, madde 9, madde 12 ve madde 14 için ortalama puan olarak katılmıyorum şeklinde görüş beyan ederken, madde 1, madde 2, madde 3, madde 4, madde 5, madde 6, madde 7, madde 10, madde 11, madde 13, madde 15, madde 16, madde 17, madde 18, madde 19, madde 20, madde 21, madde 22, madde 23 ve madde 24, için ise ortalama olarak kararsızım şeklinde görüş beyan etmişlerdir.

Eğitim durumuna göre tek yönlü varyans analizi Tablo 13/A ve 13/B’de verilmiştir.

Tablo 13/A. KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların,Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Maddeler EĞİTİM	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Madde 1	Gruplar Arası	5,223	2	2,611	1,455	0,235
	Gruplar İçi	532,964	297	1,794		
	Toplam	538,187	299			
Madde 2	Gruplar Arası	8,619	2	4,310	2,497	0,084
	Gruplar İçi	512,617	297	1,726		
	Toplam	521,547	299			
Madde 3	Gruplar Arası	9,732	2	4,866	2,824	0,061
	Gruplar İçi	511,515	297	1,723		
	Toplam	521,547	299			
Madde 4	Gruplar Arası	13,924	2	6,962	3,647	0,027
	Gruplar İçi	566,993	297	1,909		
	Toplam	580,917	299			
Madde 5	Gruplar Arası	10,683	2	5,342	2,740	0,066
	Gruplar İçi	578,953	297	1,949		
	Toplam	589,637	299			
Madde 6	Gruplar Arası	5,835	2	2,918	1,502	0,224
	Gruplar İçi	577,081	297	1,943		
	Toplam	582,917	299			
Madde 7	Gruplar Arası	7,566	2	3,783	2,051	0,130
	Gruplar İçi	547,914	297	1,845		
	Toplam	555,480	299			
Madde 8	Gruplar Arası	12,474	2	6,237	3,307	0,038
	Gruplar İçi	560,192	297	1,886		
	Toplam	572,667	299			
Madde 9	Gruplar Arası	6,291	2	3,145	1,661	0,192
	Gruplar İçi	562,589	297	1,894		
	Toplam	568,880	299			
Madde 10	Gruplar Arası	6,469	2	3,235	1,602	0,203
	Gruplar İçi	599,517	297	2,019		
	Toplam	605,987	299			
Madde 11	Gruplar Arası	11,678	2	5,839	3,441	0,033
	Gruplar İçi	503,909	297	1,697		
	Toplam	515,587	299			
Madde 12	Gruplar Arası	3,266	2	1,633	0,969	0,381
	Gruplar İçi	500,531	297	1,685		
	Toplam	503,797	299			

KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 13/B.

Maddeler EĞİTİM	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Madde 13	Gruplar Arası	1,491	2	0,746	0,428	0,652
	Gruplar İçi	517,425	297	1,742		
	Toplam	518,917	299			
Madde 14	Gruplar Arası	2,375	2	1,188	0,670	0,513
	Gruplar İçi	526,625	297	1,773		
	Toplam	529,000	299			
Madde 15	Gruplar Arası	3,083	2	1,541	0,858	0,425
	Gruplar İçi	533,584	297	1,797		
	Toplam	536,667	299			
Madde 16	Gruplar Arası	0,901	2	0,451	0,247	0,781
	Gruplar İçi	540,686	297	1,820		
	Toplam	541,587	299			
Madde 17	Gruplar Arası	14,465	2	7,232	4,374	0,013
	Gruplar İçi	491,122	297	1,654		
	Toplam	505,587	299			
Madde 18	Gruplar Arası	3,988	2	1,994	1,001	0,369
	Gruplar İçi	591,408	297	1,991		
	Toplam	595,397	299			
Madde 19	Gruplar Arası	16,177	2	8,088	3,792	0,024
	Gruplar İçi	633,503	297	2,133		
	Toplam	649,680	299			
Madde 20	Gruplar Arası	0,530	2	0,265	0,154	0,857
	Gruplar İçi	510,040	297	1,717		
	Toplam	510,570	299			
Madde 21	Gruplar Arası	7,889	2	3,945	2,113	0,123
	Gruplar İçi	554,547	297	1,867		
	Toplam	562,437	299			
Madde 22	Gruplar Arası	2,180	2	1,090	0,571	0,565
	Gruplar İçi	566,657	297	1,908		
	Toplam	568,837	299			
Madde 23	Gruplar Arası	6,792	2	3,396	1,719	0,181
	Gruplar İçi	586,875	297	1,976		
	Toplam	593,667	299			
Madde 24	Gruplar Arası	5,138	2	2,569	1,374	0,255
	Gruplar İçi	555,299	297	1,870		
	Toplam	560,437	299			

Tablo 13/A ve Tablo 13/B'ye göre p değeri madde 1 (0,235), madde 2 (0,084), madde 3 (0,061), madde 5 (0,066), madde 6 (0,224), madde 7 (0,130), madde 9 (0,192), madde 10 (0,203), madde 12 (0,381), madde 13 (0,652), madde 14 (0,513), madde 15 (0,425), madde 16 (0,781), madde 18 (0,369), madde 20 (0,857), madde 21 (0,123), madde 22 (0,565), madde 23 (0,181) ve madde 24 için (0,255) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)'ten büyük olduğu için; Eğitim grupları arasında bu maddeler açısından farklılık olmadığı söylenebilir.

Fakat Tablo 13/A ve Tablo 13/B'ye göre p değeri madde 4 (0,027), madde 8 (0,038), madde 11 (0,033), madde 17 (0,013) ve madde 19 için (0,024) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)'ten küçük olduğu için bu 5 madde hakkında ortalama puanların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$).

Bu farklılığı tespit etmek için Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden hangisinin kullanılacağına karar vermede homojenlik testine bakılır. Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten büyük ise ana kütle varyanslarının aynı (homojen) olduğuna karar verilir ve çoklu karşılaştırmada eşit varyans yaklaşımını kullanan Tukey testi uygulanır. Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten küçük ise ana kütle varyanslarının farklı olduğuna karar verilir ve çoklu karşılaştırmada eşit olmayan varyans yaklaşımını kullanan Tamhane T2 testi kullanılır (Günel 2017: 68).

Tablo 13.1 Maddelerin Eğitim Durumuna Göre Homojenlik Testi Sonucu

Varyansların Homojenliği Testi				
	Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	P
Madde4	,888	2	297	,413
Madde8	,585	2	297	,558
Madde11	3,025	2	297	,050
Madde17	,002	2	297	,998
Madde19	,231	2	297	,794

Tablo 13.1'e göre homojenlik testinin p değerleri madde 4 (0,413), madde 8 (0,558), madde 11 (0,050), madde 17 (0,998) ve madde 19 için (0,794) bulunmuştur. Bulunan p değerleri (0,05)'ten büyük olduğu için ana kütle varyanslarının eşit

olduğuna karar verilir ve bu 5 maddeye Tukey testi uygulanır. Tablo 13.2’te madde 4, madde 8, madde 11, madde 17 ve madde 19’a ait Tukey testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 13.2. Eğitim Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösteren maddeler

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları		
Madde 4	Lise	Üniversite	-0,5112*	0,026	2,3788	2,8900	2,9412
		Lisansüstü	-0,5624	0,133			
	Üniversite	Lise	0,5112*	0,026			
		Lisansüstü	-0,0512	0,978			
Madde 8	Lise	Üniversite	-0,4983*	0,030	2,1667	2,6650	2,4706
		Lisansüstü	-0,3039	0,547			
	Üniversite	Lise	0,4983*	0,030			
		Lisansüstü	0,1944	0,726			
Madde 11	Lise	Üniversite	-0,3118	0,212	2,3182	2,6300	3,0294
		Lisansüstü	-0,7112*	0,027			
	Üniversite	Lise	0,3118	0,212			
		Lisansüstü	-0,3994	0,225			
Madde 17	Lise	Üniversite	-0,4167	0,060	2,3636	2,7800	3,1176
		Lisansüstü	-0,7540*	0,016			
	Üniversite	Lise	0,4167	0,060			
		Lisansüstü	-0,3376	0,334			
Madde 19	Lise	Üniversite	-0,5204*	0,034	2,4545	2,9750	3,1471
		Lisansüstü	-0,6925	0,065			
	Üniversite	Lise	0,5204*	0,034			
		Lisansüstü	-0,1721	0,801			

Tablo 13.2’deki madde 4 için Tukey testi sonuçları lise ile üniversite mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalama değer olarak lise mezunları(2,3788) katılmıyorum, üniversite mezunları(2,8900) kararsızım demişlerdir.

Tablo 13.2’deki madde 8 için Tukey testi sonuçları lise ile üniversite mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalama değer olarak lise mezunları(2,1667) katılmıyorum, üniversite mezunları(2,6650) kararsızım demişlerdir.

Tablo 13.2’deki madde 11 için Tukey testi sonuçları lise ile lisansüstü mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalama değere göre lise mezunları(2,3182) katılmıyorum, lisansüstü mezunları ise (3,0294) kararsızım demişlerdir.

Tablo 13.2’deki madde 17 için Tukey testi sonuçları lise ile lisansüstü mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalama değere göre lise

mezunları (2,3636)katılmıyorum, lisansüstü mezunları ise (3,1176) kararsızım demişlerdir.

Tablo 13.2'dekimadde 19 için Tukey testi sonuçları lise ile üniversite mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalama değer olarak lise mezunları(2,4545) katılmıyorum, üniversite mezunları ise (2,9750) kararsızım demişlerdir.

Meslek gruplarına göre tek yönlü varyans analizi Tablo 14/A ve 14/B'de verilmiştir.

Tablo 14/A. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Maddeler	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Madde 1	Gruplar Arası	25,231	3	8,410	4,853	0,003
	Gruplar İçi	512,955	296	1,733		
	Toplam	538,187	299			
Madde 2	Gruplar Arası	33,480	3	11,160	6,773	0,000
	Gruplar İçi	487,756	296	1,648		
	Toplam	521,237	299			
Madde 3	Gruplar Arası	34,414	3	11,471	6,970	0,000
	Gruplar İçi	487,133	296	1,646		
	Toplam	521,547	299			
Madde 4	Gruplar Arası	27,723	3	9,241	4,945	0,002
	Gruplar İçi	553,193	296	1,869		
	Toplam	580,917	299			
Madde 5	Gruplar Arası	58,610	3	19,537	10,890	0,000
	Gruplar İçi	531,027	296	1,794		
	Toplam	589,637	299			
Madde 6	Gruplar Arası	22,139	3	7,380	3,895	0,009
	Gruplar İçi	560,777	296	1,895		
	Toplam	582,917	299			
Madde 7	Gruplar Arası	19,125	3	6,375	3,518	0,016
	Gruplar İçi	536,355	296	1,812		
	Toplam	555,480	299			
Madde 8	Gruplar Arası	41,487	3	13,829	7,706	0,000
	Gruplar İçi	531,180	296	1,795		
	Toplam	572,667	299			
Madde 9	Gruplar Arası	38,029	3	12,676	7,068	0,000
	Gruplar İçi	530,851	296	1,793		
	Toplam	568,880	299			
Madde 10	Gruplar Arası	37,236	3	12,412	6,460	0,000
	Gruplar İçi	568,750	296	1,921		
	Toplam	605,987	299			
Madde 11	Gruplar Arası	26,504	3	8,835	5,347	0,001
	Gruplar İçi	489,083	296	1,652		
	Toplam	515,587	299			
Madde 12	Gruplar Arası	34,835	3	11,612	7,329	0,000
	Gruplar İçi	468,961	296	1,584		
	Toplam	503,797	299			

Tablo 14/B. Kamu Hastane Birliğinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Meslek GruplarınaGöre Dağılımı

Maddeler	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P
Madde 13	Gruplar Arası	16,623	3	5,541	3,265	0,022
	Gruplar İçi	502,293	296	1,697		
	Toplam	518,917	299			
Madde 14	Gruplar Arası	30,020	3	12,007	7,209	0,000
	Gruplar İçi	492,980	296	1,665		
	Toplam	529,000	299			
Madde 15	Gruplar Arası	9,696	3	3,232	1,815	0,144
	Gruplar İçi	526,970	296	1,780		
	Toplam	536,667	299			
Madde 16	Gruplar Arası	6,049	3	2,016	1,114	0,343
	Gruplar İçi	535,538	296	1,809		
	Toplam	541,587	299			
Madde 17	Gruplar Arası	26,900	3	8,967	5,545	0,001
	Gruplar İçi	478,687	296	1,617		
	Toplam	50,587	299			
Madde 18	Gruplar Arası	29,059	3	9,686	5,063	0,002
	Gruplar İçi	566,338	296	1,913		
	Toplam	595,397	299			
Madde 19	Gruplar Arası	12,261	3	4,087	1,898	0,130
	Gruplar İçi	637,419	296	2,153		
	Toplam	649,680	299			
Madde 20	Gruplar Arası	7,413	3	2,471	1,454	0,227
	Gruplar İçi	503,157	296	1,700		
	Toplam	510,570	299			
Madde 21	Gruplar Arası	18,366	3	6,122	3,331	0,020
	Gruplar İçi	544,070	296	1,838		
	Toplam	562,437	299			
Madde 22	Gruplar Arası	18,337	3	6,112	3,287	0,021
	Gruplar İçi	550,500	296	1,860		
	Toplam	568,837	299			
Madde 23	Gruplar Arası	39,118	3	13,039	6,960	0,000
	Gruplar İçi	554,549	296	1,873		
	Toplam	593,667	299			
Madde 24	Gruplar Arası	21,652	3	7,217	3,965	0,009
	Gruplar İçi	538,784	296	1,820		
	Toplam	560,437	299			

Tablo 14/A ve 14/B'ye göre p değeri madde 15 (0,144), madde 16 (0,343), madde 19 (0,130) ve madde 20 için (0,227) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)'ten büyük olduğu için meslek grupları arasında bu maddeler açısından farklılık olmadığı söylenebilir.

Fakat Tablo 14/A ve 14/B'ye göre p değeri madde 1 (0,003), madde 2 (0,000), madde 3 (0,000), madde 4 (0,002), madde 5 (0,000), madde 6 (0,009), madde 7 (0,016), madde 8 (0,000), madde 9 (0,000), madde 10 (0,000), madde 11

(0,001), madde 12 (0,000), madde 13 (0,022), madde 14 (0,000), madde 17 (0,001), madde 18 (0,002), madde 21 (0,020),

madde 22 (0,021), madde 23 (0,000) ve madde 24 için (0,009) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)'ten küçük olduğu için bu 20 madde hakkında ortalama puanların meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$).

Bu farklılığı tespit etmek için Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden hangisinin kullanılacağına karar vermede homojenlik testine bakılır. Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten büyük ise ana kütle varyanslarının aynı (homojen) olduğuna karar verilir ve çoklu karşılaştırmada eşit varyans yaklaşımını kullanan Tukey testi uygulanır. Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten küçük ise ana kütle varyanslarının farklı olduğuna karar verilir ve çoklu karşılaştırmada eşit olmayan varyans yaklaşımını kullanan Tamhanes T2 testi kullanılır (Günel 2017: 68).

Tablo 14.1. Maddelerin Meslek Gruplarına Göre Homojenlik Testi Sonucu

Varyansların Homojenliği Testi				
Maddeler	Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	P
Madde 1	1,822	3	296	,143
Madde 2	4,701	3	296	,003
Madde 3	1,042	3	296	,374
Madde 4	2,201	3	296	,088
Madde 5	4,338	3	296	,005
Madde 6	,449	3	296	,718
Madde 7	,489	3	296	,690
Madde 8	6,540	3	296	,000
Madde 9	7,841	3	296	,000
Madde 10	5,109	3	296	,002
Madde 11	1,282	3	296	,281
Madde 12	3,548	3	296	,015
Madde 13	1,616	3	296	,186
Madde 14	7,776	3	296	,000
Madde 17	3,842	3	296	,010
Madde 18	2,819	3	296	,039
Madde 21	2,015	3	296	,112
Madde 22	1,334	3	296	,263
Madde 23	3,041	3	296	,029
Madde 24	3,436	3	296	,017

Tablo 14.1'e göre homojenlik testinin p değerleri madde 2 (0,003), madde 5 (0,005), madde 8 (0,000), madde 9 (0,000), madde 10 (0,002), madde 12 (0,015), madde 14 (0,000), madde 17 (0,010),madde 18 (0,039), madde 23 (0,029) ve madde 24 için (0,017) olarak bulunmuştur. Bulunan p değerleri (0,05)'ten küçük olduğu için ana kütle varyanslarının eşit olmadığına karar verilir ve bu 11 maddeye Tamhanes T2testi uygulanır.

Yine Tablo 14.1'e göre homojenlik testinin p değerleri madde 1 (0,143), madde 3 (0,374), madde 4 (0,088), madde 6 (0,718), madde 7 (0,690), madde 11 (0,281), madde 13 (0,186), madde 21 (0,112) ve madde 22 için (0,263) olarak bulunmuştur. Bulunan p değerleri (0,05)'ten büyük olduğu için ana kütle varyanslarının eşit olduğuna karar verilir ve bu 9 maddeyeTukey testi uygulanır.

Meslek Gruplarına Göre Tamhanes T2 Testi Sonuçları

Tablo 14.2'de madde 2'ye ait, Tablo 14.3'de madde 5'e ait, Tablo 14.4'de madde 8'e ait, Tablo 14.5'de madde 9'a ait, Tablo 14.6'da madde 10'a ait, Tablo 14.7'de madde 12'e ait, Tablo 14.8'de madde 14'e ait, Tablo 14.9'da madde 17'e ait, Tablo 14.10'da madde 18'e ait, Tablo 14.11'de madde 23'e ait ve Tablo 14.12'de madde 24'e ait Tamhanes T2 testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 14.2. Madde 2(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 2	Doktor	Hemşire/Ebe	0,8544*	0,000	Doktor	3,0746
		Sağlık memuru	0,2889	0,832		
		Diğer	0,5893	0,076		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,8544*	0,000	Hemşire/Ebe	2,2202
		Sağlık memuru	-0,5655	0,055		
		Diğer	-0,2651	0,656		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,2889	0,832	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,7857
		Hemşire/Ebe	0,5655	0,055		
		Diğer	0,3004	0,762		

Tablo 14.2’deki Tamhane testi bulgularına meslek gruplarına göre madde 2’ye yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 2’ye yönelik ortalama değer olarak (3,0746) kararsızım iken, hemşire/ebe olan meslek grubunun ise (2,2202) katılmıyorum olduğu görülmektedir.

Tablo 14.3. Madde 5(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane hizmetlerinde eşitlik ve adaleti sağlamıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 5	Doktor	Hemşire/Ebe	1,1517*	0,000	Doktor	3,2985
		Sağlık memuru	0,4235	0,490		
		Diğer	0,6367	0,064		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-1,1517*	0,000	Hemşire/Ebe	2,1468
		Sağlık memuru	-0,7282*	0,007		
		Diğer	-0,5150	0,071		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,4235	0,490	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,8750
		Hemşire/Ebe	0,7282*	0,007		
		Diğer	0,2132	0,953		

Tablo 14.3’deki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 5’e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ve ayrıca Hemşire/Ebe ve sağlık memuru/Teknisyeni olan gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların (3,2985) ve sağlık memuru/teknisyeni olanların (2,8750) madde 5’e ilişkin görüşlerinin kararsızım şeklinde iken, hemşire/ebe olan meslek grubunun ise (2,1468) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.4. Madde 8(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	P	Grup Sonuçları	
Madde 8	Doktor	Hemşire/Ebe	0,8154*	0,002	Doktor	3,0448
		Sağlık memuru	0,1519	0,993		
		Diğer	0,8242*	0,009		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,8154*	0,002	Hemşire/Ebe	2,2294
		Sağlık memuru	-0,6635*	0,012		
		Diğer	0,0088	1,000		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,1520	0,993	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,8929
		Hemşire/Ebe	0,6635*	0,012		
		Diğer	0,6722*	0,039		

Tablo 14.4'deki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 8'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan, meslek grubu doktor ve Diğer olan, meslek grubu hemşire/ebe ve sağlık memuru/teknisyen olan, meslek grubu sağlık memuru/teknisyen ve Diğer olan gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 8'e ilişkin görüşlerinin (3,0448) kararsızım şeklinde iken, hemşire/ebe (2,2294) katılmıyorum, meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni olanların (2,8929) kararsızım ve meslek grubu Diğer olanda ise (2,2206) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.5. Madde 9(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuştur) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 9	Doktor	Hemşire/Ebe	0,8796*	0,001	Doktor	3,0448
		Sağlık memuru	0,2591	0,913		
		Diğer	0,6918*	0,040		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,8976*	0,001	Hemşire/Ebe	2,1651
		Sağlık memuru	-,0,6205*	0,026		
		Diğer	-0,1878	0,910	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,7857
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,2591	0,913	Diğer	2,3529
		Hemşire/Ebe	0,6206*	0,026		
		Diğer	0,4328	0,368		

Tablo 14.5'deki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 9'a yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan, meslek grubu doktor ve Diğer olan, hemşire/ebe ve sağlık memuru/teknisyeni olan gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların (3,0448) ve sağlık memuru/teknisyeni olanların (2,7857) madde 9'a ilişkin görüşlerinin kararsızım iken, meslek grubu hemşire/ebe olanların (2,1651) ve Diğer olanların ise (2,3529) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.6. Madde 10(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden kurumlar halini almıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 10	Doktor	Hemşire/Ebe	-0,6307*	0,039	Doktor	3,0299
		Sağlık memuru	0,2441	0,939		
		Diğer	-0,4996	0,253		
	Hemşire/Ebe	Doktor	0,6307*	0,039	Hemşire/Ebe	3,6606
		Sağlık memuru	0,8748*	0,001		
		Diğer	0,1311	0,987	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,7857
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,2441	0,939		
		Hemşire/Ebe	-0,8748*	0,001	Diğer	3,5294
		Diğer	-0,7437*	0,022		

Tablo 14.6'daki Tamhane testi bulgularına meslek gruplarına göre madde 10'a yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan, meslek grubu hemşire/ebe ve sağlık memuru/teknisyeni olan, meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni ve Diğer olan gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu hemşire/ebe (3,6606) ve meslek grubu Diğer olanların (3,5294) madde 10 için görüşleri katılıyorum doğrultusunda iken, meslek grubu Doktor olan (3,0299) ve meslek grubu Sağlık memuru/teknisyeni olanların ise (2,7857) kararsızım şeklinde düşündükleri görülmektedir.

Tablo 14.7. Madde 12(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler arttırılmıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 12	Doktor	Hemşire/Ebe	0,8852*	0,000	Doktor	2,9403
		Sağlık memuru	0,3867	0,535		
		Diğer	0,6609*	0,024		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,8852*	0,000	Hemşire/Ebe	2,0550
		Sağlık memuru	-0,4985	0,107		
		Diğer	-0,2244	0,777	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,5536
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,3867	0,535		
		Hemşire/Ebe	0,4985	0,107	Diğer	2,2794
		Diğer	0,2742	0,795		

Tablo 14.7’deki Tamhane testi bulgularına meslek gruplarına göre madde 12’ye yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Doktor ve Diğer olan grup arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 12’ye ilişkin görüşlerinin (2,9403) kararsızım doğrultusunda iken hemşire/ebe olan meslek grubunun (2,0550) ve meslek grubu Diğer olanların ise (2,2794) katılmıyorum düşüncesini destekledikleri görülmektedir.

Tablo 14.8. Madde 14(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verilmiştir) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 14	Doktor	Hemşire/Ebe	0,7557*	0,004	Doktor	2,9851
		Sağlık memuru	0,1636	0,990		
		Diğer	0,7939*	0,007		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,7557*	0,004	Hemşire/Ebe	2,2294
		Sağlık memuru	-0,5920*	0,041		
		Diğer	0,0382	1,000	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,8214
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,1636	0,990		
		Hemşire/Ebe	0,5921*	0,041	Diğer	2,1912
		Diğer	0,6302	0,056		

Tablo 14.8’deki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 14’e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Doktor ve Diğer olanlar ile meslek grubu Hemşire/ebe ve sağlık memuru/teknisyen olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Madde 14’e ilişkin grup ortalamaları dikkate alındığında meslek grubu doktor olanların görüşlerinin (2,9851)ve meslek grubu Sağlık memuru/teknisyen olanların görüşlerinin (2,8214) kararsızım olduğu ayrıca hemşire/ebe olan meslek grubunun görüşlerinin (2,2294) ve meslek grubu Diğer olanların görüşlerinin (2,1912) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.9. Madde 17(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 17	Doktor	Hemşire/Ebe	0,6848*	0,008	Doktor	3,1343
		Sağlık memuru	0,1165	0,998		
		Diğer	0,6049	0,067		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,6848*	0,008	Hemşire/Ebe	2,4495
		Sağlık memuru	0,5683*	0,044		
		Diğer	-0,0799	0,999		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,1165	0,998	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,0179
		Hemşire/Ebe	0,5683*	0,044		
		Diğer	0,4884	0,216		

Tablo 14.9'daki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 17'ye yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Hemşire/ebe ve sağlık memuru/tenisyen olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Madde 17'ye ilişkin grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların görüşlerinin (3,1343) ve meslek grubu Sağlık memuru/teknisyen olanların görüşlerinin (3,0179) karasızım iken, meslek grubu hemşire/ebe olan kişilerin görüşlerinin (2,4495) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.10. Madde 18(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kurulan Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü ile hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 18	Doktor	Hemşire/Ebe	0,5804	0,067	Doktor	3,1493
		Sağlık memuru	-0,1722	0,984		
		Diğer	0,4728	0,336		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,5804	0,067	Hemşire/Ebe	2,5688
		Sağlık memuru	-0,7526*	0,003		
		Diğer	-0,1077	0,997		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	0,1722	0,984	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,3214
		Hemşire/Ebe	0,7526*	0,003		
		Diğer	0,6450	0,050		

Tablo 14.10'daki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 18'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu hemşire/ebe ve sağlık memuru/teknisyeni olan olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu Sağlık memuru/teknisyen olanların madde 18 için düşüncelerinin (3,3214) kararsızım iken meslek grubu Hemşire/ebe olanların madde 18'e bakış açılarının (2,5688) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.11. Madde 23(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gerçekleştirilen İnternet uygulamaları sayesinde her türlü bilgi edinme kolaylaşmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 23	Doktor	Hemşire/Ebe	0,8320*	0,001	Doktor	3,4925
		Sağlık memuru	0,0818	1,000		
		Diğer	0,6249	0,079		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,8320*	0,001	Hemşire/Ebe	2,6606
		Sağlık memuru	-0,7502*	0,007		
		Diğer	-0,2071	0,915	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,4107
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,0818	1,000		
		Hemşire/Ebe	0,7502*	0,007	Diğer	2,8676
		Diğer	-0,5431	0,219		

Tablo 14.11'deki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 23'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Hemşire/ebe ve sağlık memuru/teknisyen olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Madde 23'e ilişkin grup ortalamaları dikkate alındığında meslek grubu doktor olanların görüşlerinin (3,4925) ve meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni olanların görüşleri (3,4107) karasızım iken, meslek grubuhemşire/ebe olanların görüşlerinin (2,6606) katılmıyorduma yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 14.12. Madde 24(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile yapılan stratejik geliştirme planları sağlık sektörünün önemli ölçüde yol almasını sağlamıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tamhane Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 24	Doktor	Hemşire/Ebe	0,6024*	0,032	Doktor	3,2537
		Sağlık memuru	0,1287	0,998		
		Diğer	0,5920	0,078		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,6024*	0,032	Hemşire/Ebe	2,6514
		Sağlık memuru	-0,4736	0,246		
		Diğer	-0,104	1,000		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,1287	0,998	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,1250
		Hemşire/Ebe	0,4736	0,246		
		Diğer	0,4632	0,364		

Tablo 14.12'deki Tamhane testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 24'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 24'e ilişkin görüşlerinin (3,2537) kararsızım şeklinde iken, hemşire/ebe olan meslek grubunun ise (2,6514) katılmıyorumu yakın olduğu görülmektedir.

Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Tablo 14.13'de madde 1'e ait, Tablo 14.14'de madde 3'e ait, Tablo 14.5'de madde 4'e ait, Tablo 14.16'da madde 6'ya ait, Tablo 14.17'de madde 7'ye ait, Tablo 14.18'de madde 11'e ait, Tablo 14.19'da madde 13'e ait, Tablo 14.20'de madde 21'e ait ve Tablo 14.21'de madde 22'ye ait Tukey testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 14.13. Madde 1(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 1	Doktor	Hemşire/Ebe	0,6686*	0,007	Doktor	3,0448
		Sağlık memuru	0,0269	0,999		
		Diğer	0,3977	0,287		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,6686*	0,007	Hemşire/Ebe	2,3761
		Sağlık memuru	-0,6417*	0,017		
		Diğer	-0,2709	0,543	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,0179
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,0269	0,999		
		Hemşire/Ebe	0,6417*	0,017	Diğer	2,6471
		Diğer	0,3708	0,403		

Tablo 14.13’deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 1 ’e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Hemşire/ebe ve sağlık memuru/teknisyen olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Madde 1’e ilişkin grup ortalamaları dikkate alındığında meslek grubu doktor olanların görüşlerinin (3,0448) ve meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni olanların düşüncelerinin (3,0179) kararsızım şeklinde, meslek grubu hemşire/ebe olanların görüşlerinin (2,3761) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.14. Madde 3(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 3	Doktor	Hemşire/Ebe	0,7608*	0,001	Doktor	3,4030
		Sağlık memuru	0,3851	0,348		
		Diğer	0,8883*	0,000		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,7608*	0,001	Hemşire/Ebe	2,6422
		Sağlık memuru	-0,3757	0,284		
		Diğer	0,1275	0,918		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,3851	0,348	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,0179
		Hemşire/Ebe	0,3757	0,284		
		Diğer	0,5031	0,133		

Tablo14.14’deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 3’e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Doktor ve Diğer olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Madde 3’e ilişkin grup ortalamaları dikkate alındığında meslek grubu doktor olanların görüşlerinin (3,4030) katılıyorum şeklinde, meslek grubu hemşire/ebe olanların görüşleri (2,6422) vemeslek grubu Diğer olanların görüşlerinin(2,5147) kararsızım şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.15 Madde 4(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane kaynaklarının daha etkin kullanımı sağlanmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 4	Doktor	Hemşire/Ebe	0,7170*	0,005	Doktor	3,1940
		Sağlık memuru	0,1226	0,960		
		Diğer	0,5617	0,082		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,7170*	0,005	Hemşire/Ebe	2,4771
		Sağlık memuru	-0,5944*	0,043		
		Diğer	-0,1553	0,883		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,1226	0,960	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,0714
		Hemşire/Ebe	0,5944*	0,043		
		Diğer	0,4399	0,285		

Tablo 14.15'deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 4'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Hemşire/Ebe ve sağlık memuru/teknisyeni olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Madde 4'e ilişkin grup ortalamaları dikkate alındığında meslek grubu doktor olanların görüşlerinin (3,1940) ve meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni olanların düşüncelerinin (3,0714) kararsızım şeklinde, meslek grubu hemşire/ebe olanların ise (2,4771) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.16. Madde 6(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 6	Doktor	Hemşire/Ebe	0,7104*	0,005	Doktor	3,4627
		Sağlık memuru	0,4627	0,249		
		Diğer	0,5950	0,060		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,7104*	0,005	Hemşire/Ebe	2,7523
		Sağlık memuru	-0,2477	0,693		
		Diğer	-0,1153	0,949		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,4627	0,249	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,0000
		Hemşire/Ebe	0,2477	0,693		
		Diğer	0,1323	0,951		

Tablo 14.16'deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 6'ya yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 6'ya yönelik bakış açılarının (3,4627) katılıyorum ayağın iken, hemşire/ebe olan meslek grubunun ise (2,7523) kararsızım şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.17. Madde 7(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşabilmektedir) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 7	Doktor	Hemşire/Ebe	0,3853	0,255	Doktor	3,0000
		Sağlık memuru	-0,1607	0,912		
		Diğer	0,4853	0,157		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,3853	0,255	Hemşire/Ebe	2,6147
		Sağlık memuru	-0,5460	0,067		
		Diğer	0,1000	0,963	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,1607
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	0,1607	0,912		
		Hemşire/Ebe	0,5460	0,067	Diğer	2,5147
		Diğer	0,6460*	0,041		

Tablo 14.17’deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 7’ye yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni olanlar ve Diğer olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni olanların madde 7’ye ilişkin görüşlerinin (3,1607) karasızım iken, Diğer olan meslek grubunun ise (2,5147) katılmıyorumayakın olduğu görülmektedir.

Tablo 14.18. Madde 11(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme kullanımının önüne geçilmiştir) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 11	Doktor	Hemşire/Ebe	0,6835*	0,004	Doktor	3,0597
		Sağlık memuru	0,2383	0,736		
		Diğer	0,7067*	0,008		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,6835*	0,004	Hemşire/Ebe	2,3761
		Sağlık memuru	-0,4453	0,153		
		Diğer	0,0232	0,999	Sağlık memuru/Teknisyeni	2,8214
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,2383	0,736		
		Hemşire/Ebe	0,4452	0,153	Diğer	2,3529
		Diğer	0,4685	0,183		

Tablo 14.18'deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 11'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olan ayrıca meslek grubu Doktor ve Diğer olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 11'e ilişkin görüşlerinin (3,0597) kararsızım şeklinde iken, meslek grubu hemşire/ebe olanların görüşlerinin (2,3761) ve meslek grubu Diğer olanların görüşlerinin(2,3529) katılmıyorum şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 14.19. Madde 13(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaştırmıştır)için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 13	Doktor	Hemşire/Ebe	0,6115*	0,014	Doktor	3,2537
		Sağlık memuru	0,2180	0,792		
		Diğer	0,3273	0,463		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,6115*	0,014	Hemşire/Ebe	2,6422
		Sağlık memuru	-0,3935	0,258		
		Diğer	-0,2843	0,493		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,2180	0,792	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,0357
		Hemşire/Ebe	0,3935	0,258		
		Diğer	0,1092	0,967		

Tablo 14.19'daki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 13'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 13'e ilişkin görüşlerinin (3,2537) kararsızım şeklinde iken, hemşire/ebe olan meslek grubunun ise (2,6422) katılmıyorumu yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 14.20. Madde 21(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması, kamu hastaneleri arasında koordinasyonu sağlaması bakımından önemlidir) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 21	Doktor	Hemşire/Ebe	0,5921*	0,027	Doktor	3,2985
		Sağlık memuru	0,1199	0,962		
		Diğer	0,4603	0,201		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,5921*	0,027	Hemşire/Ebe	2,7064
		Sağlık memuru	-0,4721	0,150		
		Diğer	-0,1318	0,923		
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,1199	0,962	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,1786
		Hemşire/Ebe	0,4721	0,150		
		Diğer	0,3403	0,923		

Tablo 14.20'deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 21'e yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 21'e ilişkin görüşlerinin (3,2985) katılıyorumu yakın iken, hemşire/ebe olan meslek grubunun ise (2,7064) kararsızına yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 14.21. Madde 22(Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile uzman doktorların kamu hastanelerindeki istihdamı önemli ölçüde artmıştır) için Meslek Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

Maddeler	1.Grup	2.Grup	Ortalamalar Farkı	p	Grup Sonuçları	
Madde 22	Doktor	Hemşire/Ebe	0,5978*	0,026	Doktor	3,3134
		Sağlık memuru	0,1170	0,965		
		Diğer	0,4319	0,258		
	Hemşire/Ebe	Doktor	-0,5978*	0,026	Hemşire/Ebe	2,7156
		Sağlık memuru	-0,4808	0,142		
		Diğer	-0,1668	0,858	Sağlık memuru/Teknisyeni	3,1964
	Sağlık memuru/Teknisyeni	Doktor	-0,1170	0,965		
		Hemşire/Ebe	0,4808	0,142	Diğer	2,8824
		Diğer	0,3141	0,579		

Tablo 14.21'deki Tukey testi bulgularında meslek gruplarına göre madde 22'ye yönelik görüşlere ilişkin ortalama puanlardaki farklılığın meslek grubu doktor ve hemşire/ebe olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Grup ortalamaları dikkate alındığında ise meslek grubu doktor olanların madde 21'e ilişkin görüşlerinin (3,3134) katılıyorumu yakın iken, hemşire/ebe olan meslek grubunun ise (2,7156) kararsızımayakın olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre tek yönlü varyans analizi Tablo 15/A ve Tablo 15/B'de verilmiştir.

Tablo 15/A. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Maddeler	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P	Sonuç
Madde 1	Gruplar Arası	10,413	4	2,603	1,455	0,216	2,7067
	Gruplar İçi	527,773	295	1,789			
	Toplam	538,187	299				
Madde 2	Gruplar Arası	6,642	4	1,660	0,952	0,434	2,5767
	Gruplar İçi	514,595	295	1,744			
	Toplam	521,237	299				
Madde 3	Gruplar Arası	9,524	4	2,381	1,372	0,244	2,8533
	Gruplar İçi	512,023	295	1,736			
	Toplam	521,547	299				
Madde 4	Gruplar Arası	3,663	4	0,916	0,468	0,759	2,7833
	Gruplar İçi	577,253	295	1,957			
	Toplam	580,917	299				
Madde 5	Gruplar Arası	14,299	4	3,575	1,833	0,122	2,6567
	Gruplar İçi	575,337	295	1,950			
	Toplam	589,637	299				
Madde 6	Gruplar Arası	3,243	4	0,811	0,413	0,799	2,9833
	Gruplar İçi	579,673	295	1,965			
	Toplam	582,917	299				
Madde 7	Gruplar Arası	2,400	4	0,600	0,320	0,864	2,7800
	Gruplar İçi	553,080	295	1,875			
	Toplam	555,480	299				
Madde 8	Gruplar Arası	5,573	4	1,393	0,725	0,576	2,5333
	Gruplar İçi	567,094	295	1,922			
	Toplam	572,667	299				
Madde 9	Gruplar Arası	7,413	4	1,853	0,974	0,422	2,5200
	Gruplar İçi	561,467	295	1,903			
	Toplam	568,880	299				
Madde 10	Gruplar Arası	12,594	4	3,148	1,565	0,184	3,3267
	Gruplar İçi	593,393	295	2,012			
	Toplam	605,987	299				
Madde 11	Gruplar Arası	7,975	4	1,994	1,159	0,329	2,6067
	Gruplar İçi	507,612	295	1,721			
	Toplam	515,587	299				
Madde 12	Gruplar Arası	1,152	4	0,288	0,169	0,954	2,3967
	Gruplar İçi	502,645	295	1,704			
	Toplam	503,797	299				

Tablo 15/B. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Maddeler	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması	F	P	Sonuç
Madde 13	Gruplar Arası	4,5595	4	1,149	0,659	0,621	2,9167
	Gruplar İçi	514,321	295	1,743			
	Toplam	518,917	299				
Madde 14	Gruplar Arası	5,624	4	1,406	0,793	0,531	2,5000
	Gruplar İçi	523,376	295	1,774			
	Toplam	529,000	299				
Madde 15	Gruplar Arası	5,732	4	1,433	0,796	0,528	3,0667
	Gruplar İçi	530,935	295	1,800			
	Toplam	536,667	299				
Madde 16	Gruplar Arası	9,292	4	2,323	1,287	0,275	3,2733
	Gruplar İçi	532,294	295	1,804			
	Toplam	541,587	299				
Madde 17	Gruplar Arası	8,072	4	2,018	1,197	0,312	2,7267
	Gruplar İçi	497,515	295	1,686			
	Toplam	505,587	299				
Madde 18	Gruplar Arası	6,031	4	1,508	0,755	0,556	2,8633
	Gruplar İçi	589,366	295	1,998			
	Toplam	505,397	299				
Madde 19	Gruplar Arası	7,052	4	1,763	0,809	0,520	2,8800
	Gruplar İçi	642,628	295	2,178			
	Toplam	649,680	299				
Madde 20	Gruplar Arası	8,098	4	2,024	1,189	0,316	2,9100
	Gruplar İçi	502,472	295	1,703			
	Toplam	510,570	299				
Madde 21	Gruplar Arası	4,910	4	1,227	0,649	0,628	2,9567
	Gruplar İçi	557,527	295	1,890			
	Toplam	562,437	299				
Madde 22	Gruplar Arası	7,172	4	1,793	0,942	0,440	2,9767
	Gruplar İçi	561,664	295	1,904			
	Toplam	568,837	299				
Madde 23	Gruplar Arası	5,775	4	1,444	0,724	0,576	3,0333
	Gruplar İçi	587,892	295	1,993			
	Toplam	593,667	299				
Madde 24	Gruplar Arası	4,049	4	1,012	0,537	0,709	2,8767
	Gruplar İçi	556,388	295	1,886			
	Toplam	560,437	299				

Tablo 15/A ve 15/B'deki bulgulara göre değeri madde 1 (0,216), madde 2 (0,434), madde 3 (0,244), madde 4 (0,759), madde 5 (0,122), madde 6 (0,799), madde 7 (0,864), madde 8 (0,576),madde 9 (0,422), madde 10 (0,184), madde 11 (0,329), madde 12 (0,954), madde 13 (0,621), madde 14 (0,531), madde 15 (0,528), madde 16 (0,275), madde 17 (0,312),madde 18 (0,556), 19 için (0,520), madde 20 (0,316), madde 21 (0,628), madde 22 (0,440), madde 23 (0,576) ve madde 24 için (0,709) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)'ten büyük olduğu için; Yaş grupları arasında bu maddeler açısından farklılık olmadığı söylenebilir. Yani 24 madde için verilen cevaplarda yaş grupları arasında bir farklılık görülmeyp cevaplara ilişkin ortalama değerlerin (2,3967 ile 3,3267 arasında olup) kararsızım şeklinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.3. Tartışma

Ülkemizde son dönemlerde sağlık sistem ve politikalarında büyük ilerlemeler sağlanmıştır. Yapılan bu yeniliklerin ülke sağlık politikalarına ne düzeyde katkı sağladığını belirlemek amacıyla bazı bilimsel çalışmalar yapılmıştır. Her yeni sistemde olduğu gibi ülkemizde son dönemlerde uygulamaya konulan sistemlerde de olumlu ve olumsuz diyebileceğimiz gelişmeler yaşanmıştır.

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunları gidermek ve hizmetleri daha iyi bir düzeyde sunmak amacıyla 2 Kasım 2012 de Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçilmiştir. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ülkemizde yeni sayılabilecek bir uygulamadır. Bu yeni sistemin uygulamaya konulmasından günümüze kadar geçen yaklaşık dört yıllık bir süreçte uygulama ile ilgili çok az çalışma yapılmıştır.

Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanların algısını ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen veriler bu konu ile ilgili yapılmış önceki çalışmalarla ve Sağlık Bakanlığının Kamu Hastaneler Birliği uygulamasından beklentileri ile karşılaştırılarak sunulacaktır.

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine bakıldığı zaman;çalışmaya katılan 300 sağlık personelinden %49,3(%148 kişi) erkek iken %50,7(152 kişi) kadındır. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında ise;66 kişi(%22) lise mezunu, 200 kişi(%66,7) üniversite mezunu ve 34 kişi(%11,3) lisansüstü düzeyde mezun olmuştur, katılımcıların büyük çoğunluğu üniversite mezunlarından oluşmaktadır. Katılımcıların 67 kişi(%22,3) doktor, 109 kişi(%36,3) hemşire/ebe, 56 kişi(%18,7) sağlık memuru/teknisyeni ve 68 kişi(%22,7) diğer meslek gruplarından olmuştur, katılımcıların yaklaşık üçte biri hemşire/ebe meslek grubundan olmuştur. Ankete Katılanların Kamu Hastaneler Birliği uygulamaya geçildikten sonra 105 kişi(%35) yer değişikliği yaşarken, 195 kişi(%65) ise yer değişikliği yaşamamıştır. Ankete katılanların, Kamu Hastaneler Birliği sistemi uygulamaya geçildikten sonra 172 kişi(%57,3) çalışma yerini kendi istekleri ile seçerken, 128 kişi(42,7) çalışma yerini kendi istekleri dışında seçildiği görülmektedir.

Araştırma sonuçlarına bakıldığı zaman:Katılımcıların “Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline gelmiştir” genel olarak katılıyorum şeklinde eğilim gösterildiği görülmektedir. Nitekim İsmail FİLİZ’in 2014 yılında yapmış olduğu yüksek lisans çalışmasında da katılımcıların %43,9’nun Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline geldiği düşüncesine kesinlikle katılıyorum şeklinde cevap vermişlerdir.Sağlık Bakanlığının Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçişinde ki amaçlarından biri de kaynakların etkin, verimli ve ekonomiklik ilkelerine uygun bir şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

Çalışmaya katılanların genel olarak “Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur”düşüncesine karşı kararsız kalmıştır. İsmail FİLİZ’in 2014 yılında yapmış olduğu yüksek lisans çalışmasında da katılımcıların büyük çoğunluğunun bu konuda olumsuz düşündükleri görülmektedir.

Katılımcıların“Kamu Hastaneler Birliği uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir” görüşüne ortalama olarak olumsuz düşündükleri ve bu konuda ki çalışmaları yeterli görmedikleri görülmektedir. Bu konuda Harun AKIN’IN 2015’te yapmış olduğu yüksek lisans çalışmasında da katılımcıların yaklaşık %43 oranında hayır ve %30 oranında kısmen şeklinde olumsuz görüş bildirmişlerdir. Yine İsmail FİLİZ’in 2014 yılında yapmış olduğu tez çalışmasında da katılımcıların büyük çoğunluğunun Kamu Hastaneler Birliği uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermediğini ve bu konuda ki eksikliğin devam etmekte olduğunu düşünmektedir. Sağlık Bakanlığının Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçmesinde ki temel amaçlarından biriside sağlık kurumlarında ki çağdaş yönetim anlayışına uygun bir şekilde bilimsel ilkelere dayalı bir yönetim tarzı ile hizmet sunmaktır. Elde edilen bulgulara göre profesyonel yönetim anlayışına uygun uygulamaların gerçekleşmediği sonucu çıkmaktadır.

Yapılan araştırma sonucunda; Katılımcıların genel olarak; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verilmediğini düşünmektedir. Bu sonuca paralel olarak Harun AKIN’IN 2015 yılında yapmış olduğu yüksek lisans çalışmasında da katımcıların %51 orandaKamu Hastaneler

Birliği uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verildiği düşüncesine katılmadıkları görölmektedir. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği sisteminde sağlık kurumlarının yönetiminde uzmanlaşmaya ve işin gereğinin eksiksiz yapılmasına gerekli düzenlemeler ve yasalarla son derece önem vermektedir. Elde edilen verilere göre bu amacın sağlık personelleri açısından tam olarak gerçekleşmediği ve uygulamada bazı sorunların varlığı söz konusu olduğu görölmektedir.

Genel olarak katılımcılar “Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gelecekte sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine olanak sağlanması, rahatsız edici bir özelliktir” ifadesine karşı kararsız kalmışlardır. Bu görüşü destekler nitelikte Harun AKIN’IN 2015 yılında yapmış olduğu yüksek lisans çalışmasında katılımcıların %42 oranında Kamu Hastaneler Birliğinin sağlık kurumlarının özelleştirilmesi yolunda atılmış bir adım olduğuna kesin olarak katılırken, %21 oranında katılımcı ise bu görüşe kısmen katıldığı görölmüştür. İsmail FİLİZ’in 2014 yılında yapmış olduğu yüksek lisans tez çalışmasında da Kamu Hastaneler Birliği sisteminin gelecekte özelleştirmeye imkân sağladığı görüşüne katılımcıların %41.4 oranında kesinlikle katılıyorum şeklinde görüş ifade ettikleri görölmüştür.

Yapılan bu çalışmada genel olarak katılımcıların; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemelerin artmadığını düşünmektedir. Bu görüşü destekler nitelikte Harun AKIN’IN 2015 yılında yapmış olduğu yüksek lisans çalışmasında bu görüşe yönelik katılımcıların, %72 oranında hayır dedikleri görölmüştür.

2.4. Sonuçlar ve Öneriler

2.4.1. Sonuçlar

Sağlık hizmetlerinin tedavi edici yönünü temsil eden hastaneler, vatandaşların ihtiyaç duyduğu tedavi edici hizmetleri karşılamak üzere kurulmuş sosyal yapılanmalardır. Hastanelerde Sağlık hizmetleri sunumunda insan ve insan sağlığı esas alındığı için diğer kurum ve kuruluşlardan farklılık ve hassasiyet arz etmektedir. Hastaneler kuruluş amaçları gereği günlük 24 saat hizmet veren ve karmaşık bir yapıya sahip organizasyonlardır.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere dünyanın birçok yerinde; Modern bir yönetim anlayışı olarak kabul edilen yerinden yönetim anlayışı yaygınlık kazanmıştır. Bu anlayışa göre; Devletin toplumsal alanı şekillendirmesinin azaltılması, devletin kamu alanında küçültülmesi, yerinden yönetim anlayışının yaygın bir şekilde uygulanması gibi anlayışlar öne çıkmıştır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bunun etkileri görülmüştür. Özellikle 2000’li yıllardan sonra kamu alanında yapılan reformların bu anlayış çerçevesinde gerçekleştiği görülmektedir. Tüm kamu alanlarında olduğu gibi sağlık alanı da bu anlayıştan etkilenmiştir. Örneğin; Sağlık Hizmetleri ile mali işlemlerinin birbirinden ayrılması, hastanelerin özerk yapıya kavuşturulması, verimlilik ve performansa dayalı ödeme gibi kavramlar öne çıkmıştır.

Tüm dünyada gelişen bu modern anlayışa uygun olarak, Ülkemizde 1 Kasım 2012 tarihinde Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçilmiştir. Bu sistemle, devlet sağlık alanında daha çok yol gösterici pozisyonuna geçmesi, yerel yönetim anlayışının yerleşmesini sağlanması, hizmetlerin daha etkin, verimli ve kaliteli sunulması gibi hedefler öngörülmüştür.

Bu araştırmanın modeli, Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının ülkemizdeki sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık personellerinin algısını ölçmek amacıyla yapılmış Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni, Sivas il merkezinde bulunan Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı yaklaşık 1250 civarında ki sağlık personelleri olmuştur. Araştırmanın örneklemi ise, Sivas Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Sivas Numune Hastanesinden araştırmaya katılmayı kabul eden 300 kişiden oluşmaktadır. Araştırmayı Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm çalışanlarda uygulamak hem vakit hem de maliyet yönünden mümkün olmadığı için, ayrıca anket uygulamasının beşeri ilişkiler yolu ile yapıldığından dolayı bu tip sınırlılıklara gidilmiştir.

Araştırmanın amacına uygun bir şekilde sağlık personellerinin demografik özelliklerini ölçmek için akademisyen hocalarla hazırlanan 7 soru ve 1 Kasım 2012 tarihinde yürürlüğe giren Kamu Hastaneler Birliği sisteminin sağlık politikalarını katkısını belirlemede sağlık personelinin algısını ölçmek için toplam 24 sorudan

oluşan 5'li Likertli anket formu uygulamada kullanılmıştır. Ayrıca İsmail FİLİZ' in "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı: (Balıkesir Örneği)" isimli tezinde uyguladığı anketten de faydalanmıştır.

Güvenirlilik analizine göre 24 madde için Cronbach's Alpha katsayısı 0,941 bulunmuştur. Literatüre bakıldığında 0,941'lik bir güvenirlik düzeyinin araştırma sonuçlarının doğru sonuçlar elde edilmesi ve değerlendirilmesi için yeterli olduğu görülmektedir. Araştırmanın yöntemi nicel araştırma yöntemi olup, veri toplama şekli olarak da yüz yüze anket tekniği uygulanmıştır. Toplanan veriler SPSS 23. Programında veri tabanı oluşturarak bilgisayar ortamına alınmış. Araştırma sorularından oluşan ölçeğin alt boyutlarını belirlemek için t testi ve Anova testi (varyans analizi) uygulanmıştır. 300 kişiden elde edilen verilerden, İki grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı t testi ile analiz edilmiş. İki'den fazla grubun ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için de Anova testi (varyans analiz) uygulanmıştır. Bulunan değerlerin varyansı açıklama oranının 0,05 ve üzerinde olması ölçüt olarak esas alınmıştır. Ayrıca, Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden hangisinin kullanılacağına karar vermede homojenlik testine bakılarak Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten büyük ise çoklu karşılaştırmada eşit varyans yaklaşımını kullanan Tukey testi uygulanmıştır. Eğer Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten küçük ise çoklu karşılaştırmada eşit olmayan varyans yaklaşımını kullanan Tamhanes T2 testi kullanılmıştır.

Kamu Hastaneler Birliği sisteminin 1 Kasım 2012 ile 2017 tarihleri arasında uygulama sürecinde sağlık personellerinin sisteme ilişkin bakış açılarının ölçmek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçları şu şekilde özetleyebiliriz;

Araştırmaya katılanların, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gerçekleştirilen İnternet uygulamaları sayesinde her türlü bilgi edinmenin kolaylaştığı düşüncesini Erkeklerin Bayanlara göre daha çok destekledikleri görülmüştür.

Araştırmaya katılanlar,Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline geldiği düşüncesiniBayanlar Erkeklere göre daha çok desteklemektedir.

Araştırmaya katılanlar, Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçildikten sonra çalışacağı birimi kendi isteği ile seçen sağlık personellerin,çalışacağı birimi kendi isteği ile seçmeyen personellere göre,Kamu Hastaneler Birliği sistemin ülke sağlık politikalarına olumlu yönde katkı sağlamıştır düşüncesini daha çok savundukları görülmektedir.

Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yürürlüğe girdikten sonra çalışanlar ile Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yürürlüğe girmeden öncesinden beri çalışanlar arasında sisteme bakış açıları arasında önemli bir farklılık görülmemektedir.

Araştırma sonucuna göre;Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane kaynaklarının daha etkin kullanımı sağlanmıştır,

Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hasta hakları konusunda iyileştirmeler olmuştur,

Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur,Şeklin de ki bu üç ifade içinde; Üniversite mezunlarının Lise mezunlarına göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme kullanımının önüne geçilmiştir, AyrıcaKamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır şeklinde ki iki ifade içinde; Lisansüstü mezunlarının Lise mezunlarına göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması yürürlüğe geçtikten sonra yeri değişen çalışanlar ile yeri değişmeyen çalışanlar arasında önemli bir farklılık görülmemektedir. Bu konuda genel görüş birbirine yakındır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir düşüncesi için “meslek grubu Doktor” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane hizmetlerinde eşitlik ve adaleti sağlamıştır, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gerçekleştirilen İnternet uygulamaları sayesinde her türlü bilgi edinme kolaylaşmıştır, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane kaynaklarının daha etkin kullanımı sağlanmıştır, Şeklin de ki bu dört ifade içinde; “Meslek grubu Doktor” ve “Sağlık Memuru/Teknisyeni” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlara göre daha çok destekledikleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuştur düşüncesini “meslek grubu Doktor” ve “Sağlık memuru/Teknisyeni” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” ve “Diğer” olanlara göre daha çok destekledikleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaştırdı düşüncesi için “meslek grubu Doktor” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur düşüncesi için “meslek grubu Doktor” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlara göre ve “meslek grubu sağlık memuru/teknisyeni” olanların “meslek grubu diğer” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden kurumlar halini almıştır düşüncesi için “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanların “meslek grubu diğer” olanlara göre ve “meslek grubu

Doktor” olanların “meslek grubu Sağlık memuru/teknisyeni” olanlara göre daha çok destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler arttırılmıştır düşüncesi için “meslek grubu Doktor olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlar ve “meslek grubu diğer” olanlara göre daha olumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verilmiştir düşüncesi için “meslek grubu Doktor” olanların “meslek grubu Sağlık memuru/Teknisyen” olanlara göre ve “meslek grubu hemşire/ebe” olanların “meslek grubu diğer” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kurulan Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü ile hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır düşüncesi için “meslek grubu Sağlık memuru/Teknisyen” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir düşüncesi için “meslek grubu Doktor” ve “Sağlık memuru/Teknisyen” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile yapılan stratejik geliştirme planları sağlık sektörünün önemli ölçüde yol almasını sağlamıştır, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması, kamu hastaneleri arasında koordinasyonu sağlaması bakımından önemlidir, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile uzman doktorların kamu hastanelerindeki istihdamı önemli ölçüde artmıştır, Şeklin de ki bu dört ifade içinde “meslek grubu Doktor” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır, Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme kullanımının önüne geçilmiştir, şeklin de ki bu iki ifade içinde “meslek grubu Doktor” olanların “meslek grubu Hemşire/Ebe” olanlar ve meslek grubu diğer olanlara göre daha olumlu düşündükleri görölmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlıkalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşabilmektedir, düşüncesi için “meslek grubu Sağlık memuru/Teknisyen” olanların “meslek grubu Diğer” olanlara göre daha olumlu düşündükleri görölmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; Katılımcıların yaş grupları yönündensisteme bakış açıları arasında önemli bir farklılık görölmemektedir.

Elde edilen bu verilere göre Kamu Hastaneler Birliği sisteminin olumlu katkılarını artırmak ve olumsuz etkilerini azaltmak için aşağıda sunulacak önerilerin faydalı olacağı öngörülmektedir.

2.4.2. Öneriler

1. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin daha olumsuz bir duruma geldiği düşüncesinin temel nedeni sistem ile ilgili yeterli düzeyde bilginin sağlanmadığından kaynaklandığı söylenebilir. Bunun için, sağlık çalışanlarının konferans, seminer vb faaliyetlerle bilgilendirilmeli, sistem ile ilgili endişeleri giderilmeli.
2. Kamu Hastaneler Birliği sisteminde, sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarında iyileştirmeler yapılmalıdır. Memnuniyet düzeylerinin artması için çeşitli uygulamalar gerçekleştirilmelidir.
3. Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçildikten sonra çalışacağı birimi kendi isteği ile seçen sağlık personellerin, Kamu Hastaneler Birliği sistemin ülke sağlık politikalarına olumlu yönde katkı sağlamıştır düşüncesini daha çok savundukları görölmektedir. bu nedenle: Sağlık personellerinin çalışma yerleri belirlenirken kendi istekleri doğrultusunda uygun birimlerde istihdam edilmeleri, çalışanların memnuniyet düzeylerinde olumlu gelişmeler sağlayabilir.
4. Sağlık kurumlarında finansman konusuna önem verilmekle beraber, kar amaçlı değil hizmet esaslı bir kurum yaklaşım geliştirilmeli.
5. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda denetimlerin artırılması gereklidir.

KAYNAKÇA

- Ağdemir, Hasan(2012). *Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012)
- Akdağ, Recep(2008). *Türkiye De Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara,İlerleme Raporu.Erişim Tarihi: 25 Nisan 2017 <https://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane / Kitaplar /Turkiyesdp.Pdf>
- Akdur, Recep(2000). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara
- Akın, Harun(2015). *Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetmel Sorunlar*.(Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2015)
- Aktan, Coşkun Can(2004). *Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Mevcut Sorunlar Ve Swot Analizi, Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan Ön Çalışması*, Erişim Tarihi:4 Mayıs2017<http://Www.Canaktan.Org/Reform/Saglik-Reform/PDF Aktan /02%20sorunlar.Pdf>
- Alper, Mehmet(2012). *Türkiye’deki Kamu Hastanelerinin Yönetim Ve Organizasyon Yapısı, Kamu Hastaneler Birliği, Kapsamı Ve Değerlendirilmesi*.(Yüksek Lisans Tezi,Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012)
- Ateş, Metin(2012). *Sağlık İşletmeciliği*.İstanbul:Beta Kitapevi.
- Birinci, Şuayip(2014). *Sağlıkta Yeni Bir Dönem Kamu Hastaneler Birliği*. Erişim Tarihi:4 Mayıs2017.<http://Www.Sdplatform.Com/Dergi/734/ Saglikta-Yeni-Bir-Donem-Kamu-Hastaneleri-Birligi.aspx>.
- Bulakbaşı, Müge(2015). *Hastane Yönetimi Ve Organizasyonu*.Erişim Tarihi:25 Nisan 2017. Www-Saglik Kuruluslari Organizasyonel Yapisi.Com.
- Erdoğan, Raşide(2015). *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler: Hastane Tercihinde Halka İlişkilerin Rolü Üzerine Bir Saha Araştırması*.(Yüksek Lisans Tezi,Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015)
- Er, Ünal(2011). *Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası*.(Yüksek Lisans Tezi,Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011)

- Filiz, İsmail(2014). *Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı*. (Yüksek Lisans Tezi,Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, 2014)
- Gülbüz Sait ve Şahin Faruk(2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*.Ankara: Seçkin yayınevi
- Günel, Yılmaz (2017).*Araç Kaskosu Yaptırma Düşüncesini Ve Sigorta Şirketi Seçimini Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli İle Ölçek Geliştirme: Cumhuriyet Üniversitesi'nde Bir Uygulama*.(Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017)
- Hayran Osman ve Sur Haydar(1997). *Hastane Yöneticiliği*.İstanbul:Nobel Yayınevi
- İleri Hüseyin, Seçer Betül, Ertaş Handan(2016). *Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi*,Selçuk Üniversitesi Sosyal Ve Teknik Araştırmalar Dergisi 12:176–186.
- Karadağ, Zennure(2007). *Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*.(Yüksek Lisans Tezi,Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007)
- Kavuncubaşı Şahin Ve Yıldırım Selami(2010). *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi*.Ankara:Nadir Yayınevi
- Kayri Murat(2009).*Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri*, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 19:51-64
- Resmi Gazete:2 Kasım2012 Tarih, 28103 Sayı, *Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*,Erişim Tarihi:27.04.2017<http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Main.Asp?Home=Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/>
- Sağlık Bakanlığı(2003).*Sağlıkta Dönüşüm*. Erişim Tarihi:4 Mayıs2017.<http://Www.Saglik.Gov.Tr/TR,11415/Saglikta-Donusum-Programi.Html>
- Şişman, Serpil(2010). *Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanların Bakış Açısı*. (Yüksek Lisans Tezi,Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010)

- Tıbbi Terminoloji(Tedavi Hizmetleri) (2008). *Megep(Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi)*.Erişim Tarihi:26 Nisan 2017.
[Www.Hastaneleriçesitlirineledir?.Com](http://www.Hastaneleriçesitlirineledir?.Com)
- Türkmen, Bekir(2015).*Tasav Beyin Fırtınası Toplantıları.Sağlık Sektörü Çalışma Gurubu Türkiye’de Sağlık Sektörü: Gelişmeler, Sorunlar Ve Politika Önerileri*. Erişim Tarihi: 4 Mayıs 2017[Http://Tasav.Org/Usr_İmg/Yayinlar/Raporlar/Bf_Rapor_No_18_Saglik.Sektoru_B.Turkmen_So_n.Pdf](http://Tasav.Org/Usr_İmg/Yayinlar/Raporlar/Bf_Rapor_No_18_Saglik.Sektoru_B.Turkmen_So_n.Pdf).
- Uğurluoğlu Özgür Ve Çelik Yusuf(2005). *Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi Ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8:1-6
- Yanmaz, Muhammed(2010). *Küreselleşme Sürecinde Türkiye De Son Dönem Sağlık Politikaları*. (Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010)
- Yılmaztürk, Aysun(2013). *Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi*, Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi 1:176-188.



EKLER

EK-1: Uygulanan Anket Örneği

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Kamu Hastane Birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısını ölçme amacıyla yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır. Cevaplarınız bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın amacına ulaşmasında önem arz etmektedir. Kişisel bilgilerinizi lütfen yazmayınız.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
A) Aşağıda Kamu Hastaneler Birliğinin kurulması ile ortaya çıkan değişim/dönüşüm hakkında bazı ifadeler verilmiştir. Bu ifadelere katılım düzeyinizi ilgili kutucuğu işaretleyerek belirtiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.					
1. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir.					
2. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir.					
3. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır.					
4. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane kaynaklarının daha etkin kullanımı sağlanmıştır.					
5. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane hizmetlerinde eşitlik ve adaleti sağlamıştır.					
6. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır.					
7. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşabilmektedir.					
8. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur.					
9. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuştur.					
10. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden kurumlar halini almıştır.					
11. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme kullanımının önüne geçilmiştir.					
12. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler arttırılmıştır.					
13. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaşmıştır.					
14. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verilmiştir.					
15. Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile tıp kökenli olmayan kişilerin hastane yöneticisi olması sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir.					

16.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gelecekte sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine olarak sağlanması, rahatsız edici bir özelliktir.					
17.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır.					
18.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kurulan Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü ile hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır.					
19.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile hasta hakları konusunda iyileştirmeler olmuştur.					
20.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile kamu hastaneleri, toplumun sağlık hizmetlerini karşılayabilecek kurumlar haline gelmiştir.					
21.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması, kamu hastaneleri arasında koordinasyonu sağlaması bakımından önemlidir.					
22.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile uzman doktorların kamu hastanelerindeki istihdamı önemli ölçüde artmıştır.					
23.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile gerçekleştirilen İnternet uygulamaları sayesinde her türlü bilgi edinme kolaylaşmıştır.					
24.	Kamu Hastaneler Birliği uygulaması ile yapılan stratejik geliştirme planları sağlık sektörünün önemli ölçüde yol almasını sağlamıştır.					

B)DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız:

- ☐ 1-18-24 yaş
☐ 2-25-34 yaş
☐ 3-35-44 yaş
☐ 4-44-54 yaş
☐ 5-55+ yaş

2-Cinsiyetiniz?

- ☐ 1. Erkek ☐ 2. Kadın

3-Eğitim Durumunuz

- ☐ 1.Lise ☐ 2. Üniversite ☐ 3.lisansüstü

4-Çalıştığınız kurumdaki unvanınız/ pozisyonunuz nedir?

- ☐ 1-Doktor ☐ 2-Hemşire/Ebe

- ☐ 3-Sağlık memuru/teknisyeni ☐ 4-.Diğer sağlık personeli

5-Kamu hastaneleri birliği uygulamaya geçtikten sonra çalışma yeriniz değişti mi?

- ☐ 1.Evet ☐ 2.Hayır

6-Ne zamandan beri kamuya ait bir sağlık kurumunda çalışıyorsunuz?

- ☐ 1- 1 Kasım 2012 öncesinden beri çalışmakta
☐ 2- 1 Kasım 2012 sonrasında çalışmakta

7-Çalıştığınız birimi kendi isteğinizle mi seçtiniz?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

EK-2: Dilekçe Örneği

T.C
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SİVAS KAMU HASTANELER BİRLİğİ GENEL SEKRETERLİğİNE;

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bölümü öğrencisiyim. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı [Sivas İli Merkez Örneği] başlıklı tezin evrenin Genel Sekreterliğinize bağlı Sivas Numune Hastanesinde veri toplamaya yönelik yapacağım anket çalışmasını 23.01.2017-28.04.2017 tarihleri arasında yapabilmek için gerekli iznin tarafınızdan verilmesi hususunda;

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adres: yiğitler mah. Yiğitler cad.

Vefa apt. kat-3

Sivas-merkez

30/01/2017

Tel:05354165668

Ad-Soyadı

Mustafa FİLİZ



EK-3 İzin Örneği



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SİVAS İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SİVAS İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
09/02/2017 11:05 - 75723911 - 044 - E.1341



Sayı : 75723911-044
Konu : Araştırma Komisyon Kararı-Mustafa
FİLİZ

SİVAS NUMUNE HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : a) 31/01/2017 tarih ve 38623810-0 sayılı yazısı
b) 06/02/2017 tarih ve 91742806-799-1129 sayılı yazınız
c) TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının 19.06.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı yazısı

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bölümü öğrencisi Mustafa FİLİZ'in, "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı" başlıklı tezin başvurusu Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarih ve sayılı yazıda belirtilen çalışmanın, TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının ilgi (c) tarih ve sayılı yazısı gereği, çalışmaların Sağlık Tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak Birliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesinde yapılması Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr. Yaşar TAŞTEMUR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER

1-Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Gereği:
-Mustafa FİLİZ

Bilgi:
-Sivas Numune Hastanesi

Faks No:

e-Posta:zeynep.gokgul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 07adb7b0-edd3-47a6-ach4-207406d1ba8d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zeynep GÖKGÜL

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 3462258080 / 309



ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı :Mustafa FİLİZ
Uyruğu :T.C
Doğum Tarihi ve Yeri :01.06.1991/Diyarbakır
e-posta :mustafafiliz1109@gmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2013
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği	2017

YABANCI DİL BİLGİSİ

Yabancı Dilin Adı:e-YDS:(50) **YÖK DİL:**(66.25)