

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU HASTANELERİNE
ETKİLERİNİN SAĞLIK PERSONELİ ALGISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ
(ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİNDE BİR ARAŞTIRMA)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Erhan BIYIK

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

HAZİRAN 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU HASTANELERİNE
ETKİLERİNİN SAĞLIK PERSONELİ ALGISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ
(ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİNDE BİR ARAŞTIRMA)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Erhan BIYIK

1203813038

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 1203813038 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Erhan BIYIK, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU HASTANELERİNE ETKİLERİNİN SAĞLIK PERSONELİ ALGISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ (ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİNDE BİR ARAŞTIRMA)" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

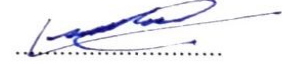
Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Jüri Üyeleri : Doç. Dr. Menderes TARCAN
Osmangazi Üniversitesi



Doç. Dr. H. Cenk SÖZEN
Başkent Üniversitesi



Yrd.Doç.Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Tez Savunma Tarihi : 27 Haziran 2014

TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastanelerine Etkilerinin Sağlık Personeli Algısıyla Değerlendirilmesi (Ankara İli Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma)” adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

27/06/2014

Erhan BIYIK



ÖNSÖZ

Hızla değişen ve küreselleşen dünya koşullarıyla birlikte Türkiye’de sağlık politikaları, Cumhuriyetten günümüze bir çok değişime uğramıştır. Bu değişimlerin son hamlelerinden olan ve 1980’lerden itibaren temelleri atılan, 2003 yılından itibaren de hayata geçirilmeye başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile son 10 yılda ülkemizde sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendiğine ve bu konuda önemli politika değişikliklerine tanık olduk. Söz konusu program ile sağlık hizmetlerindeki sorunların çözümü, iyileştirilmesi ve standartlarının yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Son aşamasına gelen bu program ile yapılan uygulamaların önemli bir kısmı ülkemizdeki kamu hastanelerini ve çalışanlarını etkilemiş; hastanelerin yönetimlerini, mali durumlarını ve sağlık hizmeti sunum süreçlerini önemli ölçüde değiştirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının, bir kamu hastanesi olarak Asker Hastaneleri üzerindeki etkilerinin literatürde araştırma konusu yapılmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada; Sağlıkta Dönüşüm Programına ilişkin kurumsal dayanaklara genel hatlarıyla yer verilmiş, araştırmanın ise Asker Hastaneleri ekseninde yapılmasının hem literatüre hemde Asker Hastanelerinin kurumsal geleceğine katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın başından sonuna kadar her türlü detayıyla ilgilenen, beni değerli bilgi ve deneyimleriyle yönlendiren danışmanım ve saygıdeğer hocam Yrd.Doç.Dr. Kemal TEKİN başta olmak üzere, yapıcı fikirleriyle çalışmamın istatistik aşamasında ihtiyaç duyduğumda bilgisine başvurduğum sayın Doç.Dr. Cem Şafak ÇUKUR’a yoğun iş yüküne rağmen desteğini benden esirgemeyen çalışma arkadaşım sayın Dr.Sağ.Alb. Suat PEKER’e, İngilizce Öğretmeni Derya BIYIK’a, manevi desteklerini her zaman hissettiren çalışma arkadaşlarıma, büyük bir sabırla ve fedakârlıkla bana her zaman destek olan sevgili eşime, bana ihtiyacı oldukları dönemde çoğu kez yanlarında olamadığım biricik kızım ve oğluma sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Haziran 2014

Erhan BIYIK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. Türkiye’de Geçmiş Sağlık Politikalarına Genel Bakış.....	3
1.1.1. 1923-1937 Dönemi.....	3
1.1.2. 1938-1960 Dönemi.....	4
1.1.3. 1961-1980 Dönemi.....	5
1.1.4. 1981-2002 Dönemi.....	6
1.2. Yakın Tarihte Küresel Sağlık Politikaları.....	9
1.2.1. Uluslararası Örgütlerin Etkileri.....	10
1.2.2. Küresel Sağlık Politikalarının Türkiye’ ye Etkileri.....	11
1.2.2.1. Sağlıkta dönüşüm programının politik arka planı.....	12
1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve Getirdiği Uygulamalar.....	13
1.3.1. Amaç ve Hedefler.....	13
1.3.2. Temel İlkeler.....	15
1.3.3. SDP’nin Hizmet Sunumuna Yönelik Uygulamaları.....	15
1.3.3.1. Aile hekimliği uygulaması.....	15
1.3.3.2. Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması.....	17
1.3.3.3. Kamu- özel ortaklıklar (Sağlık Kampüsleri).....	18
1.3.3.4. Sağlık turizmi.....	19
1.3.3.5. Hekim seçme hakkı.....	20
1.3.3.6. Hasta hakları uygulaması.....	21
1.3.3.7. Evde bakım hizmetleri.....	21
1.3.3.8. Tam gün yasası.....	23
1.3.3.9. Ulusal sağlık bilgi sistemi.....	24
1.3.3.10. Kalite ve akreditasyon.....	25
1.3.4. SDP’nin Finansmana Yönelik Uygulamaları.....	26
1.3.4.1. Performansa dayalı ek ödeme sistemi.....	26
1.3.4.2. Genel sağlık sigortası.....	27
1.3.5. SDP’nin Örgütlenme Ve Yönetime Yönelik Uygulamaları.....	31
1.3.5.1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı.....	31
1.3.5.2. Kamu hastane birlikleri.....	32
İKİNCİ BÖLÜM.....	35

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU HASTANELERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI	35
2.1. Araştırmanın Amacı.....	35
2.2. Araştırmanın Önemi.....	35
2.3. Araştırma Soruları ve Hipotezleri.....	36
2.4. Gereç ve Yöntem	37
2.4.1. Evren ve Örneklem.....	37
2.4.2. Veri Toplama Araçları.....	39
2.4.3. Veri Toplama Süreci.....	42
2.4.4. Verilerin Analizi.....	43
2.5. Araştırmanın Varsayımları.....	44
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	46
3. BULGULAR	46
3.1. Demografik Özelliklerin Frekans Analizi.....	46
3.2. Tanımlayıcı İstatistikler.....	49
3.3. Tek Yönlü Varyans Analizi.....	56
3.3.1. Sağlık Hizmeti Sunumunun Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı.....	56
3.3.2. Altyapı Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı.....	61
3.3.3. Yönetim Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı.....	65
3.3.4. Sayısal Göstergeler Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı.....	69
3.3.5. Personel Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı.....	74
3.3.6. Genel Değerlendirme Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı.....	79
3.4. Korelasyon Analizi.....	83
3.5. Regresyon Analizi.....	84
3.5.1. Sayısal Göstergeleri Tahmin Eden Değişkenler.....	84
3.5.2. Personel Değişkenini Tahmin Eden Değişkenler.....	86
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	88
KAYNAKÇA	95
EKLER	104
EK A-Anket Formu	105
ÖZGEÇMİŞ	112

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1 : Sağlık Personel Mevcutları (1923-1935.....	4
Tablo 1.2 : Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Sayısı (1980-2002).....	8
Tablo 1.3 : Türkiye'de 2002'den 2012'ye Doğru Bazı Ölçütler.....	14
Tablo 1.4 : Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları.....	16
Tablo 1.5 : Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2002-2012).....	18
Tablo 1.6 : Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Kişi Sayısı ve Harcama Tutarı..	22
Tablo 1.7 : Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler.....	29
Tablo 2.1 : Uygulamada Hedeflenen Örneklem Sayıları.....	39
Tablo 2.2 : Faktör Analiz Sonuçları (Döndürülmüş Temel Bileşenler Analizi).....	41
Tablo 2.3 : Ölçek Değerlendirme.....	43
Tablo 3.1 : Demografik Özelliklerin Frekans Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 3.2 : Sağlık Hizmeti Sunumu Faktörüne ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	50
Tablo 3.3 : Altyapı Faktörüne ve Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	51
Tablo 3.4 : Yönetim Faktörüne ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	52
Tablo 3.5 : Sayısal Göstergeler Faktörüne ve Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçlar.....	53
Tablo 3.6 : Personel Faktörüne ve Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	54
Tablo 3.7 : Genel Değerlendirmeler Faktörüne ve Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	55
Tablo 3.8 : Sağlık Hizmeti Sunumunun Görev Yapılan Hastaneye Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	56
Tablo 3.9 : Sağlık Hizmeti Sunumunun Göreve Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	57
Tablo 3.10 : Sağlık Hizmeti Sunumunun Yaşa Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	58
Tablo 3.11 : Sağlık Hizmeti Sunumunun Eğitime Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçlar.....	59
Tablo 3.12 : Sağlık Hizmeti Sunumunun Meslekteki Çalışma Süresi Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	59
Tablo 3.13 : Sağlık Hizmeti Sunumunun Hastanedeki Çalışma Süresi Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	60
Tablo 3.14 : Altyapının Görev Yapılan Hastaneye Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	61
Tablo 3.15 : Altyapının Göreve Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	61
Tablo 3.16 : Altyapının Yaşa Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	62
Tablo 3.17 : Altyapının Eğitime Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları ANOVA Sonuçları.....	63

Tablo 3.18: Altyapının Meslekteki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	64
Tablo 3.19: Altyapının Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	64
Tablo 3.20: Yönetimin Görev Yapılan Hastaneye Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	65
Tablo 3.21: Yönetimin Göreve Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	66
Tablo 3.22: Yönetimin Yaşa Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	67
Tablo 3.23: Yönetimin Eğitime Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları....	67
Tablo 3.24: Yönetimin Meslekteki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	68
Tablo 3.25: Yönetimin Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	69
Tablo 3.26: Sayısal Göstergelerin Görev Yapılan Hastaneye Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	69
Tablo 3.27: Sayısal Göstergelerin Göreve Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	70
Tablo 3.28: Sayısal Göstergelerin Yaşa Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	71
Tablo 3.29: Sayısal Göstergelerin Eğitime Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	72
Tablo 3.30: Sayısal Göstergelerin Meslekteki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	73
Tablo 3.31: Sayısal Göstergelerin Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	74
Tablo 3.32: Personelin Görev Yapılan Hastaneye Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	74
Tablo 3.33: Personelin Faktörünün Göreve Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	75
Tablo 3.34: Personelin Faktörünün Yaşa Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	76
Tablo 3.35: Personelin Faktörünün Eğitime Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	77
Tablo 3.36: Personelin Faktörünün Meslekteki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	77
Tablo 3.37: Personelin Faktörünün Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	78
Tablo 3.38: Genel Değerlendirmelerin Görev Yapılan Hastaneye Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	79
Tablo 3.39: Genel Değerlendirmelerin Göreve Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	79
Tablo 3.40: Genel Değerlendirmelerin Yaşa Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	80
Tablo 3.41: Genel Değerlendirmelerin Eğitime Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	81
Tablo 3.42: Genel Değerlendirmelerin Meslekteki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	81
Tablo 3.43: Genel Değerlendirmelerin Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Betimsel İstatistik ve ANOVA Sonuçları.....	82
Tablo 3.44: Değişkenler Arası Korelasyon Analizi.....	83

Tablo 3.45: Sayısal Göstergelerin Tahminine İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	85
Tablo 3.46: Personelin Tahminine İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	86

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 : AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı.....	27
Şekil 1.2 : Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması ABD \$, Türkiye.....	30
Şekil 1.3 : Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması.....	31
Şekil 1.4 : Kamu Hastaneleri Birlikleri Teşkilat Şeması.....	33
Şekil 2.1 : Araştırmanın Hipotezleri.....	37

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DB	: Dünya Bankası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAO	: Food and Agriculture Organization
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
ILO	: International Labour Organization
IMF	: International Monetary Fund
ISQua	: The International Society for Quality in Health Care
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
NHS	: National Health System
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
UNICEF	: United Nations Children's Fund
UNFPA	: United Nations Population Fund
UNEP	: United Nations Environment Programme

ÖZET

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU HASTANELERİNE ETKİLERİNİN SAĞLIK PERSONELİ ALGISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ (ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİNDE BİR ARAŞTIRMA)

BIYIK, Erhan

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Haziran 2014, 112 sayfa

Bu araştırma Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında hayata geçirilen uygulamaların Asker Hastaneleri üzerinde yarattığı etkileri sağlık personeli perspektifiyle belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Betimleyici türdeki araştırmanın örnekleme, Ankara ilindeki 4 Asker Hastanesinde çalışan 335 sağlık personeli alınmıştır. Beşli likert tipinde ve 7'si demografik olmak üzere toplam 47 maddeden oluşan anket formu; anket uygulamasını kabul eden sağlık personeli ile 2014 yılında uygulanmıştır.

Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar ortamında PASW Statistics 18 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Verilerin analizinde; frekans, tek yönlü varyans, pearson korelasyon ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; SDP kapsamında hayata geçirilen uygulamaların Asker hastanelerine, sağlık hizmeti sunumu ve sayısal göstergeler bakımından orta düzeyde, asker hastanelerinin yönetimi ve çalışan sağlık personeline ise düşük düzeyde bir etki gösterdiği belirlenmiştir. Asker hastanelerinin altyapı, yönetim ve sağlık hizmeti sunumu; Asker Hastanelerindeki sayısal göstergelerin %14'ünü, sağlık personeli üzerindeki etkinin ise %33'ünü açıklamaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun, sayısal göstergeler ve sağlık personeli üzerinde en önemli etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Asker Hastanesi, Sağlık Personeli

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EFFECTS OF TRANSFORMATION PROGRAM IN HEALTH ON PUBLIC HOSPITALS WITH THE PERCEPTION OF HEALTH STAFF (A SEARCH IN PUBLIC HOSPITALS IN ANKARA)

BIYIK, Erhan

Master, Department of Business Administration

Thesis Supervisor: Assistant Professor Kemal TEKİN

June 2014, 112 Pages

This search was carried out with the aim of determining the effects of applications implemented within transformation program in health, on military hospitals with the perception of health staff .

335 health staff working in 4 military hospitals in Ankara were included in the descriptive search. A questionnaire consisting of 47 items (five-point likert and 7 demographic): It was applied to health staff accepting questionnaire application in 2014.

The data got from the questionnaires were analysed in computer through PASW Statistics 18 packets program. Frequency, one-way variance, pearson correlation and multiple regression analysis were used in the analysis of data.

At the end of the search; It was detected that applications implemented within transformation program in health affected military hospitals in mid-level with regard to health care service and digital indicators. It affected the management of military hospitals and health staff in low-level. It explains %14 of digital indicators in military hospitals and %33 of the effects on health staff. It was identified that health care service had the most important impact over digital indicators and health staff.

Key Words: Transformation program in health, Military Hospital, Health staff

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerine olan talebin sürekli artmasına rağmen hizmetin sunumuna tahsis edilen kaynakların kıt olması, sağlık sisteminin etkisiz ve verimsiz olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin daha ileriye götürülmesi, halkın talep ve ihtiyaçlarının karşılanması gereği, sağlıkta reform arayışlarını hızlandırmıştır (Topaca ve Ekici, 2007:49). 1980'lerden itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin, sağlık sistemlerinde önemli reform hareketlerinin hayata geçirildiği görülmektedir (Günaydın, 2011:325).

Türkiye'de de son yıllarda sağlık sistemine ilişkin köklü reform ihtiyacı, uzun süre tartışılmış, özellikle 5'er yıllık kalkınma planlarında bu ihtiyacın varlığı net bir şekilde ifade edilmiş ve 2000'li yıllara gelindiğinde bu ihtiyaç artık bir zorunluluk olarak görülmüştür. Bu kapsamda, 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) tüm sağlık sistemini kapsayacak çerçeveye sahiptir (Çelikay ve Gümüş, 2011:59). SDP adı verilen bu politika Türkiye'yle sınırlı olmayıp, birçok ülkede sağlık reformları uygulamaya konmuştur. Bu politikaların oluşumunda gerek bilgi gerekse finansal açıdan Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası organizasyonlar belirleyici olmuştur (Elbek ve Adaş, 2009:33).

SDP'yi temelde dört ana başlık altında toplayabiliriz: İlk başlığı "sağlık ocakları" çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin "aile hekimliği" sistemi altında yeniden yapılandırılması oluşturmaktadır. İkinci başlığını, Sosyal Güvenlik Sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu çerçevede, üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) ile Yeşil Kart olarak adlandırılan sosyal yardım yapılanması Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilerek bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur. Üçüncü başlık, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlenmesidir. Son başlığını ise Sağlık Bakanlığı (SB) merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak "düzenleyici" işlevlerle sınırlandırılması oluşturmaktadır. Böylece, sağlık hizmetlerinin

yürütülmesini sağlayan mevcut kamu örgütlenmesi köklü bir değişime uğramıştır (Ataay, 2008:170;Erençin ve Yolcu, 2008). İlerleyen bölümlerde, SDP'nin bu dört ana başlığı ve diğer getirdiği uygulamalar ayrı ayrı incelenecektir.

Çalışmanın kurumsal bölümünde; çalışma konusu ile ilgili literatür incelenerek, bu alanda genel bilgilere, eleştirel bakış açıları da yansıtılarak yer verilmiştir. İlk olarak, cumhuriyetimizin ilanından günümüze sağlık politikalarımızın tarihi gelişimi genel hatlarıyla sunulmuş, küresel ölçekte sağlık politikaları, bu politikaların ülkemize etkileri ve SDP'nin arka planındaki politik nedenler ele alınmıştır. Sonrasında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve bu programın getirdiği uygulamalar, hizmet sunumu, finansman ve örgütlenmeye yönelik başlıklar altında genel hatlarıyla incelenmiştir.

Araştırma bölümünde; yapılan araştırmanın amacı, önemi, yöntemi, veri toplama aracı, süreç ve analizi, varsayım ve sınırlılıkları açıklanmıştır. Son olarak bulguların analizi ve sonuç-öneriler kısmı ile araştırma tamamlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1 Türkiye Tarihinde Sağlık Politikalarına Genel Bakış

1.1.1 1920-1937 Dönemi

Ülkemizde Cumhuriyet kurulmadan önce ve TBMM'nin açılışından sonra 03 Mayıs 1920 tarihinde ilk kurulan bakanlık, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmuştur. TBMM Hükümeti'nin ilk Sağlık Bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş köklü bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek yasal bir düzenleme vardı. Bakanlığın temel görevi; koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi olarak belirtilmiş, Hükümet Tabibliği ve Sağlık Müdürlüğü bu hizmetlerin yerine getirilmesinde ana kurumlar olmuştur. Tedavi hekimliğinin ise özel idare ve belediyeler tarafından yerine getirilmesi benimsenmiştir (Yeginboy ve Sayın, 2008; Akdur, 1999:50). Ücretsiz muayene, tedavi hizmeti ve bedelsiz ilaç verilen dispanserler kurulmuş, belli şehirlerde doğum, çocuk bakım evleri ve numune hastaneleri açılmıştır (Kartal, 2009:32).

Sağlık alanında esas yapılanma 1925 yılından sonra Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı görevine gelmesiyle gerçekleşmiştir. 1937 yılına kadar bu görevde kalan Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık alanının örgütlenmesinde birçok önemli çalışmaya öncülük etmiştir (Karabulut, 2007:152). İllerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilmiştir. Birinci basamak ve koruyucu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları kullanılmıştır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, sağlık ile ilgili hizmetlerin tümü asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak algılanmış, ancak bu görevler devletin çeşitli organları (merkezi hükümet, il özel idareleri ve belediyeler gibi) arasında paylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ve personelinin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi

Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezleştirilmiştir (Akdur, 1999:51). Bu dönemdeki sağlık personelinin durumu Tablo 1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 1.1: Sağlık Personel Mevcutları (1923-1935) (Karabulut, 2007:153, TÜİK Sağlık Personeli Sayısı İstatistikleri, 2012).

Sağlık Personeli	1923	1925	1930	1935
Hekim	344	728	1182	1243
Eczacı	60	-	114	125
Hemşire	?	-	202	325
Ebe	136	-	400	451
Sağlık Memuru	560	-	1268	1365

Dönemin bir diğer önemli gelişmesi, 10 Mayıs 1928 tarihinde Merkez Hıfzısıhha Kurumunun oluşturulması ile ilgili bir kanunun yürürlüğe girmesi olmuştur. Bu kanun kapsamında Sivas ve Ankara'daki kimyahaneler birleştirilerek Hıfzısıhha Kurumu oluşturulmuştur (Karabulut, 2007:155-156)

1.1.2 1938-1960 Dönemi

Bu dönemin ilk yılları II. Dünya Savaşı'nın neden olduğu ekonomik ve sosyal sıkıntılarla geçmiş Ersöz (2010:54) ve II. Dünya Savaşı sonrasında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünleşik biçimde yürütülmesi benimsenmiştir (Yeginboy ve Sayın, 2008). Özellikle sosyal güvenlik sisteminde önemli düzenlemeler yapılmıştır (Kartal, 2009:33). 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır. Bu kurumun kendi kurduğu sağlık birimleri ve hastanelerinde hizmet vermeye başlaması, ülkedeki sağlık hizmeti ve sağlık personeli istihdamının sağlıkla ilgili bakanlıkça yerine getirilmesi anlayışının değiştiğini göstermektedir (Burçak, 2013:69;Yanmaz, 2010:36).

1946 yılında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz'dur. Savaş sonrası yeni dünyanın, ülkemize etkileri sağlık alanında da yaşanmıştır (Bağırhan, 2007:33). Dr. Saydam Dönemi'nden sonra sağlık politikası anlamındaki ilk önemli girişim Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır (Akdur, 1999:51).

Plan; koruyucu hekimlik örgütü ile köylerde sağlık örgütü kurulması, sağlık personelinin ihtiyaca uygun yetiştirilmesi, yeni sağlık kurumları inşası ile mevcut sağlık kurumlarının çağdaş hale getirilmesi gibi hedefleri içerir. Planın yenilikçi yanı

ise sağlık hizmetlerinin finansmanında tek kaynağı devlet bütçesi olarak görmeyip, Sağlık Sandıkları biçiminde örgütlenecek bir milli sağlık sigortası birliği ile sağlık hizmetlerinin finansmanı için bir Sağlık Bankası oluşturulması hedefiydi (Ersöz, 2010:55). Kırsal bölgede 20 köye birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren sağlık merkezleri kurulmasını öngören plan, ne yazık ki ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10–25 yataklı tedavi kurumları kurularak sürdürülmüştür (Kurt ve Şaşmaz, 2012:22).

Yine bu dönemde, nüfusa dayalı entegre sağlık hizmetleri sunan sağlık merkezlerinin sayısı artırılmış ve hastanelerin yönetimi yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu dönemde ayrıca, sivil toplum örgütleri ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapıları oluşturulmuştur (Sülkü, 2011:3-4). Hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları bu dönemde daha da yaygınlaştırılmıştır (Sağlıkta Dönüşüm, 2003:9).

1.1.3 1961-1980 Dönemi

Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından yeni bir sağlık sistemi kurma hazırlıkları yapması için Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek görevlendirilmiştir. Fişek, başka ülkelerin sağlık sistemlerini de inceleyerek birinci basamağa ağrılık veren evrensel ve kapsayıcı bir sağlık sistemi önermiş Kurt ve Şaşmaz (2012:23) ve Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır (Akdur, 1999:53).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunla, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinin devletin görevi olarak benimsenmiş Yeginboy ve Sayın, (2008), sağlık hizmetlerinin eşitlikçi bir anlayışla yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Yasanın en önemli özelliği ulusal bir sağlık hizmeti sistemi öngörmesidir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ülkenin her köşesindeki yurttaşlara eşit derecede ulaşılabilir olması, sağlık hizmeti veren kurumların bütünleştirilmesi ve tek elden yönetilmesi benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yurttaşlara bedelsiz (veya kısmen bedelsiz) sunulması ve karma finansman (yurttaş ve hükümet katkıları) modeli önerilmiştir (Kartal, 2009:34).

En önemli hizmet üniteleri sağlık ocakları olan yeni örgütlenmede, koruyucu ve tedavi hizmetlerini bir arada yürüten 7000-10000 kişilik bir çevreye hizmet eden

sağlık ocaklarında bir pratisyen tabip, bir sağlık memuru, bir hemşire, bir tıbbi sekreter, bir şöför ve hademe bulunmaktadır. Sağlık ocaklarına bağlı ve yaklaşık 2500 kişiye hizmet veren sağlık evlerinde sadece bir köy ebesi bulunmaktadır (Dirican, 1970:32).

1962 yılında Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planıyla, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın ilkeleri esas alınarak sosyalleştirme, 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır (Kurt ve Şaşmaz, 2012:25). Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması, 1982 yılında her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanmasıyla programın tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılması öngörülüyordu (Akdur, 1999:53-54).

Genel sağlık sigortası (GSS) önemli hedeflerden biri olmuştur. 1967, 1969 ve 1974 yıllarında bütün yurttaşları kapsayan bir sağlık sigortası sistemi kurulması için yasa teklifleri hazırlansa da hiçbiri kabul edilmemiştir (Kartal, 2009:34-35). GSS sistemi kurulamamasından dolayı sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli sıkıntılar yaşanmış ve bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesinin giderek düşmesine neden olmuştur (Altay, 2007:44). 1978 yılında, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun ile, ilgili uygulama yönetmeliğinde il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev almasını özendirici koşullar getirilmiştir (İnce, 2012:77). İlgili Kanun 1980'de üst mahkemece kaldırılmıştır (Sülkü, 2011:4).

Dirican'a (1970) göre; bu dönemde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri dışında, Türkiye'de uygulanan sağlık hizmetlerinin o günün çağına uygun olduğunu söylemek güçtür. Nedeni halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerine öncelik verilmemesidir. Prof.F.Brockington da, bu dönemde Türk sağlık sistemindeki en önemli yetersizliği, gelişmekte olan memleketlerdeki gibi güçlü halk sağlığı hizmetinin geliştirilememiş olmasına bağlamıştır (Brockington, 1969, aktaran Dirican, 1970:33).

1.1.4 1981-2002 Dönemi

Sosyalleştirme 1961 yılında kabul edildiğinde 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılması planlanmıştı. Ancak bu sürenin bitiminde yalnızca 47 il sosyalleştirilebilmiştir. Bundan dolayı kanunun bu hükmü beş yıl ertelenmiştir. 1981 yılı sonuna kadar yaygınlaştırılması gerekirken yine gerçekleştirilememiş ve bu

uzatmanın bittiği 1981 yılında ise kanunun uzatılması yapılmamıştır. O tarihe kadar sosyalleştirilmeyen 20 il, 1983 yılında planlaması ve hazırlıkları tamamlanmadan bir gecede sosyalleştirilerek bütün ülkede sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir (Kurt ve Şaşmaz, 2012:26).

1970'li yıllar dünyada neoliberal politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasıyla, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'yi etkilemesi fazla zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur (Akdur, 1999:54).

Sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanmasıydı (Soyer,2003:305). 1961 Anayasası, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini, devletin görevi olarak görürken (madde 48), 1982 anayasasında devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Ayrıca, 1982 Anayasasında GSS kurulabileceğine dair bir hüküm ifade edilmektedir (madde 56).

1983 tarihinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir. Böylece sağlık kurumlarına ayakta kalmanın yolu olarak hizmetlerini fiyatlandırmaları yolu gösterilmiş ve sağlık hizmetleri paralılaştırılmaya başlanmıştır (Soyer, 2003:306). Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla GSS 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir (Sağlıkta dönüşüm, 2003). Bugüne kadar olan dönemde, sağlık politikalarının mantığını en iyi yansıtan belge, 1987 yılında kabul edilen (3359 sayılı) Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Yasada devletin kamu ve özel sağlık kuruluşlarına aynı şekilde yaklaşması öngörülmüş, kamu sağlık kuruluşları işletme gibi ele alınmış ve sağlık personelinin sözleşmeli statüye geçirilmesi önerilmiştir (Kartal, 2009:36). Tablo 2.2'ye bakıldığında bu dönemdeki özel sağlık kuruluşlarındaki artış göze çarpmaktadır.

Tablo 1.2: Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Sayısı (1980-2002). (TÜİK Sağlık İstatistikleri, www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
1.Belediyelere ait kurumlar ve 2002 ve sonrası MSB kurumları dahil edilmiştir).

Yataklı Sağlık Kurumları							Yataksız Sağlık kurumu
Yıllar	Genel Toplam	Toplam	Sağlık Bakanlığı'na bağlı	Üniversite	Özel	Diğer ₁	
1980	827	827	677	17	90	43	-
1985	722	722	558	23	115	26	-
1990	857	857	686	23	125	23	-
1995	1 009	1 009	792	33	166	18	-
2000	10 747	1 183	861	42	261	19	9 564
2002	9 685	1 156	774	50	271	61	8 529

Sağlık Bakanlığı, 1980'li yılların sonlarından itibaren global değişikliklere paralel olarak sağlık sisteminde radikal bir değişim süreci gerçekleştirmiştir. Bu girişimlerin ilk ürünü 1990 yılında yayınlanan "2000 Yılında Herkese Sağlık. Milli Sağlık Politikası" adlı dokümandır. Yeni sağlık reformu çalışmalarının tanıtımı sırasında Sağlık Bakanlığı; sağlık hizmetlerinin çok başlı, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahip olduğunu özellikle vurgulamış ve yeni sağlık sisteminin temel özelliğinin desantralizasyona dayandığı ulusal sağlık politikamızın hedeflerinden biri olarak belirlenmiştir (Tatar, 1993:147-148).

16 Ağustos 1990'da T.C. Hükümeti ile DB arasında "Sağlık Projesi İkraz Anlaşması" yapılmıştır. Bu anlaşmanın finansal alt yapısını oluşturan Birinci Sağlık Projesi ile reform süreci "hedefleri ve yöntemi netleşen sistematik bir değişim süreci" haline gelmiştir. 1990-1997 yıllarını kapsayan bu projenin amaçları: i) Temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak, ii) sağlık hizmet sunumunda etkinliğini artırmak, iii) Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini artırmaktır (Ersöz, 2010:72). Herhangi bir geliri ve mülkü olmayan yoksullara genel sağlık hizmetinin devlet tarafından verilmesi amacıyla yeşil kart uygulamalarına 1992 yılında başlanmıştır (Altay, 2007:50).

Sülkü (2011:5), 1990'larda yürütülen sağlık reformu çalışmaları, şu ana başlıklar altında ele almıştır: GSS kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek şemsiye altında toplanması, hizmet sunma ile finansman sağlama fonksiyonlarının birbirlerinden ayrılması, sağlık hizmetlerini planlama ve denetleme görevlerinin etkin bir şekilde gerçekleştirebilmesi için Sağlık Bakanlığında yeniden yapılanmaya

gidilmesi, hastanelere özerklik verilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve birinci basamak hizmetlerinin Aile Hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi.

1.2 Yakın Tarihte Küresel Sağlık Politikaları

1970'lerin ortasında genel olarak kâr oranlarının düşmesiyle başlayan daralma sonrasında küresel kapitalizm dönemi başlamıştır. Küreselleşme döneminde ulus-devletin siyasi otoritesi DB başta olmak üzere uluslararası örgütlere devredilmiştir (Etiler, 2011:2). Yaşanan ekonomik krizler ulus devletleri, kamu marifetiyle sundukları pek çok sosyal devlet uygulamasından ya vazgeçmeye ya da bu hizmetlerin kamu maliyesi üzerine yaptığı baskıları azaltma yönünde reformlar yapmaya zorlamıştır (Günaydın, 2011:325). Böylece kapitalizmin kamu hizmetlerini piyasada alınıp satılabilecek metalara dönüştürme eğilimi güçlenmiştir. Gelişmiş kapitalist ülkelerde hizmetlerin sözde daha verimli ve kârlı hale gelmesini sağlama amacı doğrultusunda sağlık hizmetinin özel sektöre kaydırma girişimleri bu eğilimin bir parçasıdır (Güzelsarı, 2012:35).

Batı dünyasında birçok ülke, sağlık hizmetlerini yaygın ve entegre bir şekilde örgütlenme çabaları içinde olmasına rağmen, temel sağlık hizmetlerine erişimde en fazla kolaylık sağlayabilen ülke İngiltere oldu. Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kanunu kabul edildi. Bu sistem, birçok değişiklikler ve güncellemelerle bugün hala yürürlüktedir. İngiltere'den farklı olarak sağlık sigortacılığı prensibine dayalı temel sağlık hizmetleri organizasyonları İsveç, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde oluşturulmaya başlandı. Kanada'da, kamu sağlık sigortası güvencesiyle sağlık hizmetlerine erişim ücretsiz hale getirildi (Akdağ, 2008:27).

Piyasa mekanizması şartlarına dayanan sağlık hizmetleri yönetimi, Britanya NHS reformunun 1991'de uygulanmaya başlamasından sonra bu uygulamalar, hem sanayileşmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygınlaşmış ve DB'nin Dünya Kalkınma Raporu'nda, piyasa mekanizmasına yönelik sağlık hizmetleri yönetimi yer almıştır. Gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelerin ve uluslararası kuruluşların etkisiyle, ekonomilerinde piyasa mekanizmasına yönelik reformlar yapmaya başlamışlardır (Ener ve Demircan, 2008:68-69). Bu reformların ayrıntılı bir plan ve proje dahilinde olduğunu iddia etmek zor olmakla birlikte, sağlık reformlarının "trend" olarak tanımlanacak bazı ortak noktaları olduğu bir gerçektir. Ancak genel olarak, piyasa-merkezli sağlık reformlarının temel karakteri, İkinci

basamak sağlık hizmetlerine nazaran çok daha ucuz olan birinci basamak sağlık hizmetlerini ve aile hekimliğini önemseyen ve güçlendiren vurgusudur (Günaydın, 2011:334-335).

ABD sağlık sistemi, yüksek sağlık maliyetlerine rağmen temel sağlık göstergeleri açısından olumsuz bir tablo sergilemektedir (Elbek ve Adaş, 2009:34). ABD, “Sağlık Reformu Yasası” ile sağlık alanında daha önce uyguladığı liberal sistemden biraz uzaklaşmış, bireylerin sağlık harcamalarına devletin katkısı yeni yasa ile yıllara göre artışlar getirmiştir. ABD Temsilciler Meclisinde 21 Mart 2010’da kabul edilen sağlık reformlarının sağlık maliyetlerinin uzun vadeli artışını sınırlamak, ailelerin üzerindeki sağlık maliyetlerini azaltmak gibi hedefleri vardır (Koçak ve Tiryaki, 2011:59).

1.2.1 Uluslararası rgtlerin Etkileri

Sağlık sektöründe reform hareketlerini değişim doğrultusunda tetikleyen dış unsurların başta geleni, uluslararası kuruluşlardır. Özellikle DB bu konuda 1980’lerin sonlarından itibaren hazırladığı rapor, doküman ve de bu alana sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını “piyasa ekonomisi” odağında yönlendirmiştir. DB’nin bu abaları IMF tarafından da desteklenmektedir (Altay, 2007:41). Son yıllarda DSÖ’de kamu-özel sektör işbirliğini tavsiye ederek zelleştirme eğilimine girmiştir (Ener ve Demircan, 2008:74).

1973–1977 yılları sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı yıllar olmuştur. Birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki gelişme, gerek nicelik, gerekse nitelik olarak toplumun gelişmişliğine uymamaktadır. Toplumlar lkelerindeki sağlık hizmetlerinden memnun değillerdir. DSÖ, bu durumun hızla iyileştirilmesi için bir dizi kararlar almış ve 1977 yılında 30’uncu Genel Kurulu toplantısında "Herkesine Sağlık " hedeflenmiştir (Bağırgan, 2007:46).

1978’de DSÖ ve UNICEF tarafından organize edilen uluslar arası bir konferansta, “Alma Ata Deklarasyonu”, Türkiye’nin de dahil olduğu 134 ülkenin Sağlık Bakanları tarafından imzalanmıştır. “Herkes için Sağlık” hedefine ulaşmak için Temel Sağlık Hizmetleri Stratejisi oluşturulmuş ve bu gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörlerindeki politika gündemini belirlemede güçlü bir etkiye sahip olmuştur (Ersöz, 2010:60). Temel sağlık hizmetlerinin bölge tabanlı olarak sunumunu esas alan Alma Ata Bildirisi’nden sonraki yıllarda, gelişmekte olan ülkelerde sağlık giderlerinin ödenmesine katkıda bulunan ülkeler, hizmet sunumunda merkezi

yönetimin yetkilerinin azaltılması üzerine şartlar koşmuşlar ve yerel kullanıcıların katkı payı ödemesini teşvik etmişlerdir (Topaca ve Ekici, 2007:54).

1.2.2 Küresel Sağlık Politikalarının Türkiye' ye Etkileri

Türkiye'de 1960-1980 arası dönemde sağlık hizmetleri, piyasa kurallarından bağımsızdır. Sağlık personeli memurluk statüsünde istihdam edilmiştir. Söz konusu dönemde sağlık hizmetinin yönetsel, örgütsel ve denetimsel yapısı, piyasa kuralları ve arz talep dengesinden çok, kamu ihtiyaçları ve hükümet politikalarınca belirlenmiştir (Güzelsarı, 2012:34). 1980'lerde benimsenen yapısal uyum programları, sosyal harcamalarda, özellikle eğitim ve sağlıkta, kesintilere neden olmuştur (Kartal, 2009:24). Özellikle 1980 sonrasında, dünyada hızla yaygınlaşmaya başlayan ve SSCB'nin dağılmasıyla da ivme kazanan liberalizasyon hareketi, Türkiye'yi de etkisi altına almıştır. Bu gelişmeler, ekonominin diğer sektörlerini olduğu gibi, sağlık sektörünü de etkilemiş ve 1980 sonrasında ülkemizde çok sayıda özel sağlık kuruluşu açılmıştır (Karabulut, 2001:31).

Sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların artmasına paralel olarak artış göstermiştir. Küresel gelişmeler piyasa ekonomisinin alanını genişletip, kamu ekonomisi alanını daraltmış ve buna paralel olarak, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa yönlü bir gelişme süreci yaşanmaya başlanmıştır (Altay, 2007:56).

Etiler'e (2011:3) göre Türkiye'deki sağlık reformunun başlangıcını 1986 yılında DB'nin yaptığı "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" oluşturmaktadır. 2000'lerin ilk yarısına kadar olan sürede bir "kuralsızlaştırma dönemi" dir. Sağlıktaki bu kuralsızlaştırma döneminde, bir yandan kamu sağlık kuruluşları desteklenmemiş, tam tersine bütçeleri azaltılmış, kamu sağlık hizmeti kötülenmiş, diğer yandan da özel sağlık sektörü çok çeşitli biçimlerde desteklenmiştir.

1987 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun "Bu Kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesine dönüştürülürler. Yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir" hükmü bugünkü sağlık kurumlarının özerkleşerek işletme haline dönüşmesinin zeminini hazırlamıştır (madde 5).

Gürsoy ve Aksu'ya (2007:75) göre sağlık sektörü serbest piyasa dinamikleri ile işletilemez. Sağlıkın serbest piyasa dinamiklerine terk edilmesi, sağlık hizmetlerini hızla insani temellerinden ve değerlerinden koparacaktır. Bu ticarileşme sürecinin, sigorta şirketleri ve sağlık hizmeti satan çok uluslu şirketlerden başka kimseye yararı olmayacaktır.

Sağlık Bakanlığının 1990'lı yıllarda yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırılması sıklıkla ele alınmıştır. "Ulusal Sağlık Politikası" adlı çalışmada sağlık hizmetlerinin profesyonel yöneticiler eliyle yürütülmesi ve yönetim yapısında yerinden yönetim ilkelerinin benimsenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Erençin ve Yolcu, 2008:130).

1.2.2.1 Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) politik arka planı

1980 sonrasında DB gibi örgütlerin diğer az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sektörü reform çalışmalarına yön verdiği görülmektedir. Sağlık konusunda artarak devam eden küresel bir işbirliği yapılmaktadır. DSÖ ve sağlığın birçok alanında hizmet veren UNICEF, UNFPA, UNEP, FAO, ILO gibi uluslararası kurumlar bu kapsamda sayılabilir. Türkiye'de bu kurumların çalışmalarına aktif olarak katılmakta ve işbirlikleri geliştirmektedir. DB'nin Türkiye'ye dönük sağlık politikası 2003 yılında yayımlanan "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan SDP, Dünya Bankası'nın mali desteğiyle sürdürülmektedir (Erençin ve Yolcu, 2008:120-121;Altay, 2007:41). Gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar ve bu reformların gerekliliğine duyulan ihtiyaç, genellikle sağlık alanında yaşanan finansal sorunlar temelinde açıklanmaktadır (Kart, 2013:105).

Yine 80'li yıllarda dünya ile entegre olma çabası ve ağır işleyen sağlık sektörünün daha etkili bir yapıya kavuşması için girişimler yapılsa da, politik istikrarsızlık, değişim karşıtları ve hukuk mevzuatı bu girişimleri engellemiştir. Bu yıllarda yıpranmış olan sağlık reformu, 2000'li yılların başında ülkemizin küresel dünyaya hızlı bir şekilde entegre olma arzusu ve oluşan siyasal istikrar ve kararlılıkla sağlık alanında reform için gerekli mevzuat değişikliklerinin yapılmasına olanak sağlayarak "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adını almıştır (Birinci, 2013;Aksaoğlu ve Giray, 2007:8).

Ataay (2008:169), mevcut sistemin, tam olarak güçlü bir sosyal devlet anlayışına dayanmadığını ve SDP ile oturtulmaya çalışılan yeni modelin, sağlık ve sosyal güvenlik sistemini radikal dönüşümlere uğratarak, mevcut sisteme göre daha "liberal" bir sosyal politika anlayışına dayandığını belirtmiştir. Yılmaz (2008:4), 1960–1980 arası dönemde sağlık hizmetlerindeki yaşanan değişimin sağlığın kamusal alandaki belirginliği arttırdığını, 1980 sonrası sağlığın sürekli ücretsiz olamayacağı anlayışıyla sağlıkta teşvik uygulamasının başlatılıp kamu fonlarının özel sektöre aktarılmasının sağlanarak sağlığın piyasalaştırılması döneminin resmen başladığını vurgulamıştır.

Elbek ve Adaş'a (2009:35) göre SDP, mevcut siyasi iktidarın politikaları ile başlamamış aksine 1980'lerden beri aşamalı olarak uygulamaya konulmuştur. Bu değişimin ipuçları 1980 sonrası değişen sağlık politikalarında saklıdır. 2003'ten beri uygulamaya konulan SDP'nin içerik itibarı ile özgün bir yenilik içermediği, program hedeflerinin yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planları ile tümüyle örtüştüğü görülmektedir.

1.3 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve Getirdiği Uygulamalar

1.3.1 Amaç ve Hedefler

Sağlık Bakanlığı, SDP'nin amacını "Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması, sunulmasıdır." şeklinde belirtmiştir (Sağlıkta Dönüşüm, 2003). OECD (2008:36)'ye göre de SDP'nin amacı "Yönetişim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir."

Yine Sağlık Bakanlığı, "Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmak, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle kanıtlanacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuşta beklenen yaşam süresinin arttırılması bu amaca ulaştığımızın en somut örnekleri olacaktır." söylemiyle programın hedefini ortaya koymuştur. (Sağlıkta Dönüşüm, 2003). Bu hedefe yönelik bazı ölçütler Tablo 1.3'te verilmiştir.

Tablo 1.3: Türkiye'de 2002'den 2012'ye Doğru Bazı Ölçütler (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 ve 2012, 1Beklenen Ömür 2000 yılına aittir. 2Beklenen Ömür 2011 yılına aittir).

Sağlık Göstergeleri	2002	2012
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	70 ₁	76 ₂
Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı Doğumda)	31,5	7,4
Anne Ölüm Hızı (100.000 Canlı Doğumda)	64	15,4

SDP, tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut sorunlara ilişkin bir çözüm içeren çerçeveye sahiptir (Çelikay ve Gümüş, 2011:59). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedefleri şu şekilde ifade edilebilir;

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması,

Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması,

Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,

Hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması,

Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,

Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,

Özel sektörün sağlığa yatırımının özendirilmesi,

Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,

Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi (Akdağ, 2008:21)

Literatürde sağlık reformlarının temel amacını; sağlığı geliştirmek, koruyucu sağlık hizmetleri ve toplumun tüm bireylerine ulaşabilecek bir hizmet sunmaktan öte, neoliberal anlayış doğrultusunda sağlığı metalara dönüştürmek, sağlık hizmetlerine yeterli bütçe ayırmayarak hizmet sunumu ile finansmanı ayırıştırmak, devletin hizmet sunumundan çekilerek sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açmak ve sağlıkta taşeronlaşma, özelleştirme uygulamalarını hayata geçirmek (Düzkaya, 2010;Elbek ve Adaş, 2009:35;Erençin ve Yolcu, 2008:124;Gül ve Ergün, 2010:325) olarak belirten görüşler bulunmaktadır.

1.3.2 Temel İlkeler

Sağlıkta Dönüşüm (2003) SDP'nin temel ilkeleri aşağıda sıralanan başlıklar çerçevesinde ele almıştır.

İnsan merkezilik : Bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır.

Sürdürülebilirlik : Ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olarak sistemin kendini finanse etmesi ve süreklilik göstermesini ifade etmektedir.

Sürekli kalite gelişimi : Sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade etmektedir.

Katılımcılık : İlgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır.

Uzlaşmacılık : Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır.

Gönüllülük : Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarıdır.

Güçler ayrılığı : Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.

Desantralizasyon : Merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılması amacıyla değişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesidir.

Hizmette rekabet : Sağlık hizmeti sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanmasıdır.

1.3.3 SDP'nin Hizmet Sunumuna Yönelik Uygulamaları

1.3.3.1 Aile hekimliği uygulaması

25 Ocak 2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Aile Hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri ifade etmektedir (madde 3).

Yedinci 5 Yıllık Kalkınma Planı kapsamında 1997 Programı içinde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkin sunumu amacıyla “Aile Hekimliği” uygulamasına geçileceği belirtilmiştir (Orhaner, 2006:13). 2004 yılında çıkarılan “5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile, 1961 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile öngörülen sağlık sistemi yerine “Aile Hekimliği Modeli”ne geçiş süreci başlamıştır (Sönmez ve Sevindik, 2013:44).

SDP'nin en hızlı biçimde uygulamaya konan başlığı, aile hekimliği sistemine geçilmesi olmuştur. Pilot olarak seçilen Düzce ilinden başlanarak ve yıldan yıla yeni iller kapsama alınarak sistem uygulamaya geçirilmiştir. Yasa, aile hekimlerini birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetlerinden sorumlu kılmaktadır. Ayrıca, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları "koruyucu hekimlik hizmetleri" "topluma yönelik" ve "kişiyeye yönelik" olarak ikiye bölünerek Ataay, (2008:175), koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar aile hekimlerince, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir (Elbek ve Adaş, 2009:36). Tablo 1.4' de 2002 ve sonrası SB birinci basamak sağlık kuruluşları verilmiştir. Aile Sağlığı merkezi ve 112 Acil Yardım İstasyon sayısında önemli artış olduğu gözlenmektedir.

Tablo 1.4: Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları. (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012).

Sağlık Kuruluşu	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Ocağı	5.055	3.842		-	
Aile Hekimliği Birimi		6.546	20.185	20.216	20.811
Aile Sağlığı Merkezi		2.086	6.367	6.520	6.660
Toplum Sağlığı Merkezi	-	429	961	957	957
Sağlık Evi	2.899	2.857	3.292	4.344	5.691
AÇSAP Merkezi	298	220	192	183	189
Verem Savaş Dispanseri	277	229	198	194	179
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	122	122	124	124
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.317	1.375	1.710	1.863

Soyer'inde (2009:181) belirttiği gibi, ülkemizde uygulanan aile hekimliği modelini, koruyucu sağlık hizmetleri temelinde bir uygulama olarak görmek mümkün değildir. Koruyucu hekimlik bir yana, işyükü fazlalığı nedeniyle, tedavi hizmetleri bile tam olarak yerine getirilememektedir. Dolayısıyla, halen halk,

ağırlıklı olarak yataklı tedavi kurumlarını, ilk seçenek olarak görmeye devam etmektedir.

Şu anda Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modeli kapsamında, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği tanınmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları vardır (OECD, 2008:42).

Türk Tabipler Birliği (TTB), Aile hekimliğini; birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi olarak görmekte ve bu uygulamayı, Aile hekiminin kendi kirasını ödediği muayenehanesinde işveren olarak sağlık personeliyle hizmet sunan, sigorta kurumlarıyla yapacağı sözleşmelerle finansmanını sağlayan bir model olarak tanımlamıştır. Bu modelin muayenehane hekimliği ön planda tuttuğunu, bunun da hekimin yalnızlaşmasını ve rekabeti beraberinde getirdiğini, hekimin işletmecilik becerisine ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (TTB,2007:44).

Etkin bir sağlık hizmeti koordinasyonu birinci basamakla ikinci basamağın entegrasyonunda ilk ve en önemli basamaktır. Bu noktada iyi işleyen bir sevk sistemi mutlak bir gerekliliktir. SDP’nin en yumuşak karnı, sevk zincirini tarif etmemiş olmasıdır. Herkesin dilediği sağlık kuruluşu başvurabildiği bir sistemde ne sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan ne de kaynakların etkin kullanımından söz edilebilir. SDP öncesinde poliklinik hizmetlerinin %40’ı birinci basamakta gerçekleştirilirken (2003), SDP sonrasında bu oran sadece %10 (2008) artmıştır. Birinci basamağın poliklinik hizmetlerindeki payı sevk zinciri ile artırılabilir.. Hastaların aile hekimlerine yönelmelerini teşvik etmek için ikinci basamak kuruluşlarda katkı payı istenmesi sevk zincirinin yerine geçemez (Akman, 2012:114)

1.3.3.2 Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması

Türkiye’de SDP öncesinde sağlık hizmetleri parçalı haldeydi ve vatandaşa da parçalı halde hizmet verilmekteydi. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve diğerlerinin hastaları ayrı ayrıydı (Tamer, 2012:14). Bu sistem kendi içinde ciddi eşitsizlikler içermekteydi. En iyi hizmet ve en çok sağlık harcaması, Emekli Sandığı mensuplarına yapıldı. Emekli Sandığı mensuplarına yapılan yıllık sağlık harcaması SSK’lıların 4-5 katı olmuştur. Emekli Sandığı mensupları üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilirken SSK’lıların böyle bir imkânı olamamıştır (Terzi, 2012:31). SSK’lılar sadece SSK hastanelerinden faydalanabiliyor, Devlet hastanesinden

faydalanamıyordu (Koçak ve Tiryaki, 2011:63). Tablo 1.5’te SSK hastanelerinin SB’ye devredilmesi sonucu oluşan hastane sayıları görülmektedir.

Tablo 1.5: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2002-2012). (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2002	774	50	271	61	1156
2009	834	59	450	46	1389
2010	843	62	489	45	1439
2011	840	65	503	45	1453
2012	832	65	541	45	1483

5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanununun 19.01.2005 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimleri Sağlık Bakanlığına’na devredildi (madde 4). Tek elden sağlık hizmeti finansmanı, üretimi ve sunumu yapan, büyük bir halk kesimine yıllarca hizmet veren SSK, Sağlık Bakanlığı’na devredilerek tasfiye edildi. Bu sayede kamunun, finansman, üretim ve sunumda tek olduğu model devre dışı bırakıldı (Terzi, 2012:33). Devlet hastanelerinin çoğu tek çatı altında birleşti. Her vatandaş, tüm kamu sağlık kurumlarına gidebilir hale geldi (Soyer, 2009:179).

1.3.3.3 Kamu- özel ortaklıklar (Sağlık kampüsleri)

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devletçe hazırlanan hastane tesislerin devletin gösterdiği arsaya, finansmanı tamamen gerçek kişiler veya özel sektör tarafından sağlanarak, inşa edilmesi ve gerekli teçhizatla donatılması, sonra da hastanenin azami 49 yıllığına devlete kiralanmasıdır. Bu modelle yapılan hastanenin mülkiyeti kamuya aittir. Özel sektör, kira geliri elde eder. Sözleşmede belirlenen süre sonunda da kamuya devreder (Acartürk ve Keskin, 2012:27-33).

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa 2005 yılında bir Ek/7. Madde eklenmiş ve “kiralama karşılığı sağlık tesisi yaptırılması” adıyla kamu özel ortaklığının temelleri atılmıştır. 2006 yılında uygulama yönetmeliği çıkmış ve daha sonra özel sektörün eleştirisi ve ihtiyaçlarına uygun olarak 2007, 2010 ve 2011 yılında değişiklikler yapılmıştır (TTB, 2012:10).

Bu kanun çerçevesince, yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı'nca verilecek on proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde kendisine veya hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek koşuluyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir (Övgün ve Küçük, 2013:75).

Sabah gazetesinin 22.10.2013 tarihindeki haberine göre; İlk şehir hastanesi Mayıs 2015'te Yozgat'ta açılacak, daha sonra diğer hastaneler de devreye girecek. 2017 itibarıyla 45-50 bin yatak kapasiteli 15 şehir hastanesi hizmete açılacaktır.

1.3.3.4 Sağlık Turizmi

Dünyadaki küreselleşme süreci, ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan problemler, tüketicilerin bilinçlenmesi ve Avrupa Birliği gibi dinamiklerin bir sonucu olarak ortaya çıkan ve hızla büyüyen bir sektör olan sağlık turizmi, çok genel anlamda hem tatil hem de tedavi unsurlarını içeren bir kavramdır (Barca, v.d., 2013:69). Sağlık turizmini ve turist sağlığını iki ayrı kavram olarak değerlendirmek gerekmektedir. Turist sağlığı, turistik yaşam süreci boyunca her türlü sağlık problemlerini içeren, ve turist başına bir hal geldiğinde ona verilen tanı ve tedavi hizmetleri olarak açıklanabilir. Sağlık turizmi ise sağlığı geliştirmek, korumak veya bir sağlık sorununa çare bulmak amacıyla yapılan her türlü seyahat faaliyetlerini kapsar (Özsarı ve Karatana, 2013:137).

Dünya genelinde sağlık turizminde öncü ülkeler Hindistan, Tayland, Singapur, ABD, Malezya, Almanya, Meksika, Güney Afrika, Brezilya ve Kosta Rika'dır. Ülkemiz en fazla tercih edilen ülkeler arasında 17. sıradadır. Bu ülkelerin ortak avantajları; Sağlık, bakım ve wellness hizmetlerinin kalitesinin yüksek olması, destinasyona ulaşım kolaylığı, teknoloji ve altyapının iyi olmasıdır. (Ünal ve Demirel, 2011:107). Türkiye; stratejik konumu, ulaşım kolaylıkları, binlerce yıllık tarihi, termal kaynakları, zengin medikal altyapısı, uluslararası düzeyde akredite hastaneleri ve sağlık işletmeleri, yetkin hekimleri ve diğer kaynakları ile pek çok ülkeden hasta çeken bir sağlık turizmine sahip olması gerekirken, sahip olduğu potansiyeli yeterince değerlendirememektedir (Öztürk ve Bayat, 2011:137).

Türkiye'de sağlık turizmi hizmetlerinin tek elden kontrol edilebilmesi amacıyla ilk olarak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı 31 Mart 2010

tarihinde Sağlık Turizmi Birimi kurulmuştur. Bu birim 05.05.2011 tarihinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. 02 Kasım 2011 tarihinde 663 sayılı yasa gereği Bakanlıktaki yeniden yapılandırma kapsamında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kurulmuş ve Medikal (Tıp) Turizmi, Termal Turizm Spa- Wellness, İleri Yaş ve Engelli turizmi ve Turistin Sağlığı bölümlerde faaliyetlerini sürdürmektedir. Ülkemizdeki sağlık turizmi potansiyelini anlatan ve 4 dilde hizmet veren bir web sitesi ve “Yurtdışı Hasta Çağrı Merkezi” kurulmuştur. “Sağlık Turizmi Hasta Takip Sistemi Web Uygulamaları” da 2013 yılında başlamıştır (Sağlık Turizmi Faaliyet Raporu, 2012).

1.3.3.5 Hekim seçme hakkı

Sağlık Bakanlığı 08.09.2004 tarihinde yayınladığı 117 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” genelgesi ile Bakanlığına bağlı hastanelerde hizmet sunumunun iyileştirilmesi kapsamında hastaların hekimlerini seçebilmesini öngören bir sistemin uygulamasına geçileceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004).

17.10.2007 tarihinde de “Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin, Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge” ile de hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007, madde 1).

Yönetmelik poliklinik hizmetlerinin sunumunda (madde 5);

Her hekime bir poliklinik odası sağlanarak poliklinik yapılan oda sayılarının artırılması suretiyle belirli saatlerde yaşanan yığılmaların önlenmesi ve hasta bekleme sürelerinin azaltılması,

Hastaların sağlık hizmet sunumunda en iyi işbirliği yapabileceği ve iletişim kurabileceği hekimi seçmesinin sağlanması,

Hastaların sağlık kurumuna her gelişinde, istedikleri takdirde aynı hekime muayene olabilmemesinin sağlanması,

Hastanın isteği doğrultusunda, sağlık kurumuna ilk kabulünden itibaren aynı hekimin kontrolü altında olmasının sağlanması,

Hastanın yataklı tedavi kurumundaki tedavisinin herhangi bir aşamasında hekimini değiştirme hakkının sağlanması,

Sağlık hizmeti sunumunda, sağlık kurumlarındaki hekim seçme uygulamalarının standartlaşmasının ve uygulamada birliğin sağlanması,

Hekim seçme ve değiştirme hakkı kapsamında hastaya talebi halinde kendisine sağlık hizmeti veren veya verecek olan hekimlerin kimlikleri, görev ve ünvanları hakkında bilgi verilmesi, ilkelerini esas almıştır.

1.3.3.6 Hasta hakları uygulaması

Sağlık Bakanlığı hasta haklarına yönelik 1998 yılında 23420 sayılı Resmî Gazetede yayınlarak Hasta Hakları Yönetmeliğini çıkar mıştır. Kendine bağlı hastanelerde yönetmeliğin uygulamasını sağlamak üzere 2005 yılında hazırlanan “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Hasta Hakları Őube Müdürlüğü” (madde 5), hasta hakları uygulamalarını il genelinde koordine etmek ve denetlemek amacıyla Sağlık Müdürlüğü bünyesinde “Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü” (madde 7), hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek, uygulamak ve önerilerde bulunmak amacıyla il merkezlerindeki bütün kamu hastaneler ile ilçelerdeki 100 yatak üzerindeki hastanelerde “Hasta Hakları Kurulu” ve “Hastane Hasta Hakları Birimi” kurulmuştur (madde 10-15).

Hasta Őikayetlerinin bu birim aracılığıyla alınarak, kurullarda karara bağlanması öngörülmüştür. Ayrıca hasta ve sağlık çalışanlarına hasta haklarıyla ilgili eğitim vermek, sorunlara çözüm önermek, hasta hakları ve sorumluluklarının yazılı bulunduğu tabloları bütün servis ve polikliniklerde bulundurmak gibi uygulamalar getirilmiştir. “zel Hastaneler Yönetmeliğine” yapılan bir ekleme ile özel hastanelerde hasta haklarına yönelik yapılanma gerekliliği ifade edilmiştir (Bostan, 2009).

1.3.3.7 Evde bakım hizmetleri

Evde bakım hizmetlerini, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacıyla, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri olarak tanımlayabiliriz (zer ve Şantaş, 2012:97).

Yaşlıların hastane ortamında uzun süre bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, günümüzde hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma Bahar ve Parlar, (2007:33), yaşlı ya da kronik hastalıkları olan bireylerin sürekli bakıma ihtiyaç duyması, tıp ve teknolojideki gelişimin sağlık hizmetlerinin bir çoğunun evde verilmesine olanak sağlaması gibi pek çok nedenler evde bakımın önemi artırmaktadır (Limnili ve Özçakar, 2013:14).

TÜİK'e (2013) göre; Türkiye nüfusunun %7.7'si 65 yaş ve üzerindedir. Ülkemizde yaşlıların çok azı gerçek anlamda geriatrik bakım hizmetleri almaktadır. Geriatrik bakım hizmeti veren merkezlerin yanı sıra yaşlılara yaşadıkları ortamda, buldukları çevreden ayırmadan hizmet sunumu önerilmektedir (Enginyurt ve Öngel, 2011:46). Tablo 1.6'ya bakıldığında yıllar itibariyle evde bakım hizmetlerinde önemli ölçüde artışlar olduğu görülmektedir.

Tablo 1.6: Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Kişi Sayısı ve Harcama Tutarı (TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2012).

Yıllar	Kişi sayısı	Harcama Tutarı (Bin TL)
2007	28 583	35 387
2008	113 000	417 603
2009	210 320	869 362
2010	284 595	1 580 803
2011	352 859	2 214 804
2012	398 335	2 944 115

Türkiye'de evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yayınlanmıştır. Daha sonra evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge, 2010 yılında yürürlüğe girmiş olup, bu yönerge kapsamında evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amaçlanmıştır (madde 1). Yine bu yönergeye göre, evde sağlık hizmetleri, Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum

sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulmaktadır (madde.5).

1.3.3.8 Tam gün yasaı

21.01.2010 tarihinde kabul edilen “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile:

Yüksek öğretim kurumlarında çalışan öğretim elemanları ve kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin aynı zamanda da, özel sağlık kuruluşlarında çalışması yasaklanmıştır (madde 3-7).

Radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin haftalık çalışma süresi 35 saate çıkarılmıştır.

Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri arasında belli bir süre ile ya da belli vakalar için karşılıklı görevlendirme ve sağlık kuruluşlarını ortak kullanma imkânı sağlanmıştır (madde 4-11).

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin döner sermaye gelirlerine, nöbet ücretlerine belirli oranda ek artış getirilmiş(madde 1-10). TSK’da çalışan hekimlere de sağlık hizmet tazminatı ödenmeye başlanmıştır (madde 12).

Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Komutanlığına bağlı eğitim hastaneleri ile askeri tıp fakültesinde öğretim üyesi veya tabip ihtiyacı doğması halinde, Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu tarafından öncelikli olarak görevlendirme yapılmaktadır (madde 13).

02.01.2014 tarihinde kabul edilen “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile de:

Sağlık personeli, mesai saatleri dışında da hastane ya da sağlık kuruluşuna çağrılabilir. Mesai saatleri dışında da hizmetine ihtiyaç duyulması halinde, personelin sağlık kuruluşuna ulaşabilmesi için alınacak tedbirler ve uyulacak kuralları Sağlık Bakanlığı belirleyecektir (madde 6).

Sağlık çalışanlarına ödenen nöbet ücretleri yoğun bakım, acil servis ve 112 acil sağlık hizmetlerinde tutulan nöbetler için yüzde 50 oranında fazla verilecektir (madde 10).

Yüksek öğretim kurumlarında çalışan öğretim üyelerinin her bir anabilim dalındaki kadrolu profesör ve doçent sayısının yüzde 50’sini geçmemek, bir yıla

kadar kurumsal sözleşme yapılmak ve geliri üniversite döner sermayesi hesabına kaydedilmek şartıyla mesai dışında özel hastaneler veya kendi hastanesinde çalışabilecektir. Bu şekilde çalıştırılabileceklerin hesabında, Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulunca belirlenecek yüzde 50'si uygulama, yüzde 50'si de akademik faaliyetlerinden oluşacak önceki yılın performans kriterleri dikkate alınacaktır. Yüksek öğretim kurumlarında sözleşmeli öğretim üyesi istihdam edilebilecektir (madde 11-12).

Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan hekimler, çalışma saatleri dışında ve kurumlarının izniyle aylık otuz saati geçmemek üzere iş yeri hekimliği yapabilecektir (madde 21).

1.3.3.9 Ulusal sağlık bilgi sistemi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'ne göre;

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemleri, tüm vatandaşları kapsayan, her bireyin kendi bilgilerine erişebildiği, bireyin doğumundan önce başlayıp tüm yaşamı boyunca sağlığıyla ilgili verilerden oluşan işlevsel bir veri tabanının, yüksek bant genişlikli ve tüm ülkeyi kapsayan bir iletişim omurgasında paylaşılması ve tele-tıp uygulamalarına varan teknolojilerin mesleki pratikte kullanılmasını temel alan elektronik kayıt sistemidir. Bu sistem ayrıca sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların insan gücü, taşınır, taşınmaz, idari ve mali verilerini de kayıt altına alacak şekilde tasarlanmıştır

Sağlık hizmetleri, hastalık ve diğer sağlık istatistik bilgilerine yönelik veri, Sağlık İl Müdürlükleri aracılığıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmakta ve yayınlanmaktaydı. Ancak geliştirilen Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile sağlık kayıtları birinci basamakta kayıt altına alınarak, Ulusal Sağlık Bilgi Sistemleri'nin Elektronik Sağlık Kayıtları alt bileşeninde bütünleştirilmesi planlanmış ve artık tüm kayıtlar tek bir merkezde ve elektronik ortamda bilgi sistemleri çerçevesinde tutulmaya başlanmıştır. Böylece veriye erişim daha hızlı ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmekte, yönetim faaliyetleri daha etkili bir şekilde yürütülebilmektedir (Çolak ve İnan, 2011). Ulusal Sağlık Bilgi Sistemleri; Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi, Doktor Bilgi Sistemi, Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt Sistemi, Temel Sağlık İstatistikleri Modülü gibi farklı bir dizi bilgi sistemi ve veri setini içermektedir. (Akdağ, 2012:99).

Eskiden sadece kişinin hak sahipliği sorgulaması elektronik ortamda yapılabilmekte iken şu an hastanın durumu, hasta için yapılan ödemeler ve fatura takibi MEDULA ile gerçekleştirilmektedir (Sülkü, 2011:14). Ayrıca "E-Reçete"

projesi ile kağıt reçete ortadan kalkmış ve reçeteler tamamen elektronik ortamda işlem görmeye başlamıştır (Akdağ, 2008:168).

1.3.3.10 Kalite ve akreditasyon

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık reformları kapsamında, hastanelerde, akreditasyon sistemi kurmak için çalışmalar yürütüldüğü belirtilmektedir. Türkiye’de planlanan akreditasyon sistemi, özellikle hastanelerde sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için uygun bir fırsat olarak değerlendirilebilir (Önder, 201:130).

Hastanelerde kaliteden sorumlu bir başhekim yardımcısının başkanlığında oluşturulan kalite birimleri tarafından, bakanlıkla koordineli olarak kalite çalışmaları yürütülmekte ve hastaneler, kalitelerini bağımsız kalite denetimi yapan kuruluşlar tarafından belgelendirmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı yayınladığı “Hizmet Kalite Standartları” doğrultusunda isteyen hastaneleri denetleyerek “Hizmet Kalite Belgesi” vermeyi planlamaktadır (Bostan, 2009).

Ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken, kamu ve özel hastaneler farklı değerlendirilmekteydi. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla, kamu, üniversite ve özel hastaneleri kapsayacak şekilde “Hastane Hizmet Kalite Standartları” setinin hazırlanmasına başlandı (Çinal, 2011:4).

Sağlık Bakanlığı, hazırladığı akreditasyon çalışmalarını 26.08.2013’de ISQua (The International Society for Quality in Health Care) Üst Kuruluna göndermiş, ISQua Üst Kurulu tarafından da, 17 Ocak 2014 tarihinde “Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Setinin uluslararası düzeyde akretide edildiği kararı” Bakanlığa bildirilmiştir. Ayrıca Bakanlık akretide olmak isteyen hastanelerin ilk başvurularını da 2014 yılı sonunda almayı planladığını duyurmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014).

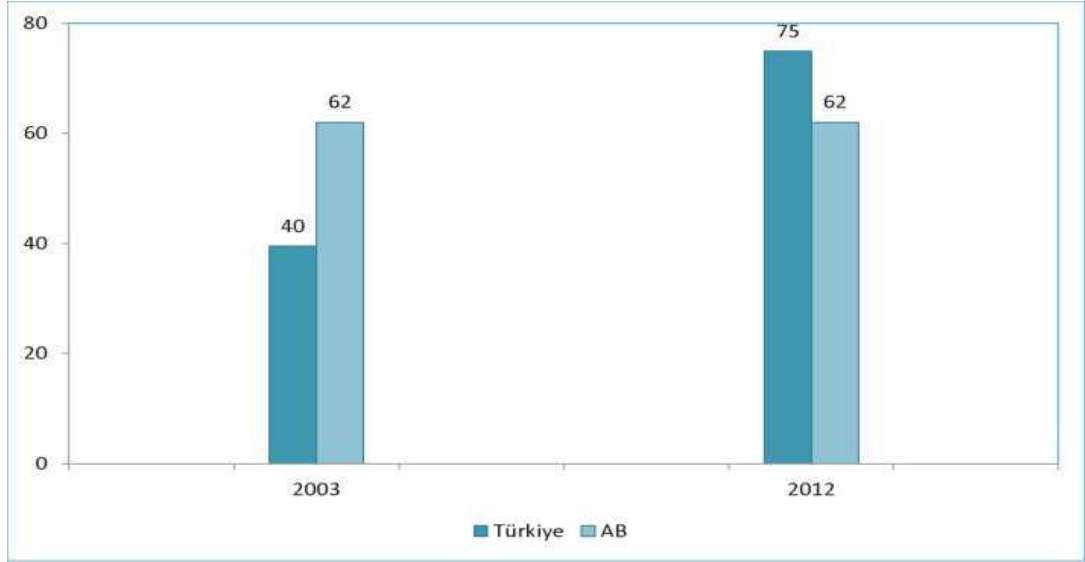
1.3.4 SDP'nin Finansmana Yönelik Uygulamaları

1.3.4.1 Performansa dayalı ek ödeme sistemi

Döner sermaye, sağlık alanına 1961'de 209 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun" ile girmiş ve 1983'de kâr amaçlı kullanılmaya başlanmıştır (Zincir, 2006:32). 1989 yılında yataklı tedavi kurumlarında, 2001'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye gelirlerinden çalışanlara ek ödeme yapılmış ve döner sermaye, sağlık çalışanlarının gelirleri arasında yıllar içinde giderek artan önemli bir paya sahip olmuştur (Etiler, 2011:6). Performansa dayalı ek ödeme sistemi ise, 2003 yılının başlarında SDP'nin uygulamaya konulması ile başlamış, pilot uygulamaların ardından 2004 yılının başlarında bakanlığa bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır (Gül ve Ergün, 2010:329).

Performansa dayalı ek ödeme, personele hizmete katkısı oranında ödeme yapılmasını ve personelin verimliliğini ve motivasyonunu arttırmayı Akdağ, (2008:149) ve öte yandan yeniden yapılandırılan sağlık örgütlenmesinin başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarınca sahiplenilmesini amaçlamaktadır (Elbek ve Adaş, 2009:38).

Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın ifadesine göre; aile hekimliği sisteminde "hekim ne kadar çok hastayı, kişiyi, aileyi kaydetmişse o kadar çok kazanacaktır". İkinci ve üçüncü basamakta ise "kim hastasını daha çok memnun ediyor (Şekil 1.1) ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa", o kişinin performansı, yani döner sermayeden aldığı pay daha yüksek olacak ve bunun sonucunda sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir (Türkiye Bülteni, 2003, Aktaran Elbek ve Adaş, 2009:38).



Şekil 1.1: AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%), (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012:122).

Sağlık personelinin performansa dayalı ödeme olarak ne kadar alacağını sağlık kuruluşunun sağlık personeline yapılacak performansa dayalı ek ödeme için tahsis edebileceği toplam miktar, sağlık ocağı veya hastanenin kurumsal performansı ve her bir personel için bireysel düzeyde hesaplanan performans puanı belirlemektedir (OECD, 2008:41-42).

Performansa dayalı ödeme sistemine; sağlık çalışanları arasındaki iş barışını bozması, sağlık hizmetlerinin doğasına ters bir uygulama olarak rekabeti ön planda tutması, bazı hekimlerin puanı yüksek uygulamalara yönelerek daha az puan alma olasılıkları olan uygulamaları geri plana itmeleri, hekimlerin finansal teşvik doğrultusunda daha çok hasta bakarak daha çok ameliyat yaparak daha çok gelir elde etmeye yönelmeleri, sağlık emek sürecinin rekabet ve üretim artışını temel alan özel sektör emek süreci ile benzer hale getirilmesi, hekimin öncelikli motivasyonun hastasını iyileştirmekten çıkarılması ve hastaların endikasyonsuz, gereksiz tetkik ve müdahalelere açık hale getirilmesi gibi gerekçelerle eleştiriler getirilmektedir (Pala, 2007;Terzi, 2012:34).

1.3.4.2 Genel sağlık sigortası (GSS)

Mayıs 2006'da 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, fakat Kanunun hayata geçirilmesi Aralık 2006'da çeşitli itirazlar yüzünden aksamış Sülkü, (2011:7), ancak 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Öncesinde sağlık sisteminden sadece “prim ödeyenler ile bunların bakmakla yükümlü bulunduğu yakınları” tabi oldukları kurumun bünyesinde (T.C. Emekli

Sandığı, Bağ-Kur, SSK) sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteydi. Kanun ile birlikte öncelikle sağlık ve sosyal sigorta hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmış, prensipte “hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar” da sağlık sistemi kapsamına alınmışlardır. Ayrıca on sekiz yaşın altındaki her birey ile sosyal güvenceden yoksun, yoksulluk sınırının altında bir gelire yaşamakta olan vatandaşların sağlık masraflarının devlet tarafından karşılanacağı öngörülmüştür (Çelikay ve Gümüş, 2011:60).

GSS aracılığıyla uygulanmaya çalışılan politikalar Sosyal Güvenlik Kurumlarının birleştirilmesi, emeklilik ve sağlık sistemlerinin ayrılması, nüfusun tamamını kapsayıcı genel bir sağlık sigortası sistemi ve fonu kurulması, katkı payları ve sigorta keseneğinin tahsili ile sağlık fonunun bütçe açığına neden olmadan finanse edilmesi, sağlık çalışanlarının uzun dönemli sözleşmelerle, performans esaslı ücretlendirilmesi olarak sıralanabilir. Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, tüm sigortalılara ilişkin kararların alınmasını kolaylaştırıcı bir müdahale olup, emeklilik ve sağlık sisteminin ayrılması da iki sistemin ayrı ayrı finanse edilebilmelerini ve birbirinden bağımsız işletilebilmesine olanak sağlamaktadır (Sabuktay, 2008:92-93).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında uzun yıllar çok yönlü bir finansman sistemi benimsenmiş, Sağlık Bakanlığı özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanında vergisel kaynaklara başvururken, sosyal güvenlik ödemeleri kapsamında yer alan SSK, hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı rolünü üstlenmiştir (Altay, 2007:50).

GSS modeli, kamusal sigortacılık olmasına rağmen Türkiye’de bu sistem içine aynı zamanda halkın yaptığı cepten ödemeleri, katkı paylarını ve farkları da dahil ettiği için özeli de kapsayan karma bir finansman modeli durumunda gelişmektedir (Terzi, 2012:33). Bu model, finansman ile sağlık hizmeti üretimini birbirinden kesin olarak ayırmış ve "sağlık hizmeti satın alınması" mantığı temelinde kurgulanmıştır (Ataay, 2008:171). Ülke çapında kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuştur (Soyer, 2009:180). Kişi başına düşen sağlık harcamaları da 2000 yılı sonrasında SDP kapsamında hızlı bir artış eğilimine girmiştir (Hazman ve Küçükilhan, 2012:140). Tablo 1.7 bu saptamayı desteklemektedir.

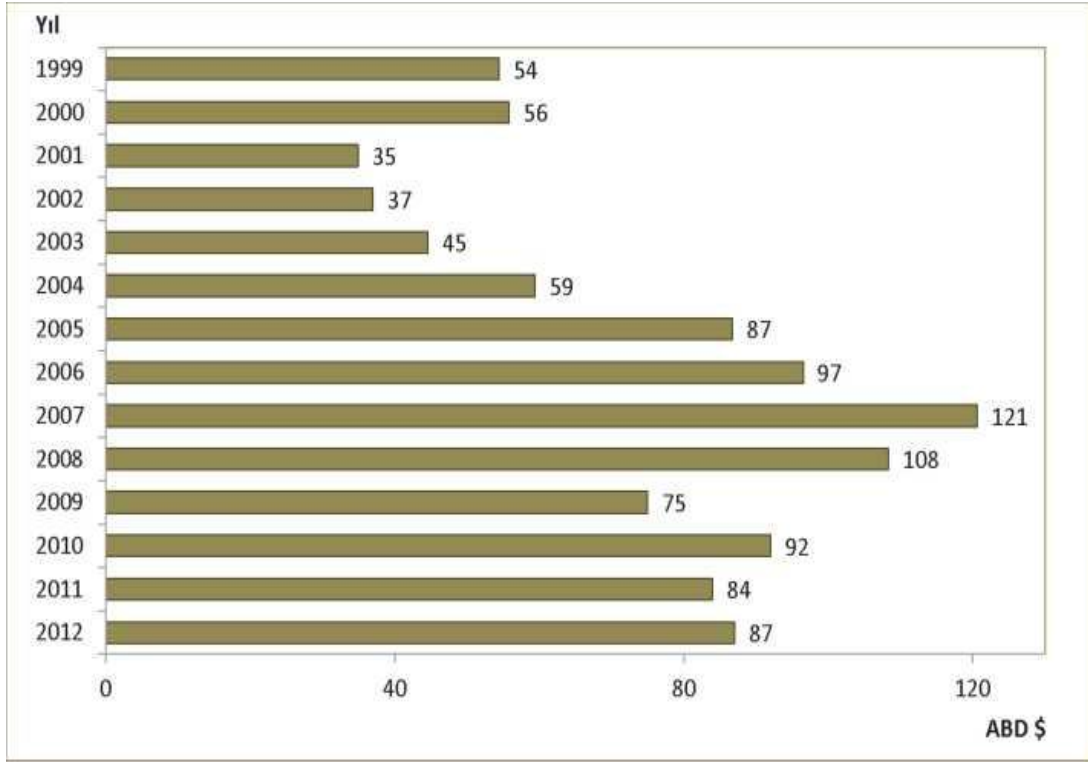
Tablo 1.7: Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler (TÜİK Sağlık Harcama İstatistikleri, 2012).

Göstergeler	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	18 774	30 021	4 069	57 740	61 678	68 607	76 358
Toplam sağlık harcamasının, gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	5,4	5,4	5,8	6,1	5,6	5,3	5,4

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında SGK 2007 yılında, işlemsel ve ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kodlama sistemlerini esas alarak yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetleri için toplu bir fiyat geliştirmiştir. Bütün sağlık sigorta fonları ile kamu hastaneleri ve özel hastaneler için aynı fiyatın uygulamaya konması, paranın hastayı takip ettiği ileriye dönük bir ödeme sistemine (hizmet başı ödeme sisteminde olduğu gibi) doğru geçiş için ilk adım atılmıştır (OECD, 2008:40).

“Sunulan hizmetlerinin ücret ve kalitesini tayin eden genel bir harcama sınırı” şeklinde tanımlanan global bütçe uygulaması Akyürek, (2012:138), SB’ye bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmaktadır. Sağlık harcamalarını kontrol etmek amacıyla 2009 yılında Maliye Bakanlığı, SGK ve SB arasında SB’ye bağlı hastaneler için sınırlı bir yıllık bütçe olması hususunda protokol düzenlenmiştir. Bu düzenlemeyle fonların tamamı SGK’dan SB’ye ve SB üzerinden hastanelere aktarılmaktadır. SGK fonlarının aylık tahsisinde, hastanelerin hizmet karşılığı çıkarttıkları faturaların yanı sıra SB’nin global bütçeye dayalı kararları da etkili olup SB, hastanelerinin aylık ödemelerini, global bütçe üst limiti yıl içinde aşılmayacak şekilde düzenlemektedir (Sülkü, 2011:33).

GSS’de sağlık hizmeti almaya hak kazanmak için prim ödemek zorunludur (Pala, 2007:21). Prim yatırmadan sağlık hizmetinden yararlanmak için "kişi başına düşen hane gelirinin" asgari ücretin üçte birini geçmiyor olması gerekmektedir (Sabuktay, 2008:91). Üstelik bireyin sağlık hizmetine erişebilmesi için priminin kendisi ya da devlet tarafından ödenmesi de yetmeyecek ve buna ek olarak hizmetten yararlanmak için katılım payını da ödemesi gerekmektedir (Pala, 2007:19).Şekil 1.2, cepten yapılan kişi başı sağlık harcamalarını göstermektedir. GSS’ye geçiş öncesi 2007 yılında en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.



Şekil 1.2: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, ABD \$, Türkiye (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, s.160).

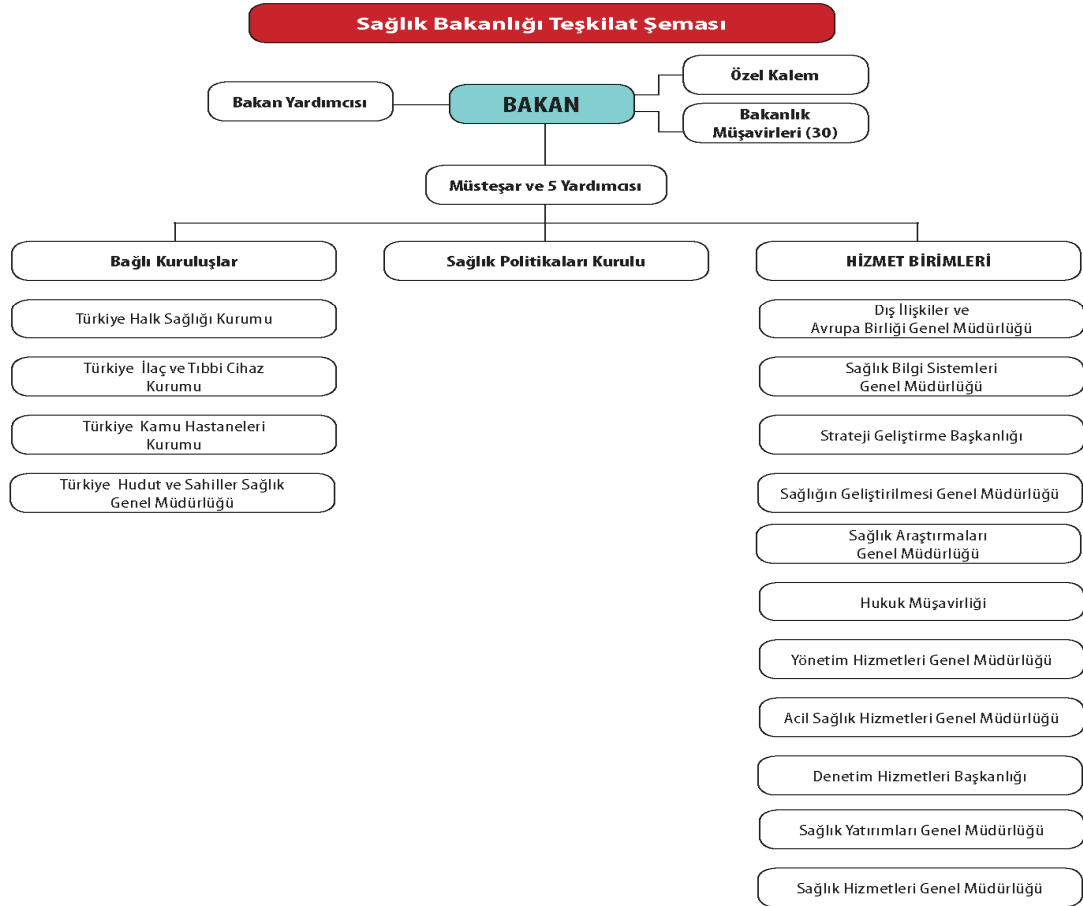
5510 sayılı Kanun'a karşı çıkanların önemli itirazlarından biri, GSS ile birlikte sağlık hizmetlerinin Temel Teminat Paketi (TTP) ile sınırlanmasıdır (Öztürk, 2008:8). Türk Tabipler Birliği'ne göre TBMM'ne gönderilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısında, önceleri son derece açık bir şekilde Temel Teminat Paketi adı altında toplanacak sağlık hizmetlerinin GSS tarafından karşılanacağı belirtilmekteyken, gelen yoğun eleştiriler karşısında, Temel Teminat Paketi kelime olarak kaldırılmış, ancak içerisi olduğu gibi korunarak son halinde büyük bir incelikle Temel Teminat Paketi'nin muhtevası gizlenmeye çalışıldığı ifade edilmiştir (TTB, 2005:27). Erençin ve Yolcu, (2008:125) ise, Temel Teminat Paketinin dar tutulmasıyla yurttaşların katkı payı adı altında ek ödeme yapması ve ikinci bir sigorta yaptırarak özel sağlık sigortacılığının ön plana çıkarılmasının amaçlandığını vurgulamıştır.

Hürriyet'in (2013) haberine göre; 2014 de üzerinde yıllardır konuşulan ancak bir türlü hayata geçemeyen GSS kapsamında sağlanacak hizmetlerin tanımlandığı temel bir teminat paketi oluşturulacak, belli giderler kapsam içine alırken, belli sağlık harcamaları ise kapsam dışında tutulacak, Temel teminat paketinin kapsamı dışında kalan hizmetlerde ise tamamlayıcı sağlık sigortası devreye sokulacaktır.

1.3.5 SDP'nin Örgütlenme ve Yönetime Yönelik Uygulamaları

1.3.5.1 Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı

2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazete de yayınlanan 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlanmasında yeniden yapılanmaya gitmiştir. Teşkilat şeması Şekil 1.3'de gösterilmiştir.



Şekil 1.3: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması (Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı (2012:6).

SDP kapsamında Sağlık Bakanlığı, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanarak, Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulmuştur. (Sağlıkta Dönüşüm, 2003). Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarının özel işletmeler haline getirilmesi hedeflenmiştir (Erençin ve Yolcu, 2008:124).

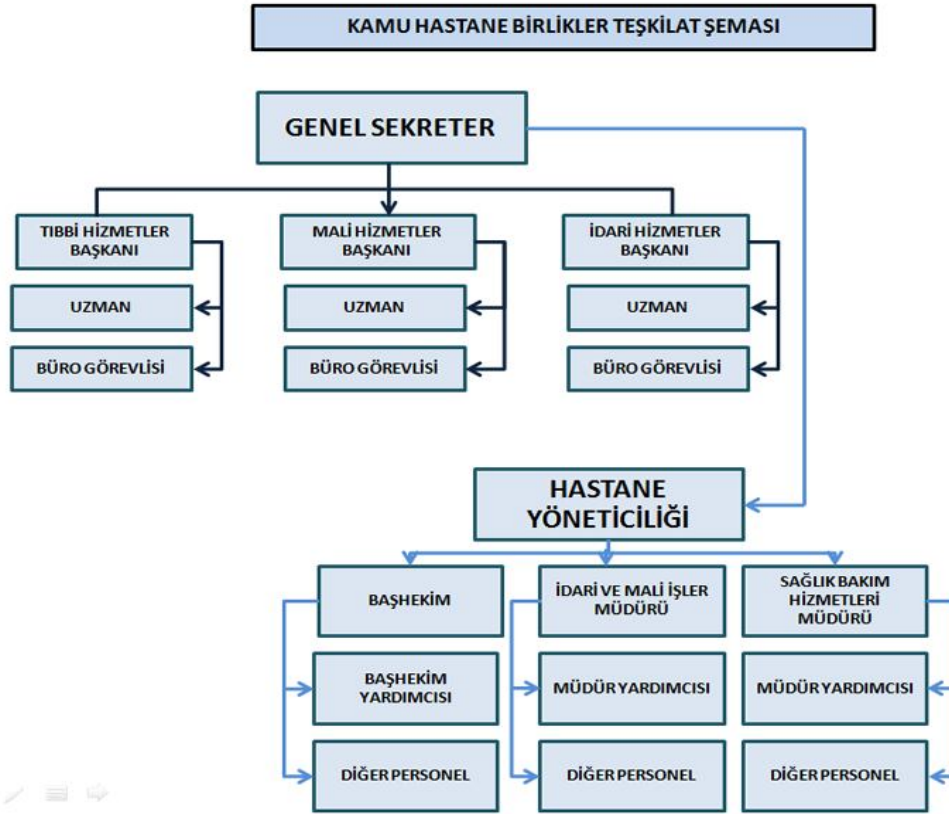
Pala'ya (2007:25) göre, SDP'nin "Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı" yaklaşımı ile devlet, sağlık hizmeti sunumundan çekilmektedir. İlk olarak SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, sonrasında bütün kamu hastanelerinin birer "işletme" biçimine dönüştürülmesine girişilmiştir. "Kamu sağlık hizmetlerinin tek elden sunulması" yaklaşımı toplumun birçok kesiminden destek almıştır. Kamu sağlık kuruluşlarının tek elde toplanması sağlık yönetimi açısından da olumlu bir girişim olmakla birlikte işletme biçimine dönüştürme girişimi olarak Sağlık Bakanlığı 13.12.2006 tarihinde Başbakanlığa gönderilen "Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile kendini göstermiş bulunmaktadır. Yasa tasarısının ilk halinde tasarının isminde "Kamu Sağlık İşletmeleri" kullanılmış, daha sonra "Kamu Hastane Birlikleri" olarak değiştirilmiştir. (Türk Sağlık-Sen, 2007).

1.3.5.2 Kamu hastane birlikleri

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur (madde 29).

Kuruma bağlı olarak da, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlenmiştir (Erençin ve Yolcu, 2008:129). KHK (madde 30) da, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur. Hizmetin büyüklüğü gözönünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılmayacağı, birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden birinin koordinatör olarak görevlendirilebileceği belirtilmiştir.

Şekil 1.4'de görüldüğü üzere, Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organı olup, Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları kurulmaktadır. Birliğe bağlı hastaneler ise, hastane yöneticisi tarafından yönetilmektedir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulmaktadır.



Şekil 1.4: Kamu Hastaneleri Birlikleri Teşkilat Şeması (www.kkhhb.gov.tr/OrganizasyonSemasi.aspx)

Sülkü (2011:12), Kamu Hastane Birlikleri uygulamasındaki amacı, hastanelerin kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline gelmesi, mevcut kaynakların etkin ve verimli kullanılmasının ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanacak performans değerlendirmeleri sonucunda daha kaliteli sağlık hizmeti sunmalarının sağlanması olarak belirtmiştir.

Oluşan bu yeni yapılanmada Birlikler, “sağlık işletmesi”ne dönüştürülürken, bu işletmelerin kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması öngörülmüştür. Böylece, kamu hastanelerinin devlet bütçesinden ayrılacak paylarla finanse edilmesine son verilmiş, üretilen hizmetler karşılığında GSS ve özel sigorta şirketlerinden yapılacak tahsilatlarla, hastaların yapacağı diğer ödemelerle finanse edilmesi benimsenmiştir (Ataay, 2008:178).

Yeni yapılanmayla, hastaneler ve hastanelerin bağlı olduğu birliklerin yöneticileri ile birlik çatısı altında çalışan uzman ve büro personeli, sözleşmeli çalışan statüsü haline dönüşmüş, daha önce hastanelerin yönetiminden sorumlu olan başhekimler artık hekimlik hizmetlerinin ve tıbbi hizmetlerin sorumlusu olmuştur (Birinci, 2013).

Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği, eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulup, değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılmaktadır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenmektedir. Değerlendirme sonucuna göre, başarısız kabul edilen genel sekreter ve hastane yöneticilerinin sözleşmelerine son verilmektedir (663 sayılı KHK, madde 34).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU HASTANELERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

2.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Sağlıkta Dönüşüm Programının, Asker Hastaneleri üzerinde yarattığı etkiyi ve bunun sonucunda meydana gelen değişimi tespit etmektir. Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personelinin bu süreçte, sistemi uygulayan, avantaj ve dezavantajları yaşayan kişiler olarak nasıl değerlendirdiklerini anlamak ve Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki uygulamaların, Asker Hastaneleri ve sağlık personeli üzerindeki etkisini sağlık personeli perspektifiyle belirlemektir.

Elde edilecek sonuçları, karar vericilerle ve kamuoyu ile paylaşarak, şuna kadar ki yapılan ve planlanan uygulamalar açısından, değerlendirmelerine imkan sağlamak, Asker Hastanelerinin, son on yılda yeniden yapılandırılan ulusal sağlık sistemine entegrasyonunda, sürecin gidişine ışık tutmak ve katkı sağlamak hedeflenmektedir.

2.2 Araştırmanın Önemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı incelendiğinde ve bugüne kadarki uygulamalara bakıldığında yapılan değişiklikleri 3 temel alanda inceleyebiliriz. Bunlar: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerinin finansmanıdır (Pala, 2007). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, Asker Hastaneleri, diğer kamu hastaneleri ile birlikte kapsam içinde bulunmasa da (663 karar sayılı KHK, 2011), kendi kurumsal yapısı içinde dönüşüm sürecine paralel olarak yeniden örgütlenmeye gitmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili bir çok uygulamaların da Asker Hastanelerini doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında sağlıkta dönüşüm programının, hastane işletmelerine, tıp eğitimine, hasta memnuniyetine ve sağlık çalışanlarına etkilerinin araştırma konusu olduğu görülmektedir. Asker hastanelerine etkilerinin bu bağlamda araştırılmaya muhtaç bir konu olması da bu araştırmanın önemini artırmaktadır.

Asker Hastanelerinin de ulusal sağlık sistemi içinde bir kamu hastanesi olarak, bu dönüşüm programına entegrasyonunda bu tez konusunun da katkı sağlayacak olması önem arz etmektedir. Sağlıkta dönüşüm programının Asker Hastanelerine etkileri üzerine, benzeri olmayan özgün bir konu olması ve hem sözü edilen bu alanda ki boşluğu doldurmak açısından hem de Asker Hastanelerinin, ulusal sağlık sistemi içerisindeki işlevini artırması açısından da ayrıca önem arz etmektedir.

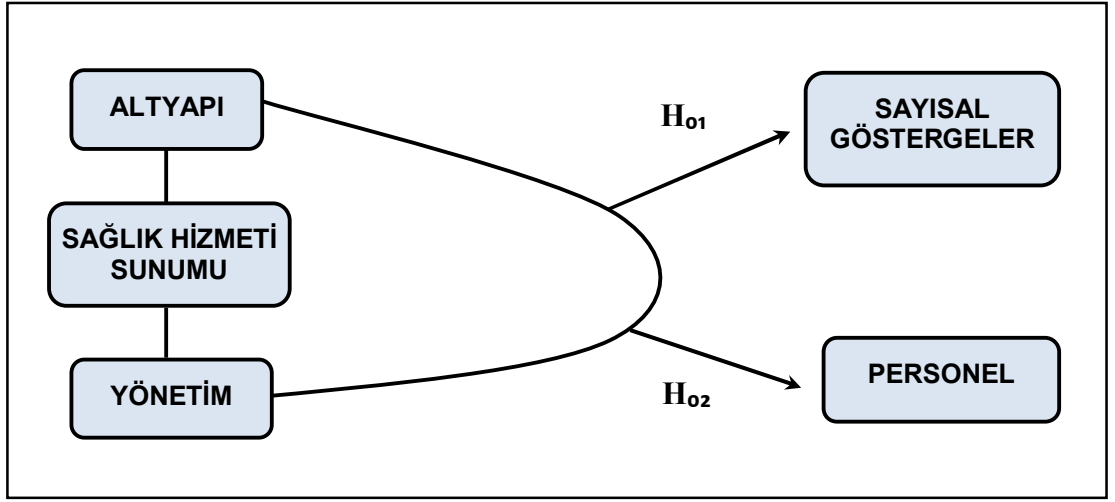
2.3 Araştırma Soruları ve Hipotezleri

1. Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeler ile demografik özellikler arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Altyapıya ilişkin değerlendirmeler ile demografik özellikler arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Yönetime ilişkin değerlendirmeler ile demografik özellikler arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeler ile demografik özellikler arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Personel faktörüne ilişkin değerlendirmeler ile demografik özellikler arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. Personelin genel değerlendirmeleri ile demografik özellikler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Araştırma amaçlarına ulaşabilmek amacıyla bu çalışmada iki önemli hipotez kurulmuştur. Bunlar sırasıyla:

H_{01} : Altyapı, sağlık hizmeti sunumu ve yönetim faktörleri, hastanelerin sayısal göstergelerinde artışa neden olmaz.

H_{02} : Altyapı, sağlık hizmeti sunumu ve yönetim faktörleriyle, birlikte personel faktörüne yönelik değerlendirmeler tahmin edilemez.



Şekil 2.1: Araştırmanın hipotezleri

2.4 Gereç ve Yöntem

2.4.1 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; Ankara ili Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Evrenin belirlenmesinde, Kamu hastanelerinden Asker Hastanelerine yönelik literatürdeki boşluğun doldurulmak istenmesi ve en çok sağlık personelinin Ankara ilinde görev yapması etkili olmuştur. Ankara ilinde toplam 4 Asker Hastanesi bulunmaktadır. Bu hastanelerden elde edilen veriler ışığında toplam 2617 sağlık personelinin çalıştığı tespit edilmiştir.

Örneklem ise; Ankara ilindeki Asker Hastanelerinde çalışan doktor, hemşire, sağlık astsubayı, diğer sağlık personelinden seçilmiştir. Sayı bakımından daha az miktarda olan eczacı, fizyoterapist, sağlık teknisyen/tekniker vb. sağlık meslek grupları diğer sağlık personeli olarak, değerlendirilmiş ve diş hekimleri, doktor grubuna dahil edilmiştir. Meslek değişkeni göz önünde bulundurularak oranlı tabakalı örnekleme yöntemiyle tespit edilmiştir.

Tabakalı örnekleme, evrendeki alt grupların belirlenip bunların evrende var oldukları aynı oranlarıyla örnekleme temsil edilmelerini sağlayan bir örnekleme seçme tekniğidir. Tabakalı örneklemenin amacı ilgili alt grupların temsil edilmelerini garanti altına almak, tabakalı örnekleme kullanmanın en önemli nedeni de örneklemin standart hatasını azaltmadaki sahip olduğu avantajdır. Tabakalardan örnek seçme işlemi oranlı ya da oransız olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Oranlı tabakalı örnekleme, her tabakanın evrendeki oranıyla orantılı olarak örnekleme elemanı alınır (Özen ve Gül, 2007).

Örnekleme alınacak sağlık personelini belirlemek için evren, meslek değişkeni baz alınarak 4 tabakaya ayrılmış ve örneklem büyüklüğünü hesaplamak için Cochran'ın (1962) örneklem büyüklüğü belirleme formülü kullanılmıştır. Bu formül kullanılarak %95 güven aralığında, (d= 0.05, t= 1,96 esas alınarak) örnekleme alınması gereken sağlık personeli sayısı 335 olarak hesaplanmıştır.

Örnekleme Büyüklüğü Hesaplama Formülü :

$$n = \frac{t^2 (PQ) / d^2}{1 + (1/N) t^2 (PQ) / d^2} \quad \text{Denklem 2.1}$$

N = Evren Büyüklüğü

n = Örneklem büyüklüğü

d = Hoşgörü düzeyi (.05)

t = Güven düzeyinin tablo değeri (t:1.96)

PQ= (.50) (.50)=.25 maksimum örneklem büyüklüğü için örneklem yüzdesi

Örneklemede en az olması gereken sayı 335 olup hata ve eksikler nedeniyle araştırma dışı kalabilecek anketler düşünülerek daha fazlasına ulaşmak amaçlanmıştır. Hedeflenen 335 örneklem sayısı (n) nın alt evrenlerin evren içindeki oranına göre hesaplama yapılmıştır. Karagölge ve Peker, (2002) de gösterilen formüle göre;

Tabaka Genişliği Örneklem Formülü :

$$nh = \frac{Nh}{N} \cdot n \quad \text{Denklem 2.2}$$

Nh = Evren tabaka genişliği

nh = Örneklem tabaka genişliği

n = Örneklem büyüklüğü

N = Evren büyüklüğü

Bu formül ile de, her bir tabakada kaç kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Uygulama sırasında hedeflenen 335 sağlık personeline ulaşmak için her bir tabakadan elde edilen örneklem sayıları Tablo 2.1' de verilmiştir.

Tablo 2.1: Uygulamada Hedeflenen Örneklem Sayıları.

Tabakalar	Örneklem Sayısı
Doktor	114
Hemşire	116
Sağlık Astsb.	56
Diğer Sağlık Personeli	49
Toplam	335

Her tabakadan, hesaplanan örneklem sayısı kadar sağlık personeli seçilmiştir. Aşağıda bahsedilen araştırmanın varsayımı da dikkate alındığında hastanelerin mevcutları düşünülerek ayrıca bir tabakalama yapılmamış ama yine de hedef örneklem sayılarına ulaşmak istenirken, personel sayısı az olan hastaneden daha fazla, personel sayısı çok olan hastaneden de daha az personel ile anket yapılmaması için, hastanelerin toplam personel mevcutları gözetilerek tabakalardan hedeflenen sayıya ulaşılmaya çalışılmıştır. Sonuçta araştırma bulgularının %95 güven aralığında, \pm %5 örnekleme hatası ile genellenebileceği söylenebilir.

2.4.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık personelinin demografik özelliklerine yönelik (görev yapılan hastane, görev, cinsiyet, yaş, eğitim, meslekteki süre ve hastanedeki çalışma süresi) 7 soru bulunmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümü ise, SDP'nin Asker Hastanelerine etkilerini sorgulayan 6 başlık altında ve 5'li likert ölçeğinde 1 “Hiç katılmıyorum”, 2 “Az katılıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılıyorum”, 5 “Kesinlikle katılıyorum” ifadeleriyle ilk etapta 41 soru olarak oluşturulmuştur. SDP uygulamalarına yönelik altyapı 6 soru, SDP uygulamasıyla yönetsel alandaki değişimler 7 soru, SDP uygulamasıyla ortaya çıkan sayısal değişimler 5 soru, SDP uygulamalarıyla sağlık personeli açısından değişenler 6 soru, SDP çerçevesinde Asker Hastanelerinde yapılan uygulamalar 12 soru ve SDP sonuçlarına yönelik genel değerlendirmeler 5 soru ile sorgulanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce, tabakaların evrendeki oranı da dikkate alınarak pilot bir çalışma uygulanmış ve PASW statistics 18 paket programı ile Cronbach Alfa (α) iç tutarlılık yöntemiyle güvenilirlik düzeyi test edilmiştir. 41 madde üzerinde ilk yapılan analizde Cronbach's Alpha 0,78 olarak bulunmuştur. Psikolojik bir test

için hesaplanan güvenilirlik katsayısının 0,70 ve daha yüksek olması güvenilirlik için genellikle yeterli görülmektedir (Büyüköztürk, 2013,s.183). Buna rağmen oldukça yüksek bir katsayı elde etmek için, katsayıyı azaltan 1 madde çıkarılarak tekrar analiz edilmiştir. Son durumda Cronbach's Alpha 0,80 olarak bulunmuş ve anket formu 7 soru birinci bölümde ve 40 soru ikinci bölümde olmak üzere toplam 47 soru ile son halini almıştır. Anket uygulaması sonucunda analize başlamadan önce yapılan güvenilirlik analizinde ise Cronbach's Alpha 0,71 olarak bulunmuş ve güvenilirlik analizi bu şekilde sonuçlandırılmıştır.

Anket geliştirme aşamasında 6 başlık altında hazırlanan anket sorularına faktör analizi yapılmıştır. SDP'nin Asker Hastanelerine etkilerine ilişkin ölçeğinin Temel Bileşenler Faktör Analizinde Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,74 bulunmuştur. Faktörleştirilebilmek için bu değer 0,60'dan büyük olması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2013:136). Yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0,000 < 0,05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda değişkenler, kuramsal açıdan 6 başlık halinde hazırlanan anket formu dikkate alınarak, 6 faktör ile sabit tutulmuş ve varimax yöntemiyle döndürme sonrasında Tablo 2.2'de görüldüğü gibi, ölçeği oluşturan faktörlerin açıklanan varyans oranı %41,202 olarak bulunmuştur. Faktör yükü 0,30'un altında kalan madde olmadığından hiçbir madde çıkarılmamıştır. Sağlık hizmeti sunumu faktörünü oluşturan 11 madde toplam varyansın % 6,9'unu, altyapı faktörünü oluşturan 5 madde % 5,4'ünü, yönetim faktörünü oluşturan 6 madde % 7,3'ünü, sayısal göstergeler faktörünü oluşturan 5 madde % 7,4'ünü, personel faktörünü oluşturan 8 madde % 8,2'sini, genel değerlendirmeler faktörünü oluşturan 5 madde % 6'sını açıklamaktadır. Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken faktör maddelerinin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) faktör puanları elde edilmiştir.

Tablo 2.2: Faktör Analiz Sonuçları (Döndürülmüş Temel Bileşenler Analizi).

Faktörler	Varyans	Maddeler	Faktör Yükleri
Sağlık Hizmeti Sunumu	6,943	7	0,657
		5	0,631
		2	0,579
		1	0,546
		10	0,500
		20	0,486
		9	0,474
		4	0,447
		11	0,405
		8	0,386
		3	0,322
Altyapı	5,367	15	0,718
		13	0,643
		16	0,609
		14	0,576
		17	0,436
Yönetim	7,303	24	0,557
		18	0,511
		21	0,475
		22	0,441
		6	0,372
		12	0,315
Sayısal Göstergeler	7,400	27	0,633
		29	0,596
		25	0,544
		26	0,483
		28	0,435
Personel	8,218	31	0,692
		34	0,688
		33	0,650
		32	0,633
		23	0,600
		19	0,524
		35	0,413
		30	0,364
Genel Değerlendirmeler	5,970	37	0,470
		36	0,436
		38	0,414
		40	0,368
		39	0,364

Toplam Açıklanan Varyans : 41,202

2.4.3 Veri Toplama Süreci

Çalışmada verilerin toplanması aşamasında, öncelikle konuyla ilgili teorik bilgilerin elde edilebilmesi amacıyla literatür taraması yapılmış, kitaplar, makaleler, internet kaynakları, yasal ve idari mevzuat, sivil toplum örgütlerinin ve kamu kurum ve kuruluşlarının rapor ve değerlendirmeleri incelenmiş ve bu kaynaklar çalışmanın teorik kısmının yazımında kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formundaki soruların bir kısmı literatürden derlenmiş, bir kısmı da hastanede değişik meslek gruplarına ait çalışanların, ilgili uzmanların görüşleri ile tasarlanmış ve konuyla ilgili araştırmalar sonucunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bostan, (2009)'ın tez çalışmasında kullandığı 8 faktör ve 89 sorudan oluşan anket incelenmiş, anket sorularının hazırlanmasında bu çalışmanın katkıları olmuştur. Anket tekniklerinde uzman görüşüne de başvurulmuş anket formu oluşturulmuştur.

Araştırma için ilk olarak GATA Etik Kuruluna başvuru yapılmış ve 07.01.2014 tarihinde Kurul tarafından araştırmanın etik ilkelere uygun olduğuna karar verilmiştir. Sonrasında GATA Anketleri Değerlendirme Komisyonuna başvurulmuş ve 07.02.2014 tarihinde anket formunun, komisyonca uygun olduğuna karar verilmiştir. Son olarak da Asker Hastanelerinin Bağlı olduğu TSK Sağlık Komutanlığından araştırma için izin talebinde bulunulmuş ve 20.02.2014 tarihinde gerekli izin alınmıştır.

Anket, araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık personeli ile 3 Mart – 25 Mart 2014 tarihleri arasında, geri dönüş oranını artırmak ve hızlandırmak amacıyla araştırmacı tarafından ilgili hastanelere gidilerek ve yüz yüze görüşülerek hedeflenen örneklemin tümü üzerinde uygulanmıştır. Anketler dağıtıldıktan 2 gün sonra toplanacağı söylenmiş ve böylece katılımcılara yeterli süre verilmiştir.

Geri dönüş sağlandıkça bir yandanda kurallara uygun cevaplanmış anketlerin verileri araştırmacı tarafından PASW statistics 18 paket programına yüklenmiştir. Eksik, ve hatalı doldurulan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir. Hedeflenen sayıya ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Toplamda 370 anket dağıtılmış olup hedeflenen sayı olan 335 ankete geri dönüş alınmıştır.

2.4.4 Verilerin Analizi

Verilerin analizinde istatistik paket programlarından PASW (Predictive Analytics SoftWare) Statistics 18 kullanılmıştır. Görev yapılan hastane, görev, cinsiyet, yaş, eğitim, mesleki çalışma süresi ve hastanedeki çalışma süresinden oluşan demografik bilgilere ilişkin frekans analizi yapılmıştır. Sonrasında SDP'nin Asker Hastanelerine etkilerine ilişkin ölçeğin tanımlayıcı istatistikleri yapılmıştır. Hastanelere ilişkin tanımlama ve yorumlarda GATA (A), Etimesgut Asker Hastanesi (B), Mevki Asker Hastanesi (C), Beytepe Asker Hastanesi de (D) harfi ile tanımlanmıştır. Her bir soruya ve toplamda faktöre verilen cevapların ortalama puanlarının tanımlanmasında Tablo 2.3'te belirtilen puan aralıkları dikkate alınarak katılımcıların belirtilen ifadelere katılım düzeyleri hakkında yorumlama yapılmıştır.

Tablo 2.3: Ölçek Değerlendirme.

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	Ölçek Değerlendirme
Hiç katılmıyorum	1	1,00 - 1,79	Çok Düşük
Az katılıyorum	2	1,80 - 2,59	Düşük
Kararsızım	3	2,60 - 3,39	Orta
Katılıyorum	4	3,40 - 4,19	Yüksek
Kesinlikle katılıyorum	5	4,20 - 5,00	Çok Yüksek

Araştırmanın değişkenlerinin parametrik test varsayımlarını karşılayıp karşılamadığına bakmak için değişkenlerin merkezi eğilim ölçütleri ve histogram grafikleri incelenmiş ve verilerin normal dağılıma uygun olduğu değerlendirilmiştir. Bu inceleme sonunda verilerin analizinde parametrik yöntemler tercih edilmiştir.

Demografik özellikler ile katılımcıların ölçek boyutlarına verdiği cevaplar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılacak yorumlarda anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ dikkate alınmıştır. Gruplar arası farkı belirlemede varyansların eşit olduğu durumda Post hoc testlerinden Scheffe testi, eşit olmadığı durumlarda ise Games-Howell testi yapılmıştır. (Kayri, 2009).

Araştırmada, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek amacıyla, ölçek alt faktörlerine pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayısının 0,00-0,30 arasında olması düşük, 0,30-0,70 arasında olması orta, 0,70-

1,00 olması durumunda ise yüksek düzeyde bir ilişkinin varlığı şeklinde yorumlanmıştır (Büyüköztürk, 2013:32).

Araştırmanın sonunda, bağımlı değişkenle ilişkili olan birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkilerin açıklanması için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi yapılarak değişkenler arasındaki ilişkileri regresyon eşitliği ile açıklamak, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki tahmin güçlerini ve bağımlı değişken üzerindeki göreceli önemliliklerini saptamak amaçlanmıştır. Regresyon modellerinde, sayısal göstergeler ve personel bağımlı değişken olarak; altyapı, sağlık hizmeti sunumu ve yönetime ise bağımsız değişken olarak yer verilmiştir. Genel değerlendirmeler ile bağımsız değişkenler arasında ilişki tespit edilmediğinden regresyon modeline dahil edilmemiştir. Bu modeller ile; bağımsız değişkenler, SDP kapsamındaki uygulamalar olarak ele alınmış, bunun sunucunun hastane performansına (sayısal göstergeler) ve sağlık personeline etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çoklu regresyon analizinde, bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkinin doğrusal olup olmadığı ve puanların normal dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. Standardize edilmiş artık değerler ile standardize edilmiş tahmin edilen değerler için oluşturulan saçılma diyagramının doğrusal bir ilişkiyi tanımladığı, noktaların bir eksen etrafında toplanma eğilimi gösterdiği görülmüştür. Ayrıca oluşturulan histogram ve normal dağılım eğrilerinin de normale oldukça yakın bir dağılım gösterdiği söylenebilir. Regresyon modelinde yer verilen değişkenler arasında korelasyon, tolerance ve varyans enflasyon faktörü ($VIF < 5$) incelendiğinde; bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı sorununa neden olabilecek düzeyde ilişkilere rastlanılmamıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,01$ dikkate alınmıştır.

2.5 Araştırmanın Varsayımları

Asker Hastanelerinde görev yapan sağlık personelinin bir kısmının, belirli aralıklarla Türkiye'deki çeşitli Asker Hastanelerine atanarak görev yaptıkları düşünüldüğünde; anketi yanıtlayan personelin sadece çalıştığı hastaneyi değil genel olarak Asker Hastanelerini değerlendirerek soruları yanıtladıkları varsayılmıştır.

2.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma plan aşamasında iken Türkiyede ki tüm Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personelini kapsamı düşünölmüşken zaman ve evrene ulaşımındaki güçlükler nedeniyle araştırmanın, Ankara ilindeki Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personeli kapsamında yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca anket sorularının hazırlanmasında teknik ve ayrıntılı bilgi gerektirecek sorulardan kaçınılmış, araştırma, sağlık personelinin algısı ve kişisel değerlendirmesiyle sınırlandırılmıştır.

Sonuçta araştırma, Ankara ilindeki Asker Hastaneleri sağlık personeli ile sınırlandırılmış olması nedeniyle, başlangıçta amaçlanmış olsa dahi, Türkiye'deki tüm Asker Hastanesi sağlık personeline genellenemez.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde anket formunda yer alan ifadeler ile ilgili olarak araştırma örnekleminde toplanan verilerin frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikleri, Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi, korelasyon ve regresyon analizlerine ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

3.1 Demografik Özelliklerin Frekans Analizi

Demografik özelliklere ilişkin sorular anketin ilk bölümünde yer almaktadır. Araştırmaya katılan toplam 335 personele ait demografik bulgular Tablo 3.1’de görülmektedir.

Tablo 3.1: Demografik Özelliklerin Frekans Analizi Sonuçları.

Demografik Özellikler		Frekans	Yüzde %
Görev Yapılan Hastane	A Hastanesi	140	41,8
	B Hastanesi	70	20,9
	C Hastanesi	95	28,4
	D Hastanesi	30	9,0
	Toplam	335	100,0
Görev	Doktor	114	34,0
	Hemşire	116	34,6
	Sağlık Astsubayı	56	16,7
	Diğer Sağlık Personeli	49	14,6
	Toplam	335	100,0
Cinsiyet	Erkek	161	48,1
	Kadın	174	51,9
	Toplam	335	100,0

Tablo 3.1 (Devamı): Demografik Özelliklerin Frekans Analizi Sonuçları.

Demografik Özellikler		Frekans	Yüzde %
Eğitim	Lise	9	2,7
	Ön Lisans	52	15,5
	Lisans	129	38,5
	Yüksek Lisans	33	9,9
	Doktora/Tıpta Uzmanlık	112	33,4
	Toplam	335	100,0
Yaş	20-29	33	9,9
	30-39	186	55,5
	40-49	104	31,0
	50 ve üzeri	12	3,6
	Toplam	335	100,0
Meslekteki Çalışma Süresi	1-4 yıl	18	5,4
	5-9 yıl	41	12,2
	10-14 yıl	81	24,2
	15-19 yıl	82	24,5
	20 yıl ve üzeri	113	33,7
	Toplam	335	100,0
Hastanedeki Çalışma Süresi	1-4 yıl	138	41,2
	5-9 yıl	90	26,9
	10-14 yıl	46	13,7
	15-19 yıl	35	10,4
	20 ve Üstü	26	7,8
	Toplam	335	100,0

Tablo 3.1'e göre araştırma kapsamındaki sağlık personelinin görev yaptıkları hastaneye göre dağılımları incelendiğinde, en fazla personelin bulunduğu A hastanesinde 140 personel anketleri cevaplamıştır. Ankete katılan personelin yarıya yakını (% 41,8) A hastanesinin oluşturduğu görülmektedir. Bunu % 28,4 ile C hastanesi izlemekte olup 95 personel ankete cevap vermiştir. B hastanesindeki anketi cevaplama sayısı ise 70 olup, bu sayının toplam katılımcı içindeki oranı %20,9'dur. En az personelinin bulunduğu D hastanesinde ise, 30 personel anketleri cevaplamış ve % 9 ile en az bu hastanede katılım sağlanmıştır.

Hastanelere göre dağılımda, hastane personel mevcutları göz önünde tutularak bir oran belirlemeden her hastane için bir kota uygulanması ve bu kota sayılarına

ulaşılmaya çalışılması belirleyici olmuştur.

Araştırma kapsamındaki sağlık personeli görevlerine göre incelendiğinde, 114 doktorun anketleri cevapladığı ve bu sayının toplam personel içindeki oranının %34 olduğu görülmektedir. 116 cevap sayısı olan hemşirelerinde % 34,6 ile doktorlarla hemen hemen aynı oranda oldukları görülmektedir. Sağlık astsubaylarda ise 56 kişi ankete cevap vermiş olup, bu sayı toplam personelin %16,7'sini oluşturmaktadır. 49 kişinin cevapladığı diğer sağlık personelinin de % 14,6 ile sağlık astsubaylarına çok yakın bir oranda oldukları görülmektedir.

Araştırma anketlerinde göreve göre dağılım oranları, aynı zamanda araştırmanın evren ve örneklemiyle de yakından ilgilidir. Araştırma evreni olarak seçilen sağlık personelinin dağılımı göz önüne alındığında, geri dönüşlerinde bu dağılıma uygun bir oranlamayla gerçekleştiği görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki personelin cinsiyetlere göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 3.1) kadın (174) personelin erkeklerden (161) çok az fazla olduğu görülmektedir. Ankete toplam cevap verenlerin % 51,9'unu kadın personel, % 48,1'ini ise erkek personelin oluşturmaktadır.

Tablo 3.1'de sağlık personelinin eğitim durumları incelendiğinde, lise düzeyinde eğitilmiş personel sayısının (9) en az ve toplam ankete cevap verenler içindeki oranının da % 2,7 olduğu görülmektedir. Bunu önlisans düzeyinde eğitilmiş personel sayısı (52), %15,5 oranla izlemektedir. Lisans düzeyinde eğitilmiş olan personel sayısının (129), toplam cevap verenler içindeki oranı %38,5'dir. Yüksek lisans düzeyinde eğitilmiş olan personel sayısının ise (33) toplam sayı içindeki oranı %9,9'dur. Doktora ve Tıpta uzmanlık düzeyinde eğitilmiş personel sayısının (112), lisans düzeyindeki personel sayısına yakın olduğu ve toplam sayı içindeki oranının da % 33,4 olduğu görülmektedir. Genel olarak personelin büyük bir kısmının lisans ve lisansüstü düzeyde eğitilmiş olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılanlarının yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında personelin yarıdan biraz fazlasının (% 55,5) 30-39 yaş arasında olduğu görülmektedir. Bunu % 31 ile 40-49 yaş arası personel izlemektedir. % 9,9 oranla 20-29 yaş arası ve % 3,6 oranla 50 yaş ve üzeri personelin oldukça az sayıda olduğu görülmektedir. Araştırma katılan personelin çoğunun orta yaş düzeyinde olduğunu söyleyebiliriz.

Meslekteki çalışma sürelerine bakıldığında 1-4 yıl süreyle meslekte çalışan personelin (18) toplam katılanların %5,4'ünü oluşturduğu, 5-9 yıl süreyle meslekte çalışan personelin (41) toplam katılanların %12,2'sini oluşturduğu, 10-14 yıl süreyle

meslekte çalışan personelinin (81) toplam katılanların %24,2'sini oluşturduğu, 15-19 yıl süreyle meslekte çalışan personelin (82) toplam katılanların %24,5'ini oluşturduğu ve en fazla katılımın olduğu 20 yıl ve üzeri meslekte çalışan personelinin (113) toplam katılanların %33,7'sini oluşturduğu görülmektedir.

Araştırma anketine katılan personelin çoğunluğunun 10 yıl ve üzerinde bir mesleki deneyime sahip olduğu, 20 yıl ve üzerinde mesleki deneyimi olan personel sayısının en fazla olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın amacına yönelik sağlıklı karşılaştırmalar yapabilecekleri kabul edilebilir.

Hastanedeki çalışma sürelerine göre ise; 1-4 yıl süreyle hastanede çalışan personelin (138) toplam katılanların %41,2'sini oluşturduğu, 5-9 yıl süreyle hastanede çalışan personelinin (90) toplam katılanların %26,9'unu oluşturduğu, 10-14 yıl süreyle hastanede çalışan personelin (46) toplam katılanların %13,7'sini oluşturduğu, 15-19 yıl süreyle hastanede çalışan personelinin (35) toplam katılanların %10,4'ünü oluşturduğu ve en az katılımın olduğu 20 yıl ve üzeri hastanede çalışan personelin (26) toplam katılanların %7,8'ini oluşturduğu görülmektedir.

Personelin çoğunluğunun hastanelerde çalışma sürelerinin azami bir süre ile sınırlı olması ve bu süre sonunda atama görmeleri, hastanede çalışma sürelerinin çoğunluğunun 1-9 yıl arasında dağılım göstermesine neden gösterilebilir. Bundan hareketle personelin anket sorularına verdiği cevaplarda, çalıştığı hastaneden ziyade diğer görev yerlerini de dikkate alarak genel bir yargıya vardığı kabul edilebilir.

3.2 Tanımlayıcı İstatistikler

Sağlık Personelinin Sağlıkta Dönüşüm Programının Asker Hastanelerine etkilerinin değişik yönlerinin 6 faktör altında değerlendirmeleri istenmiştir. Yukarıda faktör analizi incelendiğinde, araştırmanın başında planlanan bazı maddelerin, veri toplama süreci sonrası yapılan faktör analizi sonucunda başka faktörler altında değerlendirildiği görülmektedir. 6 faktör altında toplanan 40 ifadeye personelin verdiği cevaplara ait tablolar ve açıklamalar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3.2: Sağlık Hizmeti Sunumu Faktörü ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.

Sağlık Hizmeti Sunumu Değişkenleri	\bar{X}	SS
Sağlık Hizmeti Sunumu	3,38	0,48
1. Sivil hastaların Asker Hastanelerine doğrudan başvurabilmeleri iyi oldu.	3,60	1,36
4 Askeri personel ve ailelerinin kamu ve özel hastanelere doğrudan gidebilmeleri iyi oldu.	4,56	0,77
5 Hastaların hekim seçme hakkı iyi olmadı.	1,56	1,14
6 Asker Hastanelerinde çalışan hekimlerin özel muayenehanelerini kapatmalarının teşvik edilmesi iyi oldu.	3,07	1,49
7 Asker hastanelerinde çalışan hekimlerin askeri sağlık hizmeti sunumunun kaliteli hale gelmesi bakımından sağlık hizmeti tazminatı alması iyi oldu.	3,36	1,46
7. Asker Hastanelerinde hastaların şikâyetlerini almak için hasta hakları birimlerinin kurulması iyi oldu.	3,70	1,36
8. Asker Hastanelerine, ihtiyaç duyulması halinde Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanelerinden, sağlık personeli görevlendirilmesi iyi oldu.	3,95	1,18
9. Kamu sağlık sigortalarının Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesi altında toplanması iyi olmadı.	2,25	1,46
10. Tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesi iyi oldu.	4,52	0,82
11. Randevu sisteminin Asker Hastanelerinde de uygulanması iyi oldu.	3,99	1,15
20. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin sağlık hizmeti sunum anlayışı olumlu yönde değişti.	2,60	1,35

Tablo 3.2'de yer alan sağlık hizmeti sunumu faktörünü belirlemek amacıyla ölçekten alınan maddeler ve puanları incelendiğinde, araştırmaya katılan personelin “Sivil hastaların Asker Hastanelerine doğrudan başvurabilmesi iyi oldu.” ifadesine ($3,60 \pm 1,36$) yüksek düzeyde katıldıkları, “Askeri personel ve ailelerinin kamu ve özel hastanelere doğrudan gidebilmeleri iyi oldu.” ifadesine ($4,56 \pm 0,77$) çok yüksek düzeyde katıldıkları, “Hastaların hekim seçme hakkı iyi olmadı.” ifadesine ($1,56 \pm 1,14$) çok düşük düzeyde katıldıkları, “Asker Hastanelerinde çalışan hekimlerin özel muayenehanelerini kapatmalarının teşvik edilmesi iyi oldu.”

ifadesine ($3,07 \pm 1,49$) orta düzeyde katıldıkları, “Asker hastanelerinde çalışan hekimlerin askeri sağlık hizmeti sunumunun kaliteli hale gelmesi bakımından sağlık hizmeti tazminatı alması iyi oldu.” ifadesine ($3,36 \pm 1,46$) orta düzeyde katıldıkları, “Asker Hastanelerinde hastaların şikâyetlerini almak için hasta hakları birimlerinin kurulması iyi oldu.” ifadesine ($3,70 \pm 1,36$) yüksek düzeyde katıldıkları, “Asker Hastanelerine, ihtiyaç duyulması halinde Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden, sağlık personeli görevlendirilmesi iyi oldu.” ifadesine ($3,95 \pm 1,18$) yüksek düzeyde katıldıkları, “Kamu sağlık sigortalarının Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesi altında toplanması iyi olmadı.” ifadesine ($2,25 \pm 1,46$) düşük düzeyde katıldıkları, “Tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesi iyi oldu.” ifadesine ($4,52 \pm 0,82$) çok yüksek düzeyde katıldıkları, “Randevu sisteminin Asker Hastanelerinde de uygulanması iyi oldu.” ifadesine ($3,99 \pm 1,15$) yüksek düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin sağlık hizmeti sunum anlayışı olumlu yönde değişti.” ifadesine ($2,60 \pm 1,35$) orta düzeyde katıldıkları, tespit edilmiştir.

Tabloya göre, araştırmaya katılan personelin sağlık hizmet sunumu faktörüne ilişkin değerlendirmelerinin ($3,38 \pm 0,48$) orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. SDP çerçevesinde yapılan düzenleme ve değişikliklerin Asker Hastanelerindeki sağlık hizmeti sunumuna etkisinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.3: Altyapı Faktörüne ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.

Altyapı Değişkenleri	\bar{X}	SS
Altyapı	2,88	0,57
1.Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde, Asker Hastanelerinin köklü bir değişime ihtiyacı vardı.	4,18	1,03
14.Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Asker hastaneleri, yönetsel, mali ve sağlık hizmeti sunumu açılarından yeterli düzeydeydi.	2,08	1,25
15.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken teknolojik imkanlar yeterliydi.	2,08	1,23
16.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken eğitimli personel yetersizdi.	3,39	1,31
17. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken ekonomik imkanlar yeterliydi.	2,65	1,42

Tablo 3.3'te altyapı faktörünü belirlemek amacıyla ölçekten alınan maddeler ve puanları incelendiğinde, araştırmaya katılan personelin “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde, Asker Hastanelerinin köklü bir değişime ihtiyacı vardı.” ifadesine ($4,18 \pm 1,03$) yüksek düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Asker hastaneleri, yönetsel, mali ve sağlık hizmeti sunumu açılarından yeterli düzeydeydi.” ifadesine ($2,08 \pm 1,25$) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken teknolojik imkanlar yeterliydi.” ifadesine ($2,08 \pm 1,23$) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken eğitimli personel yetersizdi.” ifadesine ($3,39 \pm 1,31$) orta düzeyde katıldıkları, “SDP uygulamaları için gereken ekonomik imkanlar yeterliydi.” ifadesine ($2,65 \pm 1,42$) orta düzeyde katıldıkları tespit edilmiştir.

Tabloya göre, araştırmaya katılan personelin altyapı faktörüne ilişkin değerlendirmelerinin ($2,88 \pm 0,57$) orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle SDP öncesinde, Asker Hastanelerindeki altyapının orta düzeyde bir yeterliliğe sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.4: Yönetim Faktörüne ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.

Yönetim Değişkenleri	\bar{X}	SS
Yönetim	2,35	0,60
6. Asker Hastanelerinde otomasyon sistemlerinin kullanılmaya başlanması iyi olmadı.	1,85	1,32
12. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara Asker Hastanelerinin de uymak durumunda olmaları iyi olmadı.	2,08	1,25
16.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin yönetsel organizasyonu olumsuz yönde değişti.	2,55	1,21
21.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin verimliliği olumsuz yönde değişti.	2,52	1,22
22.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin toplumdaki saygınlığı olumlu yönde değişti.	2,65	1,42
24.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla hasta memnuniyeti olumsuz yönde değişti.	2,37	1,30

Tablo 3.4'deki puan dağılımlarına göre de personelin, “Asker Hastanelerinde otomasyon sistemlerinin kullanılmaya başlanması iyi olmadı.” ifadesine ($1,85 \pm$

1,32) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara Asker Hastanelerinin de uymak durumunda olmaları iyi olmadı.” ifadesine ($2,08 \pm 1,25$) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin yönetsel organizasyonu olumsuz yönde değişti.” ifadesine ($2,55 \pm 1,21$) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin verimliliği olumsuz yönde değişti.” ifadesine ($2,52 \pm 1,22$) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin toplumdaki saygınlığı olumlu yönde değişti.” ifadesine ($2,65 \pm 1,42$) orta düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla hasta memnuniyeti olumsuz yönde değişti.” ifadesine ($2,37 \pm 1,30$) düşük düzeyde katıldıkları tespit edilmiştir.

Tablo’ya göre, araştırmaya katılan personelin yönetim faktörüne ilişkin değerlendirmelerinin ($2,35 \pm 0,60$) düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle SDP çerçevesinde yapılan düzenleme ve değişikliklerin Asker Hastanelerinin yönetimine etkisinin düşük düzeyde olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.5: Sayısal Göstergeler Faktörüne ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.

Sayısal Göstergeler Değişkenleri	\bar{X}	SS
Sayısal Göstergeler	2,67	0,67
25. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin hekim sayısı azaldı.	3,39	1,44
26. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin personel sayısı arttı.	1,63	0,99
27. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin yatan hasta sayısı arttı.	2,47	1,52
28. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin ayaktan hasta sayısı azaldı.	3,28	1,35
29. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin döner sermaye gelirleri arttı.	2,56	1,30

Tablo 3.5’deki sayısal göstergeler faktörünün maddeleri ve puanları incelendiğinde araştırmaya katılan personelin, “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin hekim sayısı azaldı.” ifadesine ($3,39 \pm 1,44$) orta düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin personel sayısı arttı.” ifadesine ($1,63 \pm 0,99$) çok düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm

Programıyla Asker Hastanelerinin yatan hasta sayısı arttı.” ifadesine ($2,47 \pm 1,52$) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin ayaktan hasta sayısı azaldı.” ifadesine ($3,28 \pm 1,35$) orta düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin döner sermaye gelirleri arttı.” ifadesine ($2,56 \pm 1,30$) düşük düzeyde katıldıkları tespit edilmiştir.

Tablo’ya göre, sayısal göstergeler faktörüne ilişkin değerlendirmelerinin ($2,67 \pm 0,67$) orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle SDP çerçevesinde yapılan düzenleme ve değişikliklerin, Asker Hastanelerinde sayısal göstergeler açısından orta düzeyde bir etki yarattığını söyleyebiliriz.

Tablo 3.6: Personel Faktörüne ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.

Personel Değişkenleri	\bar{X}	SS
Personel	2,14	0,68
17. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin personel yapısı olumlu yönde değişti.	2,28	1,31
23. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla sağlık çalışanı memnuniyeti olumlu yönde değişti.	2,04	1,24
30.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin iş yükünü azalttı.	1,70	1,16
31.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin ücretlerini artırdı.	1,80	1,20
32.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki özgüvenini azalttı.	2,29	1,39
33.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki geleceğine yönelik beklentilerini artırdı.	2,32	1,35
34.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki saygınlığını artırdı.	1,90	1,21
35.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki bilgi ve becerilerini yenileme ihtiyacını artırdı.	2,80	1,46

Tablo 3.6’daki sağlık personeli faktörünün maddeleri ve puanlarına göre, araştırmaya katılan personelin, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin personel yapısı olumlu yönde değişti.” ifadesine ($2,28 \pm 1,31$)

düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasıyla sağlık çalışanı memnuniyeti olumlu yönde değişti.” ifadesine (2,04 ± 1,24) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin iş yükünü azalttı.” ifadesine (1,70 ± 1,16) çok düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin ücretlerini artırdı.” ifadesine (1,80 ± 1,20) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki özgüvenini azalttı.” ifadesine (2,29 ± 1,39) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki geleceğine yönelik beklentilerini artırdı.” ifadesine (2,32 ± 1,35) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki saygınlığını artırdı.” ifadesine (1,90 ± 1,21) düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki bilgi ve becerilerini yenileme ihtiyacını artırdı.” ifadesine (2,80 ± 1,46) düşük düzeyde katıldıkları tespit edilmiştir.

Tablo’ya göre, personel faktörüne ilişkin değerlendirmelerinin (2,14 ± 0,68) düşük düzeyde olduğunu, SDP çerçevesinde yapılan düzenlemelerin Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personelinin düşük düzeyde etkilediğini söyleyebiliriz.

Tablo 3.7: Genel Değerlendirmeler Faktörüne ve Maddelerine ait Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.

Genel Değerlendirmeler Değişkenleri	\bar{X}	SS
Genel Değerlendirmeler	2,96	0,54
36. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Asker Hastanelerindeki sorunları çözdü.	1,59	0,95
37. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının Asker Hastanelerinde köklü etkiler yarattı.	2,34	1,26
38. Sağlıkta Dönüşüm Programı Asker Hastanelerine yarar sağlamadı.	3,59	1,02
39. Sağlıkta Dönüşüm Programı en fazla hastalara yarar sağladı.	3,62	1,16
40. Sağlıkta Dönüşüm kapsamındaki uygulamalar, yakın gelecekte de Asker Hastanelerine yarar sağlamayacak.	3,68	1,13

Tablo 3.7'ye göre genel değerlendirmeler faktörünün maddeleri ve puanları incelendiğinde, araştırmaya katılan personelin “Sağlıkta Dönüşüm Programı, Asker Hastanelerindeki sorunları çözdü.” ifadesine ($1,59 \pm 0,95$) çok düşük düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının Asker Hastanelerinde köklü etkiler yarattı.” ifadesine ($2,34 \pm 1,26$) düşük düzeyde katıldıkları, “ Sağlıkta Dönüşüm Programı Asker Hastanelerine yarar sağlamadı.” ifadesine ($3,59 \pm 1,02$) yüksek düzeyde katıldıkları, “Sağlıkta Dönüşüm Programı en fazla hastalara yarar sağladı.” ifadesine ($3,62 \pm 1,16$) yüksek düzeyde katıldıkları tespit edilmiştir.

Tablo'ya göre, SDP'nin etkilerinin genel bir değerlendirilmesinin yapılması amacıyla personele yöneltilen soruların oluşturduğu genel değerlendirme faktörünün ortalamasına göre ($2,96 \pm 0,54$) orta düzeyde bir etkiden bahsedebiliriz. Altyapı faktörünün SDP öncesini ifade ettiği düşünöldüğünde, altyapı dışında diğer faktör ortalamalarında ($2,70$) bu orta düzeydeki etkiyi desteklediğini söyleyebiliriz.

3.3 Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmaya katılan sağlık personelinin demografik özellikleri ile SDP etkilerinin alt faktörlerine verdikleri yanıtlar arasında farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans (Anova) analizi ile araştırma sorularına cevap aranmıştır. Analiz sonuçları aşağıda sunulmuştur.

3.3.1 Sağlık Hizmet Sunumu Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı

1. Personelin, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile görev yaptıkları hastane arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sağlık hizmet sunumu faktörüne ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.8a'da, görev yapılan hastaneye göre ANOVA sonuçları Tablo 3.8b'de verilmiştir.

Tablo 3.8a: Sağlık Hizmeti Sunumu Betimsel İstatistikleri.

Görev Yapılan Hastane	N	\bar{X}	S
A Hastanesi	140	3,35	0,49
B Hastanesi	70	3,56	0,41
C Hastanesi	95	3,29	0,47
D Hastanesi	30	3,47	0,46

Analiz sonuçları, personelin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile görev yapılan hastane arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 4,675$, $p = 0,003$, $r = 0,20$. Görev yapılan hastanelerin sağlık hizmeti sunumuna etkisi düşük düzeydedir.

Farklılığın hangi hastaneler arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Scheffe testi, B Hastanesi ile A Hastanesinin ($p = 0,037$) ve B Hastanesi ile C Hastanesinin ($p = 0,008$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca ortalamalar incelendiğinde B Hastanesi ($X = 3,56$) ve D Hastanesinin ($X = 3,47$) sağlık hizmeti sunumu değerlendirmelerinin, A Hastanesi ($X = 3,35$) ve C Hastanesinden ($X = 3,29$) daha olumlu olduğu söylenebilir.

Tablo 3.8b: Sağlık Hizmeti Sunumunun Görev Yapılan Hastaneye Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	3,090	3	1,030	4,675	,003	B-A, B-C
Gruplarıçi	72,926	331	,220			
Toplam	76,016	334				

2 : Personelin, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sağlık hizmet sunumu faktörüne ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.9a'da, göreve göre ANOVA sonuçları Tablo 3.9b'de verilmiştir.

Tablo 3.9a: Sağlık Hizmeti Sunumu Betimsel İstatistikleri.

Görev	N	\bar{X}	SS
₁ Doktor	114	3,34	0,43
₂ Hemşire	116	3,25	0,46
₃ Sağlık Astsubayı	56	3,64	0,41
₄ Diğer Sağlık Personeli	49	3,51	0,53

Analiz sonuçları, personelin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 10,827$, $p = 0,000$, $r = 0,30$. Görevin sağlık hizmeti sunumuna etkisi orta düzeydedir.

Farklılığın hangi grup arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Scheffe testi, Sağlık astsubayları ile doktorların ($p = 0,001$), sağlık astsubayları ile

hemşirelerin ($p= 0,000$) ve hemşireler ile diğer sağlık personeli ($p= 0,012$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Sağlık astsubayı ($X= 3,64$) ve diğer sağlık personelinin ($X= 3,51$) değerlendirmelerinin, doktor ($X= 3,34$) ve hemşirelerden ($X= 3,25$) daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.9b: Sağlık Hizmeti Sunumunun Göreve Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	6,793	3	2,264	10,827	,000	3-1,3-2
Gruplariçi	69,223	331	,209			2-4
Toplam	76,016	334				

3. Personelin, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sağlık hizmet sunumu faktörüne ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.10a'da, yaşa göre ANOVA sonuçları Tablo 3.10b'de verilmiştir.

Tablo 3.10a: Sağlık Hizmeti Sunumu Betimsel İstatistikleri.

Yaş	N	\bar{X}	SS
20-29	33	3,51	0,37
30-39	186	3,33	0,45
40-49	104	3,41	0,51
50 ve Üstü	12	3,49	0,74

Analiz sonuçları, personelin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 1,808$, $p= 0,145$, $r = 0,13$. Yaşın sağlık hizmeti sunumuna etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.10b: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yaşa Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,226	3	,409	1,808	,145	-
Gruplariçi	74,790	331	,226			
Toplam	76,016	334				

4. Personelin, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sağlık hizmet sunumu faktörüne ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.11a'da, eğitime göre ANOVA sonuçları Tablo 3.11b'de verilmiştir.

Tablo 3.11a: Sağlık Hizmeti Sunumu Betimsel İstatistikleri.

Eğitim	N	\bar{X}	SS
Lise	9	3,60	0,36
Ön Lisans	52	3,52	0,53
Lisans	129	3,35	0,46
Yüksek Lisans	33	3,31	0,57
Doktora/Tıpta Uzmanlık	112	3,35	0,42

Analiz sonuçları, personelin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 2,109$, $p = 0,079$, $r = 0,16$. Eğitimin sağlık hizmeti sunumuna etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.11b: Sağlık Hizmeti Sunumunun Eğitime Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,895	4	,474	2,109	,079	-
Gruplarıçi	74,121	330	,225			
Toplam	76,016	334				

5. Personelin, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sağlık hizmet sunumu faktörüne ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.12a'da, meslekteki çalışma süresi göre ANOVA sonuçları Tablo 3.12b'de verilmiştir.

Tablo 3.12a: Sağlık Hizmeti Sunumu Betimsel İstatistikleri.

Meslekteki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 yıl	18	3,60	0,39
5-9 yıl	41	3,33	0,36
10-14 yıl	81	3,40	0,44
15-19 yıl	82	3,37	0,45
20 ve Üstü	113	3,36	0,56

Analiz sonuçları, personelin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,227$, $p = 0,299$, $r = 0,12$. Meslekteki çalışma süresinin, sağlık hizmeti sunumuna etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.12b: Sağlık Hizmeti Sunumunun Meslekteki Çalışma Süresi Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,114	4	,278	1,227	,299	-
Gruplarıçi	74,902	330	,227			
Toplam	76,016	334				

6. Personelin, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sağlık hizmet sunumu faktörüne ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.13a'da, hastanedeki çalışma süresi göre ANOVA sonuçları Tablo 3.13b'de verilmiştir.

Tablo 3.13a: Sağlık Hizmeti Sunumu Betimsel İstatistikleri.

Hastanedeki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	138	3,40	0,46
5-9 Yıl	90	3,38	0,46
10-14 Yıl	46	3,46	0,48
15-19 Yıl	35	3,24	0,52
20 ve Üstü	26	3,32	0,51

Analiz sonuçları, personelin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,332$, $p = 0,258$, $r = 0,13$. Hastanedeki çalışma süresinin, sağlık hizmeti sunumuna etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.13b: Sağlık Hizmeti Sunumunun Hastanedeki Çalışma Süresi Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,208	4	,302	1,332	,258	-
Gruplarıçi	74,808	330	,227			
Toplam	76,016	334				

3.3.2 Altyapı Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı

7. Personelin, altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile görev yaptıkları hastane arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin altyapıya ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.14a'da, görev yapılan hastaneye göre ANOVA sonuçları Tablo 3.14b'de verilmiştir.

Tablo 3.14a: Altyapı Betimsel İstatistikleri.

Görev Yapılan Hastane	N	\bar{X}	SS
A Hastanesi	140	2,96	0,55
B Hastanesi	70	2,83	0,63
C Hastanesi	95	2,83	0,56
D Hastanesi	30	2,76	0,51

Analiz sonuçları, personelin altyapıya ilişkin değerlendirmeleri arasında görev yapılan hastane bakımından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 1,670$, $p = 0,173$, $r = 0,12$. Görev yapılan hastanelerin altyapıya etkisi düşük düşüktür.

Tablo 3.14b: Altyapının Görev Yapılan Hastaneye Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,633	3	,544	1,670	,173	-
Gruplarıçi	107,831	331	,326			
Toplam	109,464	334				

8. Personelin, altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin altyapıya ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.15a'da, göreve göre ANOVA sonuçları Tablo 3.15b'de verilmiştir.

Tablo 3.15a: Altyapı Betimsel İstatistikleri.

Görev	N	\bar{X}	SS
₁ Doktor	114	2,69	0,44
₂ Hemşire	116	2,83	0,60
₃ Sağlık Astsubayı	56	3,12	0,47
₄ Diğer Sağlık Personeli	49	3,16	0,68

Analiz sonuçları, personelin altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 13,123$, $p = 0,000$, $r = 0,33$. Görevin altyapıya etkisi orta düzeydedir.

Farklılığın hangi personel arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Scheffe testi, doktorlar ile sağlık astsubayların ($p = 0,000$), doktorlar ile diğer sağlık personelinin ($p = 0,000$), hemşireler ile sağlık astsubayların ($p = 0,014$), hemşireler ile diğer sağlık personelinin ($p = 0,007$), ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Sağlık astsubayı ($X = 3,12$) ve diğer sağlık personelinin ($X = 3,16$) altyapı değerlendirmelerinin, doktor ($X = 2,69$) ve hemşirelerden ($X = 2,83$) daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.15b: Altyapının Göreve Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	11,636	3	3,879	13,123	,000	1-3,1-4
Gruplarıçi	97,828	331	,296			2-3,2-4
Toplam	109,464	334				

9. Personelin, altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin altyapıya ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.16a'da, yaşa göre ANOVA sonuçları Tablo 3.16b'de verilmiştir.

Tablo 3.16a: Altyapı Betimsel İstatistikleri.

Yaş	N	\bar{X}	SS
20-29	33	2,90	0,61
30-39	186	2,85	0,56
40-49	104	2,92	0,57
50 ve Üstü	12	2,88	0,70

Analiz sonuçları, personelin altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 0,363$, $p = 0,780$, $r = 0,05$. Yaşın altyapıya etkisi yoktur.

Tablo 3.16b: Altyapının Yaşa Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	,359	3	,120	,363	,780	-
Gruplariçi	109,105	331	,330			
Toplam	109,464	334				

10. Personelin, altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin altyapıya ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.17a’da, eğitime göre ANOVA sonuçları Tablo 3.17b’de verilmiştir.

Tablo 3.17a: Altyapı Betimsel İstatistikleri.

Eğitim	N	\bar{X}	SS
₁ Lise	9	3,15	0,43
₂ Ön Lisans	52	2,99	0,74
₃ Lisans	129	2,96	0,54
₄ Yüksek Lisans	33	2,96	0,60
₅ Doktora/Tıpta Uzmanlık	112	2,69	0,47

Analiz sonuçları, personelin altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(4,330) = 5,034$, $p = 0,001$, $r = 0,24$. Eğitimin, altyapıya etkisi orta düzeydedir.

Farklılığın hangi grup arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Games-Howell testi, Doktora/Tıpta uzmanlık eğitimi almış personel ile lisans eğitimi almış ($p = 0,011$), personelin ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Ortalamalar incelendiğinde, Doktora/Tıpta uzmanlık eğitimi almış personelin ($X=2,69$) altyapıya ilişkin değerlendirmelerin diğer personele göre daha olumsuz olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.17b: Altyapının Eğitime Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	6,295	4	1,574	5,034	,001	3-5
Gruplariçi	103,169	330	,313			
Toplam	109,464	334				

11. Personelin, altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin altyapıya ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.18a'da, meslekteki çalışma süresi göre ANOVA sonuçları Tablo 3.18b'de verilmiştir.

Tablo 3.18a: Altyapı Betimsel İstatistikleri.

Meslekteki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	18	2,96	0,62
5-9 Yıl	41	2,79	0,57
10-14 Yıl	81	2,84	0,54
15-19 Yıl	82	2,88	0,54
20 ve Üstü	113	2,93	0,61

Analiz sonuçları, personelin altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 0,651$, $p = 0,627$, $r = 0,08$. Meslekteki çalışma süresinin, altyapıya etkisi yoktur.

Tablo 3.18b: Altyapının Meslekteki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	,856	4	,214	,651	,627	-
Gruplarıçi	108,607	330	,329			
Toplam	109,464	334				

12. Personelin, altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin altyapıya ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.19a'da, hastanedeki çalışma süresi göre ANOVA sonuçları Tablo 3.19b'de verilmiştir.

Tablo 3.19a: Altyapı Betimsel İstatistikleri.

Hastanedeki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	138	2,81	0,51
5-9 Yıl	90	2,82	0,59
10-14 Yıl	46	2,94	0,56
15-19 Yıl	35	3,01	0,66
20 ve Üstü	26	3,10	0,64

Analiz sonuçları, personelin altyapıya ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 2,269$, $p = 0,062$, $r = 0,16$. Hastanedeki çalışma süresinin, altyapıya etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.19b: Altyapının Hastanedeki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	2,930	4	,732	2,269	,062	-
Gruplarıçi	106,534	330	,323			
Toplam	109,464	334				

3.3.3 Yönetim Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı

13. Personelin, yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile görev yaptıkları hastane arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin yönetime ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.20a'da, görev yaptıkları hastaneye göre ANOVA sonuçları Tablo 3.20b'de verilmiştir.

Tablo 3.20a: Yönetim Betimsel İstatistikleri.

Görev Yapılan Hastane	N	\bar{X}	SS
A Hastanesi	140	2,45	0,59
B Hastanesi	70	2,28	0,65
C Hastanesi	95	2,25	0,56
D Hastanesi	30	2,38	0,63

Analiz sonuçları, personelin yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile görev yaptıkları hastane arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 2,538$, $p = 0,057$, $r = 0,16$. Personelin görev yaptığı hastanenin, yönetime etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.20b : Yönetimin Görev Yapılan Hastaneye Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	2,714	3	,905	2,538	,057	-
Gruplarıçi	117,978	331	,356			
Toplam	120,692	334				

14. Personelin, yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin yönetime ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.21a'da, göreve göre ANOVA sonuçları Tablo 3.21b'de verilmiştir.

Tablo 3.21a: Yönetim Betimsel İstatistikleri.

Görev	N	\bar{X}	SS
₁ Doktor	114	2,23	0,55
₂ Hemşire	116	2,41	0,60
₃ Sağlık Astsubayı	56	2,28	0,63
₄ Diğer Sağlık Personeli	49	2,54	0,63

Analiz sonuçları, personelin yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 3,856$, $p = 0,10$, $r = 0,18$. Personelin görevinin, yönetime etkisi düşük düzeydedir.

Farklılığın hangi görev grubu arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Scheffe testi, doktorlar ile diğer sağlık personeli ($p = 0,028$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer sağlık personelinin ($X = 2,54$) yönetime ilişkin değerlendirmelerin diğer görev grubundaki personele göre daha olumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.21b: Yönetimin Göreve Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	4,076	3	1,359	3,856	,010	1-4
Gruplariçi	116,616	331	,352			
Toplam	120,692	334				

15. Personelin, yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin yönetime ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.22a'da, yaşa göre ANOVA sonuçları Tablo 3.22b'de verilmiştir.

Tablo 3.22a: Yönetim Betimsel İstatistikleri.

Yaş	N	\bar{X}	SS
20-29	33	2,52	0,64
30-39	186	2,35	0,59
40-49	104	2,30	0,60
50 ve üstü	12	2,16	0,54

Analiz sonuçları, personelin yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 1,494$, $p = 0,216$, $r = 0,12$. Personelin yaşının, yönetime etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.22b: Yönetimin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,613	3	,538	1,494	,216	-
Gruplariçi	119,079	331	,360			
Toplam	120,692	334				

16. Personelin, yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin yönetime ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.23a'da, eğitime göre ANOVA sonuçları Tablo 3.23b'de verilmiştir.

Tablo 3.23a: Yönetim Betimsel İstatistikleri.

Eğitim	N	\bar{X}	SS
Lise	9	2,30	0,29
Ön Lisans	52	2,47	0,67
Lisans	129	2,36	0,60
Yüksek Lisans	33	2,49	0,66
Doktora/Tıpta Uzmanlık	112	2,24	0,55

Analiz sonuçları, personelin yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,959$, $p = 0,100$, $r = 0,15$. Personelin eğitiminin, yönetime etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.23b: Yönetimin Eğitime Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	2,799	4	,700	1,959	,100	-
Gruplariçi	117,893	330	,357			
Toplam	120,692	334				

17. Personelin, yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin yönetime ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.24a'da, meslekteki çalışma süresine göre ANOVA sonuçları Tablo 3.24b'de verilmiştir.

Tablo 3.24a: Yönetim Betimsel İstatistikleri.

Meslekteki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	18	2,55	0,65
5-9 Yıl	41	2,36	0,52
10-14 Yıl	81	2,34	0,56
15-19 Yıl	82	2,38	0,66
20 ve Üstü	113	2,30	0,60

Analiz sonuçları, personelin yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 0,793$, $p = 0,53$, $r = 0,10$. Personelin eğitiminin, yönetime etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.24b : Yönetimin Meslekteki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,149	4	,287	,793	,530	-
Gruplariçi	119,543	330	,362			
Toplam	120,692	334				

18. Personelin, yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark mıdır?

Personelin yönetime ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.25a'da, hastanedeki çalışma süresine göre ANOVA sonuçları Tablo 3.25b'de verilmiştir.

Tablo 3.25a: Yönetim Betimsel İstatistikleri.

Hastanedeki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	138	2,34	
5-9 Yıl	90	2,30	0,54
10-14 Yıl	46	2,33	0,63
15-19 Yıl	35	2,60	0,66
20 ve üstü	26	2,28	0,49

Analiz sonuçları, personelin yönetime ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,631$, $p = 0,166$, $r = 0,14$. Hastanedeki çalışma süresinin, yönetime etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.25b: Yönetimin Hastanedeki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	2,339	4	,585	1,631	,166	-
Gruplarıçi	118,353	330	,359			
Toplam	120,692	334				

3.3.4 Sayısal Göstergeler Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı

19. Personelin, sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile görev yaptıkları hastane arasında anlamlı bir fark mıdır?

Personelin sayısal göstergelere ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.26a'da, görev yapılan hastaneye göre ANOVA sonuçları Tablo 3.26b'de verilmiştir.

Tablo 3.26a: Sayısal Göstergeler Betimsel İstatistikleri.

Görev Yapılan Hastane	N	\bar{X}	SS
A Hastanesi	140	2,90	0,64
B Hastanesi	70	2,68	0,60
C Hastanesi	95	2,30	0,61
D Hastanesi	30	2,70	0,62

Analiz sonuçları, personelin sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri arasında görev yapılan hastane bakımından anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 17,276$, $p = 0,000$, $r = 0,37$. Görev yapılan hastanelerin sayısal göstergelere etkisi orta düzeydedir.

Farklılığın hangi hastaneler arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Scheffe testi, C Hastanesi ile A Hastanesinin ($p = 0,000$), C Hastanesi ile B Hastanesinin ($p = 0,002$) ve C Hastanesi ile D Hastanesinin ($p = 0,029$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca ortalamalar incelendiğinde, C Hastanesinin ($X = 2,30$) diğer hastanelere göre ortalamasının en düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.26b: Sayısal Göstergelerin Görev Yapılan Hastaneye Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	20,174	3	6,725	17,276	,000	C-A,C-B C-D
Gruplarıçi	128,847	331	,389			
Toplam	149,021	334				

20. Personelin, sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sayısal göstergelere ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.27a'da, göreve göre ANOVA sonuçları Tablo 3.27b'de verilmiştir.

Tablo 3.27a: Sayısal Göstergeler Betimsel İstatistikleri.

Görev	N	\bar{X}	SS
₁ Doktor	114	2,43	0,65
₂ Hemşire	116	2,83	0,69
₃ Sağlık Astsubayı	56	2,77	0,59
₄ Diğer Sağlık Personeli	49	2,70	0,58

Analiz sonuçları, personelin sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri arasında görevi bakımından anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 8,120$, $p = 0,000$, $r = 0,26$. Görevin, hastanelerin sayısal göstergelere etkisi orta düzeydedir.

Farklılığın hangi görev grupları arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Scheffé testi, doktorlar ile hemşirelerin ($p = 0,000$), ve doktorlar ile sağlık astsubaylarının ($p = 0,018$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca ortalamalar incelendiğinde doktorların ($X = 2,43$) diğer görev gruplarına göre değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.27b: Sayısal Göstergelerin Göreve Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	10,216	3	3,405	8,120	,000	1-2,1-3
Gruplarıçi	138,805	331	,419			
Toplam	149,021	334				

21. Personelin, sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sayısal göstergelere ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.28a'da, yaşa göre ANOVA sonuçları Tablo 3.28b'de verilmiştir.

Tablo 3.28a: Sayısal Göstergeler Betimsel İstatistikleri.

Yaş	N	\bar{X}	SS
20-29	33	2,77	0,52
30-39	186	2,73	0,68
40-49	104	2,55	0,68
50 ve üstü	12	2,47	,072

Analiz sonuçları, personelin sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 2,250$, $p = 0,082$, $r = 0,14$. Yaşın, sayısal göstergelere etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.28b: Sayısal Göstergelerin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	2,979	3	,993	2,250	,082	-
Gruplarıçi	146,042	331	,441			
Toplam	149,021	334				

22. Personelin, sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sayısal göstergelere ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.29a'da, eğitime göre ANOVA sonuçları Tablo 3.29b'de verilmiştir.

Tablo 3.29a: Sayısal Göstergeler Betimsel İstatistikleri.

Eğitim	N	\bar{X}	SS
₁ Lise	9	3,11	0,46
₂ Ön Lisans	52	2,77	0,67
₃ Lisans	129	2,78	0,65
₄ Yüksek Lisans	33	2,77	0,63
₅ Doktora/Tıpta Uzmanlık	112	2,43	0,65

Analiz sonuçları, personelin sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(4,330) = 6,363$, $p = 0,000$, $r = 0,27$. Eğitimin, sayısal göstergelere etkisi orta düzeydedir.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Scheffe testi, Doktora/Tıpta uzmanlık eğitimi almış personel ile ön lisans eğitimi almış personel ($p = 0,042$) ve Doktora/Tıpta uzmanlık eğitimi almış personel ile lisans eğitimi almış personel ($p = 0,002$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca ortalamalar incelendiğinde Doktora/Tıpta uzmanlık eğitimi almış personelin ($X=2,43$) değerlendirmelerinin diğer personele göre daha olumsuz olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.29b: Sayısal Göstergelerin Eğitime Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	10,670	4	2,668	6,363	,000	5-2,5-3
Gruplarıçi	138,351	330	,419			
Toplam	149,021	334				

23. Personelin, sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sayısal göstergelere ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.30a'da, meslekteki çalışma süresine göre ANOVA sonuçları Tablo 3.30b'de verilmiştir.

Tablo 3.30a: Sayısal Göstergeler Betimsel İstatistikleri.

Meslekteki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
₁ 1-4 Yıl	18	2,95	0,46
₂ 5-9 Yıl	41	2,58	0,61
₃ 10-14 Yıl	81	2,78	0,63
₄ 15-19 Yıl	82	2,73	0,69
₅ 20 ve üstü	113	2,53	0,69

Analiz sonuçları, personelin sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(4,330) = 3,015$, $p = 0,018$, $r = 0,19$. Meslekteki çalışma süresi, sayısal göstergelere etkisi düşük düzeydedir.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Games-Howell testi, 1-4 yıl mesleki çalışma süresi olan personel ile 20 yıl ve üstü mesleki çalışma süresi olan personel ($p = 0,017$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca 1-4 yıl mesleki çalışma süresi olan personelin ($X = 2,95$) değerlendirmelerinin diğer personele göre daha olumlu olduğu görülmektedir.

Tablo 3.30b: Sayısal Göstergelerin Meslekteki Çalışma Süresi Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	5,254	4	1,314	3,015	,018	1-5
Gruplariçi	143,767	330	,436			
Toplam	149,021	334				

24. Personelin, sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin sayısal göstergelere ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.31a'da, hastanedeki çalışma süresine göre ANOVA sonuçları Tablo 3.31b'de verilmiştir.

Tablo 3.31a: Sayısal Göstergeler Betimsel İstatistikleri.

Hastanedeki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
₁ 1-4 Yıl	138	2,61	0,60
₂ 5-9 Yıl	90	2,59	0,70
₃ 10-14 Yıl	46	2,78	0,61
₄ 15-19 Yıl	35	2,98	0,70
₅ 20 ve üstü	26	2,58	0,84

Analiz sonuçları, personelin sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(4,330) = 2,806$, $p = 0,026$, $r = 0,18$. Hastanedeki çalışma süresinin, sayısal göstergelere etkisi düşük düzeydedir.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Scheffé testine göre gruplar arasındaki farklar bulunamamıştır.

Tablo 3.31b: Sayısal Göstergelerin Hastanedeki Çalışma Süresi Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	4,903	4	1,226	2,806	,026	
Gruplariçi	144,118	330	,437			
Toplam	149,021	334				

3.3.5 Personel Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı

25. Personele ilişkin değerlendirmeler ile görev yapılan hastane arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personele ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.32a'da, görev yapılan hastaneye göre ANOVA sonuçları Tablo 3.32b'de verilmiştir.

Tablo 3.32a: Personel Betimsel İstatistikleri.

Görev Yapılan Hastane	N	\bar{X}	SS
A Hastanesi	140	2,15	0,60
B Hastanesi	70	2,31	0,78
C Hastanesi	95	2,01	0,71
D Hastanesi	30	2,11	0,53

Analiz sonuçları, personele ilişkin değerlendirmeler ile görev yapılan hastane arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 2,778$, $p= 0,041$, $r = 0,16$. Görev yapılan hastanenin, personele etkisi düşük düzeydedir.

Farklılığın hangi hastaneler arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Scheffe testi, B Hastanesi ile C hastanesi ($p= 0,043$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir. B hastanesinin ($X=2,31$) personele ilişkin değerlendirmelerinin diğer hastanelere göre daha olumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3.32b: Personelin Görev Yapılan Hastaneye Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	3,754	3	1,251	2,778	,041	B-C
Gruplarıçi	149,087	331	,450			
Toplam	152,841	334				

26. Personele ilişkin değerlendirmeler ile görev arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personele ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.33a'da, göreve göre ANOVA sonuçları Tablo 3.33b'de verilmiştir.

Tablo 3.33a: Personel Betimsel İstatistikleri.

Görev	N	\bar{X}	SS
₁ Doktor	114	2,10	0,72
₂ Hemşire	116	2,04	0,51
₃ Sağlık Astsubayı	56	2,11	0,52
₄ Diğer Sağlık Personeli	49	2,51	0,92

Analiz sonuçları, personele ilişkin değerlendirmeler ile görev arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $F(3,331) = 6,166$, $p= 0,000$, $r = 0,23$. Görevin, personele etkisi orta düzeydedir.

Farklılığın hangi görev grubu arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post hoc testlerinden Scheffe testi, diğer sağlık personeli ile doktorların ($p= 0,005$), diğer sağlık personeli ile hemşirelerin ($p= 0,001$) ve diğer sağlık personeli ile sağlık astsubaylarının ($p= 0,023$) ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu

göstermektedir. Diğer sağlık personelinin ($X= 2,51$) ortalamalarının diğer görev guruplarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.33b: Personelin Faktörünün Göreve Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	8,089	3	2,696	6,166	,000	4-1,4-2
Gruplariçi	144,752	331	,437			4-3
Toplam	152,841	334				

27. Personele ilişkin değerlendirmeler ile yaşı arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personele ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.34a'da, yaşa göre ANOVA sonuçları Tablo 3.34b'de verilmiştir.

Tablo 3.34a: Personel Betimsel İstatistikleri.

Yaş	N	\bar{X}	SS
20-29	33	2,24	0,54
30-39	186	2,13	0,67
40-49	104	2,10	0,72
50 ve üstü	12	2,27	0,70

Analiz sonuçları, personele ilişkin değerlendirmeler ile yaş arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 0,518$, $p= 0,670$, $r = 0,06$. Yaşın, personele etkisi yoktur.

Tablo 3.34b: Personelin Faktörünün Yaşa Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	,714	3	,238	,518	,670	-
Gruplariçi	152,127	331	,460			
Toplam	152,841	334				

28. Personele ilişkin değerlendirmeler ile eğitimi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personele ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.35a'da, eğitime göre ANOVA sonuçları Tablo 3.35b'de verilmiştir.

Tablo 3.35a: Personel Betimsel İstatistikleri.

Eğitim	N	\bar{X}	SS
Lise	9	2,43	0,37
Ön Lisans	52	2,30	0,91
Lisans	129	2,10	0,54
Yüksek Lisans	33	2,10	0,54
Doktora/Tıpta Uzmanlık	112	2,10	0,73

Analiz sonuçları, personele ilişkin değerlendirmeler ile eğitimi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,400$, $p = 0,234$, $r = 0,13$. Eğitimin, personele etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.35b: Personelin Faktörünün Eğitime Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	2,551	4	,638	1,400	,234	-
Gruplariçi	150,290	330	,455			
Toplam	152,841	334				

29. Personele ilişkin değerlendirmeler ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personele ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.36a'da, meslekteki çalışma süresine göre ANOVA sonuçları Tablo 3.36b'de verilmiştir.

Tablo 3.36a: Personel Betimsel İstatistikleri.

Meslekteki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	18	2,40	0,54
5-9 Yıl	41	2,11	0,55
10-14 Yıl	81	2,18	0,61
15-19 Yıl	82	2,14	0,68
20 ve Üstü	113	2,07	0,77

Analiz sonuçları, personele ilişkin değerlendirmeler ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,230$, $p = 0,298$, $r = 0,12$. Meslekteki çalışma süresinin, personele etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.36b: Personelin Faktörünün Meslekteki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	2,245	4	,561	1,230	,298	-
Gruplarıçi	150,596	330	,456			
Toplam	152,841	334				

30. Personele ilişkin değerlendirmeler ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personele ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.37a'da, hastanedeki çalışma süresine göre ANOVA sonuçları Tablo 3.37b'de verilmiştir.

Tablo 3.37a: Personel Betimsel İstatistikleri.

Hastanedeki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	138	2,13	0,61
5-9 Yıl	90	2,08	0,69
10-14 Yıl	46	2,32	0,68
15-19 Yıl	35	2,26	0,95
20 ve Üstü	26	1,91	0,43

Analiz sonuçları, personele ilişkin değerlendirmeler ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 2,010$, $p = 0,093$, $r = 0,15$. Hastanedeki çalışma süresinin, personele etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.37b: Personelin Faktörünün Hastanedeki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	3,635	4	,909	2,010	,093	-
Gruplarıçi	149,206	330	,452			
Toplam	152,841	334				

3.3.6 Genel Değerlendirmeler Faktörünün Demografik Özelliklere Göre Farklılığı

31. Personelin genel değerlendirmeleri ile görev yaptığı hastane arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin genel değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.38a'da, görev yapılan hastane göre ANOVA sonuçları Tablo 3.38b'de verilmiştir.

Tablo 3.38a: Genel Değerlendirmeler Betimsel İstatistikleri.

Görev Yapılan Hastane	N	\bar{X}	SS
A Hastanesi	140	2,95	0,54
B Hastanesi	70	2,99	0,58
C Hastanesi	95	3,00	0,52
D Hastanesi	30	2,79	0,53

Analiz sonuçları, personelin genel değerlendirmeleri ile görev yaptığı hastane arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 1,279$, $p = 0,281$, $r = 0,11$. Görev yapılan hastanenin, personelin genel değerlendirmelerine etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.38b: Genel Değerlendirmelerin Görev Yapılan Hastaneye Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,132	3	,377	1,279	,281	-
Gruplariçi	97,613	331	,295			
Toplam	98,744	334				

32. Personelin genel değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin genel değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.39a'da, göreve göre ANOVA sonuçları Tablo 3.39b'de verilmiştir.

Tablo 3.39a: Genel Değerlendirmeler Betimsel İstatistikleri.

Görev	N	\bar{X}	SS
Doktor	114	2,95	0,51
Hemşire	116	2,94	0,57
Sağlık Astsubayı	56	3,05	0,42
Diğer Sağlık Personeli	49	2,95	0,68

Analiz sonuçları, personelin genel değerlendirmeleri ile görevi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 0,558$, $p = 0,643$, $r = 0,07$. Görevin, personelin genel değerlendirmelerine etkisi yoktur.

Tablo 3.39b: Genel Değerlendirmelerin Göreve Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	,497	3	,166	,558	,643	-
Gruplariçi	98,248	331	,297			
Toplam	98,744	334				

33. Personelin genel değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin genel değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.40a'da, yaşa göre ANOVA sonuçları Tablo 3.40b'de verilmiştir.

Tablo 3.40a: Genel Değerlendirmeler Betimsel İstatistikleri.

Yaş	N	\bar{X}	SS
20-29	33	3,03	0,57
30-39	186	2,97	0,56
40-49	104	2,91	0,50
50 ve üstü	12	3,11	0,65

Analiz sonuçları, personelin genel değerlendirmeleri ile yaşı arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(3,331) = 0,790$, $p = 0,500$, $r = 0,08$. Yaşın, personelin genel değerlendirmelerine etkisi yoktur.

Tablo 3.40b: Genel Değerlendirmelerin Yaşa Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	,702	3	,234	,790	,500	-
Gruplariçi	98,042	331	,296			
Toplam	98,744	334				

34. Personelin genel değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin genel değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.41a'da, eğitime göre ANOVA sonuçları Tablo 3.41b'de verilmiştir.

Tablo 3.41a: Genel Değerlendirmeler Betimsel İstatistikleri.

Eğitim	N	\bar{X}	SS
Lise	9	3,00	0,28
Ön Lisans	52	2,90	0,64
Lisans	129	2,99	0,54
Yüksek Lisans	33	3,01	0,57
Doktora/Tıpta Uzmanlık	112	2,95	0,50

Analiz sonuçları, personelin genel değerlendirmeleri ile eğitimi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 0,339$, $p = 0,851$, $r = 0,06$. Eğitimin, personelin genel değerlendirmelerine etkisi yoktur.

Tablo 3.41b: Genel Değerlendirmelerin Eğitime Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	,404	4	,101	,339	,851	-
Gruplarıçi	98,340	330	,298			
Toplam	98,744	334				

35. Personelin genel değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin genel değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.42a'da, meslekteki çalışma süresi göre ANOVA sonuçları Tablo 3.42b'de verilmiştir.

Tablo 3.42a: Genel Değerlendirmeler Betimsel İstatistikleri.

Meslekteki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	18	3,10	0,68
5-9 Yıl	41	2,98	0,54
10-14 Yıl	81	2,91	0,54
15-19 Yıl	82	3,06	0,53
20 ve üstü	113	2,91	0,53

Analiz sonuçları, personelin genel değerlendirmeleri ile meslekteki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,461$, $p = 0,214$, $r = 0,13$. Meslekteki çalışma süresinin, personelin genel değerlendirmelerine etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.42b: Genel Değerlendirmelerin Meslekteki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,718	4	,430	1,461	,214	-
Gruplarıçi	97,026	330	,294			
Toplam	98,744	334				

36. Personelin genel değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Personelin genel değerlendirmelerine ilişkin betimsel istatistiksel tablo 3.43a'da, hastanedeki çalışma süresi göre ANOVA sonuçları Tablo 3.43b'de verilmiştir.

Tablo 3.43a: Genel Değerlendirmeler Betimsel İstatistikleri.

Hastanedeki Çalışma Süresi	N	\bar{X}	SS
1-4 Yıl	138	3,01	0,56
5-9 Yıl	90	2,98	0,44
10-14 Yıl	46	2,87	0,58
15-19 Yıl	35	2,99	0,62
20 ve üstü	26	2,75	0,54

Analiz sonuçları, personelin genel değerlendirmeleri ile hastanedeki çalışma süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir $F(4,330) = 1,619$, $p = 0,169$, $r = 0,14$. Hastanedeki çalışma süresinin, personelin genel değerlendirmelerine etkisi düşük düzeydedir.

Tablo 3.43b: Genel Değerlendirmelerin Hastanedeki Çalışma Süresine Göre ANOVA Sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	1,900	4	,475	1,619	,169	-
Gruplarıçi	96,844	330	,293			
Toplam	98,744	334				

3.4 Korelasyon Analizi

Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek amacıyla, ölçek alt faktörlerine yapılan pearson korelasyon analizi sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3.44: Değişkenler Arası Korelasyon Analizi.

		Altyapı	Sağlık Hizmeti Sunumu	Yönetim	Sayısal Göstergeler	Personel	Genel Değerlendirme
Altyapı	Pearson Correlation	1					
	Sig. (2-tailed)						
Sağlık Hizmeti Sunumu	Pearson Correlation	,302**	1				
	Sig. (2-tailed)	,000					
Yönetim	Pearson Correlation	,256**	,016	1			
	Sig. (2-tailed)	,000	,777				
Sayısal Göstergeler	Pearson Correlation	,223**	,276**	,232**	1		
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000			
Personel	Pearson Correlation	,354**	,520**	,201**	,367**	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		
Genel Değerlendirme	Pearson Correlation	,114*	,107	,033	,200**	,183**	1
	Sig. (2-tailed)	,037	,050	,546	,000	,001	

** : p< 0,01

* : p< 0,05

Tablo 3.44 incelendiğinde personelin altyapıya yönelik değerlendirmeleri ile; sağlık hizmeti sunumu arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,302$, $p= 0,000$, $r^2= 0,09$), altyapıya yönelik değerlendirmeleri ile yönetim arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,256$, $p= 0,000$, $r^2=0,07$), altyapıya yönelik değerlendirmeleri ile sayısal göstergeler arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,223$, $p= 0,000$, $r^2= 0,05$), altyapıya yönelik değerlendirmeleri ile personel faktörü arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,354$, $p= 0,000$, $r^2= 0,13$), altyapıya yönelik değerlendirmeleri ile genel değerlendirme arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,114$, $p= 0,037$, $r^2= 0,01$) görülmektedir. Buna göre altyapı artıkça sağlık hizmet sunumu, yönetim, sayısal göstergeler, personel faktörü ve genel değerlendirme de artmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumuna yönelik değerlendirmeler ile sayısal göstergeler arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,276$, $p=0,000$, $r^2=0,08$), sağlık hizmeti sunumu ile personel faktörü arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,520$, $p= 0,000$, $r^2= 0,27$), görülmektedir. Buna göre sağlık hizmet sunumu artıkça; sayısal göstergeler ve personel faktörü de artmaktadır.

Yönetime yönelik değerlendirmeler ile sayısal göstergeler arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,232$, $p= 0,000$, $r^2= 0,05$), yönetim ile personel faktörü arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,201$, $p= 0,000$, $r^2= 0,04$) görülmektedir. Buna göre yönetim artıkça; sayısal göstergeler ve personel faktörü de artmaktadır.

Sayısal göstergeler yönelik değerlendirmeler ile personel faktörü arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,367$, $p=0,000$, $r^2=0,13$), sayısal göstergeler ile genel değerlendirmeler arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,200$, $p= 0,000$, $r^2= 0,04$), Buna göre sayısal göstergeler artıkça; personel faktörü ve genel değerlendirme de artmaktadır.

Personel faktörüne yönelik değerlendirmeler ile genel değerlendirmeler arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r= 0,183$, $p= 0,001$, $r^2= 0,03$) görülmektedir. Personel faktörü artıkça, genel değerlendirme de artmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumu ile yönetim, sağlık hizmeti sunumu ile genel değerlendirme arasında ve yönetim ile genel değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

3.5 Regresyon Analizi

Çalışmada, bağımlı değişkenlerle ilişkili olan birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkilerin açıklanması amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları aşağıdadır.

3.5.1 Sayısal Göstergeleri Tahmin Eden Değişkenler

Altyapı, sağlık hizmeti sunumu ve yönetim değişkenlerine göre sayısal göstergelerin (bağımlı değişken) tahminine ilişkin regresyon analiz sonuçları Tablo 3.45’da verilmiştir.

Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ikili ve kısmi korelasyonlar incelendiğinde, altyapı ile sayısal göstergeler arasında pozitif ve düşük

düzeyde bir ilişkinin olduğu olduğu ($r= 0,223$), ancak diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r= 0,096$ olarak hesaplandığı görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumu ve sayısal göstergeler arasında pozitif ve düşük düzeyde ($r= 0,276$) bir ilişki vardır. Diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r= 0,242$ olarak hesaplanmıştır. Yönetim ile sayısal göstergeler arasında da pozitif ve düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu ($r=0,232$), yine diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r=0,207$ olarak hesaplandığı görülmektedir.

Tablo 3.45: Sayısal Göstergelerin Tahminine İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

	B	Standart Hata B	β	T	p	İkili r	Kısmi R
Sabit	,656	,286		2,296	,002		
Altyapı	,114	,065	,097	1,752	,081	,223	,096
Sağlık Hizmeti Sunumu	,341	,075	,244	4,534	,000	,276	,242
Yönetim	,226	,059	,203	3,841	,000	,232	,207
R = 0,369,		R ² =0,136					
F (3,31)=17,404,		p=0,000					

Bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler için kurulacak çoklu regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F= 17,404$, $p= 0,000$). Bağımsız değişkenler birlikte sayısal göstergelere ilişkin toplam varyansın yaklaşık %14'ünü açıklamaktadır ($R^2= 0,136$).

Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre , bağımsız değişkenlerin sayısal değişkenler üzerindeki görece önem sırası; sağlık hizmeti sunumu, yönetim ve altyapıdır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise; sağlık hizmeti sunumu ve yönetimin sayısal göstergeler üzerinde anlamlı bir tahmin aracı olduğu ($p= 0,000$), görülmektedir. Altyapı ise, önemli bir etkiye sahip değildir ($p= 0,081$).

Bu bulgulara göre H_{01} yokluk hipotezi reddedilmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, sayısal göstergelerin tahminine ilişkin regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

SAYISAL GÖSTERGELER = 0,656 + 0,114ALTYAPI + 0,341SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU + 0,226YÖNETİM

Regresyon eşitliğine göre; altyapıdaki bir birim değişiklik 0,11 birim, sağlık hizmeti sunumundaki bir birim değişiklik 0,34 birim ve yönetimdeki bir birim değişiklik ise 0,23 birim sayısal göstergelerde artışa neden olmaktadır.

3.5.2 Personel Değişkenini Tahmin Eden Değişkenler

Altyapı, sağlık hizmeti sunumu ve yönetim değişkenlerine göre personel değişkeninin tahminine ilişkin regresyon analiz sonuçları Tablo 3.46’de verilmiştir. Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ikili ve kısmi korelasyonlara göre; altyapı ile personel arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu olduğu ($r= 0,354$), ancak diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r= 0,194$ olarak hesaplandığı görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumu ve personel arasında pozitif ve orta düzeyde ($r= 0,520$) bir ilişki vardır. Diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r= 0,476$ olarak hesaplandığı görülmektedir. Yönetim ile personel arasında da pozitif ve düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu olduğu ($r= 0,201$), yine diğer değişkenler kontrol edildiğinde iki değişken arasındaki korelasyonun $r= 0,173$ olarak hesaplandığı görülmektedir.

Tablo 3.46: Personel Değişkeninin Tahminine İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

	B	Standart Hata B	β	T	p	İkili r	Kısmi R
Sabit	-1,076	,254		-4,231	,000		
Altyapı	,207	,058	,175	3,592	,000	,354	,194
Sağlık Hizmeti Sunumu	,659	,067	,465	9,849	,000	,520	,476
Yönetim	,167	,052	,149	3,193	,002	,201	,173
R = 0,578,		R ² =0,334					
F (3,31)=55,213,		p=0,000					

Bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler için kurulacak çoklu regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F= 55,213, p= 0,000). Bağımsız değişkenler

birlikte personele ilişkin toplam varyansın yaklaşık % 33'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,334$).

Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre , bağımsız değişkenlerin personel üzerindeki görelî önem sırası; sağlık hizmeti sunumu, altyapı ve yönetimdir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise; sağlık hizmeti sunumu, yönetim ve altyapının personel üzerinde anlamlı bir tahmin aracı olduğu ($p= 0,000$) görülmektedir. Bu üç değişkende personel üzerinde önemli etkiye sahiptir.

Bu bulgulara göre H_0 yokluk hipotezi reddedilmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, personel değişkeninin tahminine ilişkin regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

$$\text{PERSONEL} = -1,076 + 0,207\text{ALTYAPI} + 0,659\text{SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU} + 0,167\text{YÖNETİM}$$

Regresyon eşitliğine göre; altyapıdaki bir birim değişiklik 0,21 birim, sağlık hizmeti sunumundaki bir birim değişiklik 0,66 birim ve yönetimdeki bir birim değişiklik ise 0,17 birim personelde artışa neden olmaktadır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1980’li yıllarda DSÖ ve DB’nin estirmeye başladığı değişim rüzgarıyla birlikte, dünyada bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık politikalarının köklü değişimine tanık olduk. 2003 yılı, sağlık politikasında planlanan değişimlerin hayata geçirilmeye başlandığı yıl olmuş ve küresel etkilerle hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulamaya konulmuştur. Bu güne geldiğimizde, SDP’nin öngördüğü değişimler büyük oranda hayata geçirilmiş ve sağlık sistemimizde köklü değişimler yaşanmıştır.

Son on yılda yaşanan bu değişimleri: birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik değişimler; Sağlık Bakanlığının, planlama ve politika belirleme görevi üstlenerek, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin yerinden yönetim ilkesi kapsamında yeniden yapılandırılması; sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilerek, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması ve sağlık hizmetlerinin finansmanında sigorta ve vatandaş katılımı temelinde yeni bir model benimsenmesi olarak genel hatlarıyla sıralayabiliriz.

SDP’nin ön gördüğü değişimlerin ulusal sağlık sistemimizde yarattığı etki, gerek kamuoyunda gerekse bilimsel çevrelerde olumlu veya olumsuz eleştirilerle yıllarca tartışılmış ve halende tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Programın uzun vadede sağlık sistemimizde yaratacağı etkiler de ayrı bir tartışma konusudur. Yaşanan bu değişimler ilk bakışta Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarını daha çok etkilemiş gibi görünse de, üniversite ve özel sağlık kurumları da bu değişimden nasibini almıştır. Kamu hastanesi olan Asker Hastanelerinin de ulusal sağlık sistemindeki bu değişimlerden belli oranda etkilendiği düşünülmüş ve araştırma konusunun bu doğrultuda yapılmasına karar verilmiştir.

SDP kapsamında hayata geçirilen uygulamaların Asker Hastaneleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmaya; Ankara ilindeki 4 Asker hastanesinde görev yapan 335 sağlık personeli katılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin, demografik özelliklerine ilişkin görev yaptığı hastane, görev, cinsiyet, eğitim durumu, yaş, meslekteki çalışma süresi, hastanede çalıştığı süre gibi sorulara verdiği yanıtların değerlendirilmesi sonucunda araştırmaya katılan personelin,

Yarıya yakınının (% 41,8) A Hastanesinde görev yaptığı,

Çoğunluğunu doktor ve hemşirelerin oluşturduğu, hemşire (% 34,6) ve doktor (% 34) sayısının da hemen hemen eşit olduğu,

Cinsiyet dağılımının (kadın % 51,9; erkek % 48,1) birbirine yakın olduğu,

Çoğunun (% 81,8) lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu,

Yaş ortalamasının 37 olduğu,

Çoğunluğunun (% 33,7) 20 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip olduğu,

Yarıya yakınının (% 41) 1-4 yıldır aynı hastanede çalışmakta oldukları ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan Personelin SDP'nin Asker Hastanelerine etkilerine yönelik ifadelerle katılım düzeyleri; sağlık hizmeti sunumu, altyapı, yönetim, sayısal göstergeler, ve genel değerlendirmeler olmak üzere toplam 6 faktör altında incelenmiş ve 1 (olumsuz) ile 5 (olumlu) arasında puanlama yapılarak değerlendirilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan personel, Asker Hastanelerinde sağlık hizmeti sunumunu, altyapı ve sayısal göstergeler faktörlerini orta düzeyde; yönetim ve personel faktörünü ise düşük düzeyde değerlendirmiştir. Ayrıca genel değerlendirme ifadelerini içeren 6'ncı faktör ise orta düzeyde değerlendirilmiştir.

Elde edilen verileri bir bütün olarak değerlendirdiğimizde personelin, Asker Hastanelerindeki SDP uygulamalarına bakışı orta düzeyde olumludur. En yüksek ortalamanın sağlık hizmeti sunumu, en düşük ortalamanın ise personel faktöründe olduğu tespit edilmiştir. SDP en çok etkiyi sağlık hizmeti sunumuna, en az etkiyi ise personel üzerinde göstermiştir. SB ve SGK'nın sağlık hizmeti sunumu ve finansmanına yönelik uygulamalarının bir çoğunun Asker hastanelerinde uygulanması ve Asker Hastanelerinin sivil hastalara hizmet vermeye başlamasının bunda büyük ölçüde etkili olduğu düşünülmektedir. Yine bulgular ışığında personel, iş yükünün artmasına rağmen ücretlerinde herhangi bir artış olmadığını düşünmektedir. Ayrıca SPDP'nin Asker Hastanelerinin yönetimine de etkisinin az olduğu saptanmıştır. Kamu hastanelerinin örgütlenmesinde Asker Hastanelerinin kapsam dışında tutulması neden olarak gösterilebilir.

Araştırmada; SDP'nin etkilerine yönelik faktörleri, personelin demografik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda ele alınan ilk değişken olarak personelin sağlık hizmeti sunumuna ilişkin değerlendirmelerin görev yaptığı hastane ve görevine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre; B hastanesinde çalışan personelin değerlendirmeleri A ve C hastanesinde çalışan personelden daha yüksektir. Bu durum B Hastanesinin iş yükü ve personel mevcudu oranının optimal dağılımının sağlık hizmeti sunumuna yansımaları ile açıklanabilir. Personelin görevine baktığımızda, hemşirelerin değerlendirmelerinin, sağlık astsubayları ve diğer sağlık personelinin değerlendirmelerinden daha düşük olduğu görülmüştür.

Personelin SDP öncesinde Asker Hastanelerinin altyapısına ilişkin değerlendirmeleri, görevi ve eğitimine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Sağlık astsubayı ve diğer sağlık personelinin değerlendirmeleri doktor ve hemşirelere göre daha yüksektir. Eğitim durumuna göre de Doktora/Tıpta uzmanlık eğitimi almış personelin altyapıya ilişkin değerlendirmeleri en düşüktür. Bu eğitim düzeyindeki personelin hemen hemen hepsi doktor olması ve gerek yönetim gerekse hizmet sunumunda önemli ve etkin rol almaları itibarıyla Asker Hastanelerinin SDP öncesinde gerekli altyapıya sahip olmadığını düşünmeleri önemlidir.

Araştırmaya katılan personelin, SDP sonrasında Asker Hastanelerinin yönetimine ilişkin değerlendirmeleri, görevine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Doktorlar diğer görev gruplarına göre en düşük değerlendirmeyi yapmıştır. Yönetim kademelerinde personelin çoğunluğunun doktor olması bu görüşü daha da anlamlı kılmaktadır. Asker hastanelerinin SDP sonrası örgütlenmesinin bu görüşte etkili olduğu düşünülmektedir.

Personelin, SDP sonrasında Asker Hastanelerindeki sayısal göstergelere ilişkin değerlendirmeleri, görev yaptıkları hastane, görevi, eğitimi, meslekteki çalışma süresi ve hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir. C Hastanesi diğer hastanelere göre farklılaşmıştır ve en düşük değerlendirmeyi C Hastanesi yapmıştır. Göreve göre ise, doktorlar; hemşire ve sağlık astsubaylarıyla farklılaşmış olup en düşük değerlendirmeyi yapmıştır. Eğitime baktığımızda, doktora/tıpta uzmanlık eğitimi almış olan personelin önlisans ve lisans eğitimi almış personelle farklılaştığı ve en düşük değerlendirmeyi yaptığı görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre ise, 20 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip personelin, 1-4 yıl süre aralığında deneyimi olan personelle farklı ve en düşük değerlendirmeye sahip olduğu saptanmıştır. Meslekte kıdemli personelin geçmiş göstergelere kıyasla

yorum yapacağı düşünülduğünde bu görüş önem kazanmaktadır. Hastanedeki çalışma süresine göre de, yine 20 yıl ve üzerinde aynı hastanede çalışan personelin, 1-4 yıl süre aralığında çalışan personelle farklı ve en düşük değerlendirmeye sahip olduğu görülmüştür. Meslekte ve hastanede çalışma tecrübesi az olan personel sayısal göstergeleri diğer personelden daha olumlu değerlendirmiştir. Sayısal göstergelerde en yüksek değerlendirme ayaktan hasta sayısı ve doktor sayısının azaldığı ifadededir. Doktor sayısının azalması, tam gün yasası ile doktorların hem kamuda hemde serbest olarak çalışmasının önüne geçilmesi, ayaktan hasta sayısındaki azalma ise asker ailerinin diğer kamu hastaneleri ve özel hastanelere direk başvurma imkanına kavuşmaları ile açıklanabilir.

Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personelin, personel faktörüne ilişkin değerlendirmeleri, görev yaptıkları hastane ve görevine göre anlamlı farklılık göstermektedir. C hastanesi, diğer hastanelere göre en düşük değerlendirmeyi yapmış ve B hastanesi ile farklılaşmıştır. Göreve göre ise diğer sağlık personeli, diğer görev grupları ile farklılaşmış ve en yüksek değerlendirmeyi yapmıştır. Tam gün yasası kapsamında Asker hastanelerinde çalışan doktorlara verilen sağlık hizmeti tazminatının diğer sağlık personeline verilmemesi, personel arasında farklı görüşlere neden olduğu ve bu durumun personel memnuniyeti açısından da farklı algılandığı söylenebilir.

Personelin genel değerledirmeleri ile demografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. SDP'nin Asker Hastanelerine etkilerine yönelik genel ifadelerin bulunduğu bu faktörde, personelin ortak bir görüşte birleştiğini söyleyebiliriz. Bu ifadelere baktığımızda SDP'nin; Asker Hastanelerindeki sorunların çözümüne katkı sağlamadığı, Asker Hastanelerinde köklü bir etkisinin olmadığı, Asker Hastanelerine bir yarar sağlamadığı, hastalar açısından olumlu etkiler gösterdiği ve yakın gelecekte de Asker Hastanelerine yarar sağlamayacağı personel tarafından değerlendirilmiştir.

Araştırma değişkenleri arasında gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgulara göre tüm faktörlerin birbiriyle farklı düzeyde ve pozitif yönde ilişkilerinin olduğu söylenebilir. Bu durumda SDP'nin etkilerine yönelik faktörlerin bir bütün olarak düşünülmesi gerektiği sonucunu ortaya çıkmaktadır. Değişkenler arası ilişkilerin kuvvetine baktığımızda, en yüksek ilişkinin “personel” ve “sağlık hizmeti sunumu” arasında olduğunu söylemek mümkündür. En düşük ilişki ise, “altyapı” ve “genel değerlendirme” arasındadır.

Değişkenler arasındaki ilişkileri regresyon eşitliği ile açıklama amacıyla yapılan regresyon analizinde, bağımsız değişken olarak altyapı, sağlık hizmeti sunumu ve yönetim; bağımlı değişken olarak ise sayısal göstergeler ve personel değişkenleri ele alınmıştır.

İlk olarak, bağımsız değişkenlerin sayısal göstergeler değişkeni üzerindeki tahmin gücü tespit edilmiştir. Bağımsız değişkenlerden hareketle sayısal göstergeler değişkeninin anlamlı olarak tahmin edilebileceği tespit edilmiştir. Bağımsız değişkenler arasında altyapı önemli bir etkiye sahip değildir. H_{01} yokluk hipotezi reddedilmiştir.

Son olarak da, bağımsız değişkenlerin personel değişkeni üzerindeki tahmin gücü belirlenmiş ve bağımsız değişkenlere göre personel değişkeninin anlamlı olarak tahmin edilebileceği sonucuna varılmıştır. Bağımsız değişkenlerin hepsi personel değişkeni üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu durumda H_{02} yokluk hipotezi reddedilmiştir.

Bağımsız değişkenlerin göreceli önemliliğine baktığımızda, sayısal göstergeler ve personel değişkeni üzerinde en önemli etkiyi sağlık hizmeti sunumunun gösterdiği görülmektedir. Araştırma bulgularına göre: SDP'nin Asker Hastanelerinin sayısal göstergeleri üzerine olumlu etki yapabilmesinin, sağlık hizmeti sunumu ve yönetiminde gerçekleşecek niteliksel artışlara bağlı olduğunu; Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personeline olabilecek etkilerin ise sağlık hizmeti sunumu, altyapı ve yönetimine bağlı olduğu söylenebiliriz.

SDP ile Asker hastanelerinin dolaylı veya direk olarak bir takım etkilere maruz kaldığı gerekçesiyle bu araştırma yapılmıştır. Bu araştırma ile bu etkilerin neler olduğu ortaya konulmaya çalışılmış ve ileride gerçekleşecek uygulamalar açısından yol gösterici olunması ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır. Araştırma bulgularına göre araştırmanın amacına ulaşıldığını söylenebiliriz. SDP ile Asker Hastanelerinin etkilendiği faktörler ortaya çıkarılmıştır ve bu etkinin düzeyi saptanmaya çalışılmıştır.

Sonuçlardan yola çıkarak veri toplama sürecinde personelin dile getirdiği eleştirilerde göz önünde tutulduğunda aşağıdaki önerileri yapabiliriz.

Asker hastanelerinin, diğer kamu hastaneleriyle rekabet edebilmek ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi için altyapı durumunun analiz edilmesi, özellikle teknolojik ve fiziksel altyapılarının SDP çerçevesindeki uygulamalara olanak verecek şekilde yeniden yapılanması önerilmektedir. Asker Hastanesi sayısının

sayısal olarak fazla olmasından ziyade, nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya olanak verecek altyapıya sahip modern hastanelerin olması daha önem arz etmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayıldığı ve sağlık hizmetine ulaşımın kolaylaştığı bu dönemde, Asker Hastanelerinin ülke genelinde geniş bir coğrafyada faaliyet göstermesinin gerekliliği ve ülkemiz sağlık sistemi içindeki rolü iyi analiz edilmelidir.

SDP ile Sağlık Bakanlığının, planlama ve politika belirleme görevine istinaden ulusal sağlık sistemine yön veren kurum olarak, belirlediği hizmet standartlarının Asker Hastanelerince tam olarak uygulanması yönünde irade gösterilmesi, hem ülkemiz sağlık sistemine katkı sağlayacak, hem de Asker Hastanelerinin verimliliğini artırarak sistem içinde daha sağlam bir noktaya getirecektir. Belirli aralıklarla çalışan memnuniyet anketiyle birlikte, hasta memnuniyet anketleri de düzenlenmeli, anket sonuçları ile sağlık hizmetlerinin eksik ve aksayan yönleri belirlenmeli ve bu doğrultuda iyileştirici uygulamalar yapılmalıdır.

SDP'nin öngördüğü piyasa ekonomisi temelinde ve yeni bir sağlık sisteminin oluşması sürecinde, diğer kamu hastaneleriyle birlikte asker hastaneleri de, bu sisteme entegrasyon için gerekli yasal ve idari mevzuatlarla uygun koşulları sağlamalı, ulusal sağlık sisteminin temel amacıyla ortak bir paydada hareket ederek, askeri sağlık hizmetlerinin sosyal ve diğer boyutları da değerlendirilip sistem içindeki rolünü almalıdır. Bu husus asker hastanelerinin geleceğini de şekillendirme noktasında hayati önem arz etmektedir. Aksi halde yeni sağlık sistemine uyum sağlamada yeterli iradeyi gösteremeyen ve bir vizyon geliştiremeyen Asker Hastanelerinin varlık sebepleri tartışma konusu haline gelecektir.

Hizmet sektörlerinde insan faktörü en önemli unsurdur. Sağlık personelinin, sağlık hizmetinin kalitesine direk etkisi düşünüldüğünde, eğitilmiş, gelişen tıp ve teknolojiyle kendini sürekli geliştiren, mesleki özgüveni ve becerisi yüksek sağlık personeli yetiştirilmesi önemlidir. Sağlık personelinin mesleki bilgi ve becerilerini yenilemesine yönelik imkanların sağlanması ve personelin bu yönde teşvik edilmesi gerekmektedir.

Araştırmada, SDP'nin Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personelinin memnuniyetine pek olumlu katkı sağlamadığı sonucu çıkmıştır. Bunda, diğer kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinin hastane döner sermayesinden performansı ölçüsünde gelir elde ederken, Asker Hastanelerinde çalışan sağlık personelinin bu geliri elde edememesi ve sadece doktorlara belli oranda tazminat verilmesinin etkili

olduğu düşünölmektedir. Tam gün yasasıyla hızlanan doktor sayısındaki azalmanın nedenleri iyi analiz edilmeli, Asker Hastanelerinde sağlık hizmeti, bütöncöl bir yaklaşımla değerendirilmeli ve sağlık personelinin memnuniyetinin artırılmasına yönelik gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

SDP uygulamalarının, Asker Hastanelerinde etkili ve verimli olarak yürütölmesinin sonucu olarak, bazı sayısal göstergelerde olumlu artışlar olması beklenmelidir. Araştırma bulgularına baktığımızda hastanelerin performans ölçütü olarakta kabul edebileceğimiz sayısal bazı göstergelerde önemli artışların olmaması, Asker Hastanelerinde bu programın etkili ve verimli bir şekilde yürütölmediğini göstermektedir. Diğer kamu hastanelerine bakıldığında döner sermaye temelinde bir finans yönetiminin hastane performansına nicel olarak büyük katkı sağladığı görölmektedir. Asker hastanelerinin ise ağırlıklı olarak genel bütçe imkanlarını mali kaynak olarak kullanması, hem sağlık sisteminin finansmanında çelişkiler yaratmakta hemde Asker Hastanelerini verimli kaynak kullanımından uzaklaştırmaktadır. Fakat dikkat edilemesi gereken husus nicel olarak performansı artırırken hizmetin nitelik olarak azalmamasıdır.

Asker Hastanelerinin örgütlenmesinde, bir takım değeriklikler yapılmış olsada profesyonel hastane yöneticileri, hastane yönetimde yeteri kadar söz sahibi değerildir. Sadece tıp eğitimi almış baştabiplerce yönetilmeye halen devam edilmektedir. Asker hastaneleride artık profesyonel yöneticilerle yönetilmeli ve bu kapsamda yönetici kademelerindeki her personelde bu yönde liyakat kriterleri aranmalıdır. Araştırma bulgularından yönetimle ilgili hususlar bu konudaki gerekliliği desteklemektedir.

KAYNAKÇA

- Acartürk, E., Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17 (3), 25-51.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013). RG: 25/01/2013 tarih ve Sayı: 28539.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 10. Yılı. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdur, R. (1999). Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları. *Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilanço 1923-1998 Ulusal Toplantısı* , 47-60.
- Akman, M. (2012). Değişen Dünyada Biyoetik. *Türkiye Biyoetik Derneği*. İstanbul.
- Aksaoğlu, G., Giray, H. (2007). Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm. *Memleket Mevzuat* , 2 (21-22), 3-12.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi* , 2, 24-153.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi* (64), 33-58.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi* , 41 (3), 69-184.

- Bağırhan, T. (2007). Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim. (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Bahar, A., Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (4), 32-39.
- Barca, M., Akdeve, E., Balay, İ. G. (2013). Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5 (3), 64-92.
- Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun. (2005). Kanun No:5283 RG: 19/1/2005 Sayı : 25705(Mük.).
- Birinci, Ş. (2013, Kasım 5). *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*. Erişim tarihi: 04 Şubat 2014, <http://www.sdplatform.com/Dergi/731/Saglikta-yeni-bir-donem-Kamu-Hastaneleri-Birligi.aspx>
- Bostan, S. (2009). Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi). (Doktora tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Bostan, S., Kılıç, T., Acuner T. (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastaneler Üzerindeki Değişim Etkisi: Hastane Yöneticilerinin Görüşleri. *TİSK Akademi*, 7 (14), 108.
- Brinci, Ş. (2013). Sağlıkta yeni bir dönem: Kamu Hastaneleri Birliği. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* (28), 18-23.
- Brockington, F. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu Hakkında Rapor, 24 Ağustos – 30 Kasım 1969, *WHO Regional Office for Europe*, Turkey 0500, s.3'ten aktaran Dirican, M. R. (1970). Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesine Genel Bakış. *The Eurasian Journal Of Medicine* (2), 25-41.
- Büyüköztürk, Ş. (2013). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (Genişletilmiş 18. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Çelikay, F., Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 55-92.

- Çinal, A. (2011). *Hastane ve Hizmet Kalite Standartları*. Sağlık Bakanlığı: http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011/hastane_hks/hkskitap.pdf adresinden alınmıştır
- Çolak, H. E., İnan, H. (2011, Nisan). *Türkiye İçin Konumsal Veri Tabanlı Sağlık Bilgi Sistemi Önerisi*. TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 13. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı. Ankara.
- Dirican, M. R. (1970). Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesine Genel Bakış. *The Eurasian Journal Of Medicine* (2), 25-41.
- Düzkaya, G. (2010, Eylül). *Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Tıp Eğitimine Yansımaları*. Karaburun Bilim Kongresi. İzmir.
- Elbek, O., Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* , 12 (1), 33-43.
- Ener, M., Demircan, E. (2008). Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi* , 3 (1), 57-82.
- Enginyurt, Ö., Öngel, K. (2011). Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *Smyrna Tıp Dergisi* , 45-48.
- Erençin, A., Yolcu, V. (2008). Türkiyede Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi* , 3 (6), 124.
- Ersöz, D. (2010). Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı. (Yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- Etiler, N. (2011). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri. *TBB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* , 2-11.
- Görgün, H. (2009). Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri. (Yüksek lisans tezi). Çanakkale 18 Mart Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.

- Gül, S. S., Ergün, A. D. (2010, Kasım). *Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği:Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar*. II.Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu. Denizli.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları* , 1 (60), 323–365.
- Gürsoy, Ş. T., Aksu, F. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri. *Amme İdaresi Dergisi* , 40 (3), 63-77.
- Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi* , 45 (3), 29-57.
- Hazman, G. G., Küçükilhan, M. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Yatırım Harcamalarının Hastane Hizmetlerine ve Hizmet Kalitesine Etkisi: Ampirik Bir Çalışma. *NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 2, 138-153.
- Hürriyet (2013). SGK, özel sigorta ile tamamlanacak. Erişim tarihi: 29 Ocak 2014, <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/25088402.asp>
- İnce, T. (2012). Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar. (Yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Karabulut, K. (2001). Sağlık Sektöründe Özelleştirme. *İktisadi ve idari Bilimler Dergisi* , 15 (1-2), 31-39.
- Karabulut, U. (2007). Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı Ve Hizmetleri (1925-1937). *ÇTTAD* (15), 151-160.
- Karagölge, C., Peker, K. (2002). Tarım Ekonomisi Araştırmalarında Tabakalı Örneklemeye Yönteminin Kullanılması. *Atatürk Üniv. Ziraat Fak. Derg.* , 33 (3), 313-316.
- Kart, E. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum* (3), 103-140.

- Kartal, F. (2009). Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye'de Sağlık Politikalarında Dönüşüm. *Amme idaresi Dergisi* , 42 (2), 23-43.
- Kayri, M. (2009). Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* , 19 (1), 51-64.
- Koçak, O., Tiryaki, D. (2011). Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği. *Istanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (19), 51-84.
- Kurt, A. Ö., Şaşmaz, T. (2012). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. *Lokman Hekim Journal* , 2 (1), 21-30.
- Limnili, G., Özçakar, N. (2013). Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Özellikleri. *Türk Aile Hek Derg* , 17 (1), 13-17.
- OECD. (2008). *Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*.
- Önder, B. (2013). Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi* (1), 1-21.
- Övgün, B., Küçük, A. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları. *Amme İdaresi Dergisi* , 46 (1), 57-80.
- Özen, Y., Gül, A. (2007). Sosyal ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren-Örneklem Sorunu. *KKEFD/ JOKKEF* , 394-422.
- Özer, Ö., Şantaş, F. (2012). *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 3 (2), 96-103.
- Özsarı, S. H., Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* , 24 (2), 136-144.

Öztürk, O. (2008). Ne Kadar Para O Kadar G\$\$\$. *Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı* , 8-9.

Öztürk, M., Bayat, M. (2011). Uluslararası Turizm Hareketlerinde Sağlık Turizminin Rolü ve Kalite Çalışmalarının Önemi Bir Literatür Çalışması. *KSÜ İİBF Dergisi* , 1 (2), 135-155.

Pala, K. (2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu*. Erişim tarihi: 15 Şubat 2014, <http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi/5-%20Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC/Aile%20Hekiml%C4%9Fi/Kaynak/Makaleler/T%C3%BCrkiye%20%C4%B0cin%20Nasıl%20Bir%20Sağlık%20Reformu.pdf>

Sabah (2013). 2017' de 15 şehir hastanesi. Erişim tarihi: 22 Ocak 2014, <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2013/10/22/2017de-15-sehir-hastanesi>

Sabuktay, A. (2008). Yönetimsellik ve Biyosiyaset Kavramları Açısından 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. *Amme İdaresi Dergisi* , 41 (2), 81-100.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987) Kanun Numarası: 3359 Resmi Gazete Tarih: 15.5.1987; Sayı: 19461.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm. (2003, Aralık). Ankara.

Sağlık Bakanlığı Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi. (2004). (Sayı : 117).

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. (2005). (Sayı: 3077).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge. (2007).

Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. (2010).

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (2011) Karar Sayısı:663 RG: 2/11/2011- Sayı : 28103 (Mükerrer).

- Sağlık Bakanlığı *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. (2012). Erişim tarihi: 17 Mart 2014, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Sağlık Turizmi 2012 faaliyet Raporu*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2014). Kanun No. 6514 Tarihi: 02/01/2014 N RG:18/01/2014 - 28886.
- Sağlık Bakanlığı *Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü*. Erişim tarihi: 27 Ocak 2014, <http://www.e-saglik.gov.tr/SaglikNet/SaglikNetHakkinda.aspx>
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*. Erişim tarihi: 27 Ocak 2014, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1082>
- Sönmez, M. O., Sevindik, F. (2013). Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak. *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 12 (1), 43-48.
- Soyer, A. (2003). *1980'den Günümüze sağlık Politikaları*. Erişim tarihi 14 Ocak 2014, <http://www.praksis.org/wp-content/uploads/2011/07/009-11.pdf>
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? *DEUHYO ED* , 2 (4), 179-182.
- Soyer, A. (2011). Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları. *TTB Mesleki sağlık ve Güvenlik Dergisi* (42), 12.
- Sülkü, S. N. (2011, Kasım). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. *Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414* .
- Tamer, İ. (2012). Sağlıkta dönüşüm programı: Sağlık piyasalaşırken hekimler işçileşiyor. *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları* (13-15). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Tatar, M. (1993). Türk Sağlık Sisteminde Yeni Yapılanma Modeline Teorik Bir Bakış. *Amme İdaresi Dergisi* , 26 (4), 138-151.
- Terzi, C. (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Piyasalaşırken Hekimler İşçileşiyor. *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları* (30-41). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Topaca, E., Ekici, B. (2007). Sağlık Sisteminde Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmetlerinin İl Özel İdareleri ve Belediyeler Tarafından Sunulması. *Çağdaş Yerel Yönetimler* , 16 (3), 49-69.
- Torgay, A. (2010, Temmuz). Sağlık Reformlarının Eğitim Hastanelerinin Performansına Etkileri. (Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TTB. (2005, Nisan). *Genel Sağlık Sigortası, Türk Tabipler Birliği Görüşleri* , 2. Baskı. Ankara: TTB Yayınları.
- TTB. (2007). *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım*. Ankara: TTB Yayınları.
- TTB. (2012). *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı*. Ankara: TTB Yayınları.
- TÜİK. (2012a). İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim tarihi : 18 Mart 2014
http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265
- TÜİK. (2012b). Sağlık Harcama İstatistikleri. Erişim tarihi : 17 Mart 2014
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden alındı.
- TÜİK. (2013). Yaşa göre nüfus istatistikleri. Erişim tarihi : 17 Mart 2014
<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- Türk Sağlık-Sen. (2007). *Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarı Hakkında Rapor*. Erişim tarihi: 30 Ocak 2014. <http://www.turksaglikksen.org.tr/haberler/genel-haberler/4444-kamu-hastane-bllerkkanun-tasari-hakkinda-rapor.html>

- Türkiye Bülteni (2003). Recep Akdağ'la Sağlıkta Dönüşüm Söyleşi.
<http://www.turkiyebulteni.net/05/22.htm> (Ulaşım Tarihi 26 Haziran 2008)'ten aktaran Elbek, O., Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* , 12 (1), 33-43.
- Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2010). Kanun No. 5947. Tarih : 21/1/2010. RG:30/01/2010-27478.
- Ünal, A., Demirel, G. (2011). Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma. *Electronic Journal of Vocational Colleges* , 106-115.
- Yanmaz, M. (2010). Küreselleşme Sürecinde Türkiye'de Son Dönem Sağlık Politikaları. (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yeginboy, Y., Sayın, K. (2008). Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları. 2. *Ulusal İktisat Kongresi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi IIBF İktisat Bölümü.
- Yılmaz, B. N. (2008). Aile Hekimliği; Sağlıkta Geriye Gidişin Öyküsü. *Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı* , 4-5.
- Zincir, M. (2006). Sağlıkta Dönüşüm: Sağlıkta Deformasyon. *Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı*. İzmir: TTB.

EKLER

1. Ek A- Anket Formu

Ek A- Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bildiğiniz gibi, 2003 yılında başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile 10 yıldır ülkemizde sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Söz konusu program ile sağlık hizmetlerindeki sorunların çözümü, iyileştirilmesi ve standartlarının yükseltilmesi hedeflenmektedir.

Bu programın sonlarına geldiğimiz bu günlerde yapılan uygulamaların önemli bir kısmının ülkemizdeki kamu hastanelerini etkilediği, hastanelerin yönetimlerini, mali durumlarını, çalışanlarını ve sağlık hizmeti sunum süreçlerini değiştirdiğini görmekteyiz. Asker Hastanelerinde bu program kapsamındaki uygulamalardan doğrudan veya dolaylı olarak bir takım etkilere maruz kaldığını varsaymaktayız.

Bu anket formu, Bu dönüşüm programı ile son 10 yılda sağlık hizmetlerinde gerçekleşen değişimlerin Asker Hastanelerine etkisinin değerlendirilmesi için, Y.Lisans Tezi kapsamında yapılan bilimsel bir araştırmaya veri temin edebilmek amacıyla hazırlanmıştır.

Sizin görüş ve değerlendirmelerinizin Asker Hastanelerinin geleceğine hizmet edeceği bilincindeyiz. Bu nedenle, verilecek her yanıt bizler için büyük önem taşımaktadır. Bu anket çalışması için verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak, elde edilecek veriler bu araştırma dışında başka bir yerde veya başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Kıymetli vaktinizi ayırıp anketi samimiyetle yanıtladığınız ve verdiğiniz değerli katkılarınız için çok teşekkür ederim,

Erhan BIYIK
THK Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

BİRİNCİ BÖLÜM : DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Size uygun olanı (■) işaretleyiniz.

1. Görev yaptığınız hastane

GATA

Etimesgut Asker Hastanesi

Ankara Mevki Asker Hastanesi

Beytepe Asker Hastanesi

2. Göreviniz : Doktor

Hemşire

Sağlık Astsb

Diğer Sağlık Personeli

3. Cinsiyetiniz : Erkek Kadın

4. Yaşınız :

5. Eğitiminiz :

Lise

Önlisans

Lisans,

Yüksek Lisans,

Doktora/Tıpta
uzmanlık ve üstü

6. Meslekteki çalışma süreniz : yıl

7. Hastanedeki çalışma süreniz : yıl

İKİNCİ BÖLÜM : SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ ETKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programının Asker Hastanelerine etkilerine ilişkin değerlendirmelere yer verilmektedir. Değerlendirmeler için beş dereceli seçenek oluşturulmuştur. Lütfen verilen ifadelere ne oranda katılıp katılmadığınızı belirtmek için size göre en uygun dereceyi daire (O) içine alınız.

1. Hiç katılmıyorum
2. Az katılıyorum
3. Kararsızım
4. Katılıyorum
5. Kesinlikle katılıyorum

İFADELER	Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Sivil hastaların Asker Hastanelerine doğrudan başvurabilmeleri iyi oldu.	1	2	3	4	5
2. Askeri personel ve ailelerinin kamu ve özel hastanelere doğrudan gidebilmeleri iyi oldu.	1	2	3	4	5
3. Hastaların hekim seçme hakkı iyi olmadı.	1	2	3	4	5
4. Asker Hastanelerinde çalışan hekimlerin özel muayenehanelerini kapatmalarının teşvik edilmesi iyi oldu.	1	2	3	4	5
5. Asker hastanelerinde çalışan hekimlerin askeri sağlık hizmeti sunumunun kaliteli hale gelmesi bakımından sağlık hizmeti tazminatı alması iyi oldu.	1	2	3	4	5
6. Asker Hastanelerinde otomasyon sistemlerinin kullanılmaya başlanması iyi olmadı.	1	2	3	4	5
7. Asker Hastanelerinde hastaların şikâyetlerini almak için hasta hakları birimlerinin kurulması iyi oldu.	1	2	3	4	5
8. Asker Hastanelerine, ihtiyaç duyulması halinde Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden, sağlık personeli görevlendirilmesi iyi oldu.	1	2	3	4	5

İFADELER	Hiç katılmıyorum	Az katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
9. Kamu sağlık sigortalarının Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesi altında toplanması iyi olmadı.	1	2	3	4	5
10. Tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesi iyi oldu.	1	2	3	4	5
11. Randevu sisteminin Asker Hastanelerinde de uygulanması iyi oldu.	1	2	3	4	5
12. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara Asker Hastanelerinin de uymak durumunda olmaları iyi olmadı.	1	2	3	4	5
13. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde, Asker Hastanelerinin köklü bir değişime ihtiyacı vardı.	1	2	3	4	5
14. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Asker hastaneleri, yönetsel, mali ve sağlık hizmeti sunumu açılarından yeterli düzeydeydi.	1	2	3	4	5
15. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken teknolojik imkanlar yeterliydi.	1	2	3	4	5
16. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken eğitimli personel yetersizdi.	1	2	3	4	5
17. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları için gereken ekonomik imkanlar yeterliydi.	1	2	3	4	5

İFADELER	Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
18. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin yönetsel organizasyonu olumsuz yönde değişti.	1	2	3	4	5
19. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin personel yapısı olumlu yönde değişti.	1	2	3	4	5
20. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin sağlık hizmeti sunum anlayışı olumlu yönde değişti.	1	2	3	4	5
21. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin verimliliği olumsuz yönde değişti.	1	2	3	4	5
22. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla Asker Hastanelerinin toplumdaki saygınlığı olumlu yönde değişti.	1	2	3	4	5
23. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla sağlık çalışanı memnuniyeti olumlu yönde değişti.	1	2	3	4	5
24. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla hasta memnuniyeti olumsuz yönde değişti.	1	2	3	4	5

İFADELER	Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
25. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin hekim sayısı azaldı.	1	2	3	4	5
26. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin personel sayısı arttı.	1	2	3	4	5
27. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin yatan hasta sayısı arttı.	1	2	3	4	5
28. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin ayaktan hasta sayısı azaldı.	1	2	3	4	5
29. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Asker Hastanelerinin döner sermaye gelirleri arttı.	1	2	3	4	5
30. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin iş yükünü azalttı.	1	2	3	4	5
31. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin ücretlerini artırdı.	1	2	3	4	5
32. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki özgüvenini azalttı.	1	2	3	4	5
33. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki geleceğine yönelik beklentilerini artırdı.	1	2	3	4	5

İFADELER	Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
34. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki saygınlığını artırdı.	1	2	3	4	5
35. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaları, Asker Hastanelerindeki sağlık personelinin mesleki bilgi ve becerilerini yenileme ihtiyacını artırdı.	1	2	3	4	5
36. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Asker Hastanelerindeki sorunları çözdü.	1	2	3	4	5
37. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının Asker Hastanelerinde köklü etkiler yarattı.	1	2	3	4	5
38. Sağlıkta Dönüşüm Programı Asker Hastanelerine yarar sağlamadı.	1	2	3	4	5
39. Sağlıkta Dönüşüm Programı en fazla hastalara yarar sağladı.	1	2	3	4	5
40. Sağlıkta Dönüşüm kapsamındaki uygulamalar, yakın gelecekte de Asker Hastanelerine yarar sağlamayacak.	1	2	3	4	5

Anketimiz sona ermiştir. katkılarınız için teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER :

Adı Soyadı : Erhan BIYIK
Uyruğu : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Kırıkkale / 1980
Medeni Hali : Evli
E-Posta Adresi : erhanbiyik@hotmail.com
İletişim (Telefon) : 505 907 95 84

EĞİTİM :

Lise : GATA Sağlık Astsubay Hazırlama ve Sınıf Okulu
(1993-1997)
Lisans : Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu
Yönetimi Bölümü (2001-2005)
Yüksek Lisans : THK Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme
Yüksek Lisans (2012-2014)

MESLEKİ DENEYİM :

1. 1998 - 2005 1. Mknz.P.Tüm.K.lığı Ankara (Revir İdari İşler)
2. 2005 - 2006 6. Hudut Tabur K.lığı Artvin (Revir İdari İşler)
3. 2007 - 2009 Ardahan Asker Hastanesi (Lab.Tek.)
4. 2009 - Ankara Mevki Asker Hastanesi (Lab. Tek)

KATILDIĞI EĞİTİM VE KURSLAR :

1. Sağlık Astsb Staj Eğitimi (1997-1998)
2. Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Eğitimi (2002)
3. Mikrobiyoloji Laboratuvarı Teknisyen Astsb. Kursu (2006-2007)
4. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kursu (2008)
5. Mikrobiyoloji Tekamül Eğitimi (2010)
6. Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Kursu (2010)

YABANCI DİL :

İngilizce