

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SALIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SALIK YÖNETİM ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BALIKESİR İL MERKEZİNDEKİ KAMU DEVLET
HASTANESİNDE ÇALIYAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNE BAĞLI

ERDOĞAN MİRMEKE

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. GÜLHAN

STANBUL, 2016

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SALIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SALIK YÖNETİM ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BALIKESİR İL MERKEZİNDEKİ K DEVLET
HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNE BAKIŞI

ERDOĞAN MİRMEK

122009177

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. GÜLHAN

STANBUL, 2016

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Erdoğan Şimşek Öğrenci No : 122009510
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 23.06.2016
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan Tez Savunma Saati : 11.30

Tez Konusu : "Balıkesir İl Merkezindeki İki Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Kamu Hastaneleri Birliğine Bakışı"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sorunda adayın tezinin KABULLU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

| JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|------------------------------------|--|---|
| Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan | Kabul |  |
| Prof. Dr. Haydar Sur (Üsküdar Ün.) | Kabul |  |
| Yrd. Doç. Dr. Ömur Yazar | Kabul |  |

| YEDEK JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|--|--|------|
| Yrd. Doç. Dr. Melek Astar (Fatih Sultan Mehmet Ün.) | | |
| | | |

ÖZET

Bu çalı ma, Balıkesir 1 Merkezindeki iki devlet hastanesinde çalı an sa lık personellerinin 02.11.2012 tarihinde tüm Türkiye’de uygulamaya geçen Kamu Hastaneleri Birli i Sistemine bakı nını ve bu sistem ile ilgili dü üncelerini ö renmek için gerçekleştirilmiştir.

Ara tırma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir. Ara tırmanın evreni, Kasım 2013 tarihinde Balıkesir 1 merkezindeki iki devlet hastanesinde (Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi ve Balıkesir Devlet Hastanesi) çalı an 262 Doktor, 541 Hem ire, 345 Ebe, 82 Sa lık Memuru, 251 Di er Sa lık Personeli (Tıbbi Sekreter, Röntgen Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, vb.) olmak üzere 1481 ki iden veri toplanmıştır.

Çalı manın verileri, katılımcıların tanıtıcı ve mesleki özelliklerini içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır; ya , cinsiyet, mesleki görüşler, eğitim durumu, çalış tıkları birim, medeni durumu gibi soruları içeren birinci bölümden (Ek-1) ve toplam 17 sorudan oluşan Kamu Hastaneleri Birli ine ili kin bazı ifadelerin ve Kamu Hastaneleri Birli ine ili kin 5’li Likert tipi (Kesinlikle Dü ünüyorum, Dü ünüyorum, Kararsızım, Dü ünmüyorum ve Kesinlikle Dü ünmüyorum) ifadelerin yer aldığı ikinci bölümden oluşan (Ek-2) bir anket formu ile toplanmıştır.

Bu çalı mamızda sa lık çalı anları Kamu Hastaneleri Birli i Sistemi ile, hastanelerin özelle tirilece ini, Özel Hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelinin i ten çıkarılabilece ini, sa lık personelinin sözleşmeli olacağını, Hastanelerin Ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin Tıbbi Hizmetlerde hizmetin aksamasına sebep olacağını dü ünmektedirler ama tüm bunlara rağmen devletin ekonomik açıdan kazanç sağladığını ve Kamu Hastaneleri Birli i Sisteminin gerekli olduğunu da dü ünmektedirler.

Bu çalı manın bulgularına göre sa lık çalı anları, Kamu Hastaneleri Birli i Sistemini özelle tirmenin ilk adımı olarak görüp benimsemeseler de bu tarz bir sistemin olması gerektiğini dü ünmektedirler.

Anahtar kelimeler: Sa lık Personeli, Kamu Hastaneleri Birli i, Devlet Hastanesi

ABSTRACT

(OVERLOOK OF MEDICAL PERSONNEL WORKING IN TWO STATE HOSPITALS IN BALIKESIR TO THE PUBLIC HOSPITALS UNION)

This study is conducted to identify thoughts of medical personnel in two state hospitals (Balıkesir State Hospital, Atatürk State Hospital), which are in the city centre, about the Public Hospitals Union System applied nationwide in Turkey, on 11.02. 2012.

The study has a descriptive and a summative feature. The scope of the study is among 262 doctors, 541 nurses, 345 midwives, 82 health officers and 251 other health officials (medical secretaries, rontgen technicians, anesthesia technicians) in two state hospitals (Atatürk State Hospital, Balıkesir State Hospital) in November 2013, totally 1481 participants.

The data have been gathered by the first part that includes introductory and occupational features and it consists of 13 questions asking for their age, gender, occupational views, education, unit of service, marital status; and the by the second part which has a questionnaire form of 5 Points Likert Scale (strongly agree, agree, hesitant, disagree, strongly disagree) about the Public Hospitals Union.

According to this study, health personnel are in the opinion that with the Public Hospitals Union System, hospitals are to be privatised, will perform as private hospitals to lay off its own personnel, will work with contracted personnel, and have the possibility of managing hospitals by contracted directors instead of chief physicians and thus disabling services conducted by Medical Services, but they also think that this practice is profitable for the government and the Public Hospitals Union System is necessary.

The finding of this study has shown that even though health officials do not embrace the Public Hospitals Union System as they think it is the first step of privatization, they, on the other hand, believe this kind of system is necessary.

Key Words: Health Personnel, the Public Hospitals Union, State Hospital

ÖNSÖZ

Geçmişten günümüze ülkemizin sağlık politikalarında farklı yönelimler ve sürekli bir değişim olmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında Sağlık Bakanlığı politikaları oluşturma, planlama, örgütlenme, denetim ile koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verme hastanecilik işletmelerini yerel yönetimlere bırakmıştır. Daha sonraki zaman diliminde ise sağlık hizmetleri tamamen merkezileşmiştir.

Sağlık Bakanlığı teklif yapıldığı 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile değiştirilmiştir ve Devlet Hastaneleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu adında yeni bir kurum kurularak bu kuruma devredilmiştir. Bazı kişilerce göre özelleştirme, bazılarında göre ise özerkleştirme olan bu durum, sistemde yeni bir hastane işletmecisinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu işletmeci; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve onun yerel idare birimi olan Kamu Hastane Birlikleridir. Bu çalışmaları ile ülkemiz sağlık sektörüne yeni katılan bu işletmelerin kurumsallaştırma çalışmalarını ve kurumsallaştırma uygulamalarını incelemek, yapılanmalarına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerinden benden esirgemeyen, eğitimime büyük katkı sağlayan Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyelerine ve tezimin yapılandırılması sürecinde desteğinden benden esirgemeyen çok değerli Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. GÜLHAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Beni her zaman destek eden; varlıklarını sevgilerini ve desteklerini her zaman yanımda hissettim, sevgili annem Firdevs MEMEK'e, ve oğlum Ömer Faruk MEMEK'e, tez çalışmam sırasında bana destek olan emeği geçen bütün arkadaşlarıma ve dostlarıma sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Kıymetli zamanlarını ayırarak araştırmama katkıda bulunan tüm sağlık çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi ve Saygılarımla...

BEYAN

Bu çalı manın, kendi tez çalı mam oldu unu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde etti imi, daha önceden üretilmi olan ve yararlandı ım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandı ımı ve kaynak gösterdi imi beyan ederim.

Erdo an M EK



Ç NDEK LER:

| | <u>SAYFA NO</u> |
|---|-----------------|
| TEZ ONAYI | iv |
| ÖZET | v |
| ABSTRACT | vi |
| ÖNSÖZ | vii |
| BEYAN | viii |
| Ç NDEK LER | ix |
| TABLO L STES | xii |
| EK L L STES | xiv |
| 1. G R | 1 |
| 2. GENEL B LG LER | 2 |
| 2.1. SA LIK SEKTÖRÜ | 2 |
| 2.2. SA LIK H ZMETLER | 3 |
| 2.2.1.Sa lık Hizmetlerinin Tanımı | 3 |
| 2.2.2.Sa lık Hizmetlerinin Yapısı | 4 |
| 2.2.3.Sa lık Hizmetlerinin Kullanımı | 5 |
| 2.2.3.1.Birinci Basamak Sa lık Hizmetleri | 6 |
| 2.2.3.2. kinci Basamak Sa lık Hizmetleri | 6 |
| 2.2.3.3.Üçüncü Basamak Sa lık Hizmetleri | 6 |
| 2.3.TÜRK YE' DE SA LIK S STEM N N GEL M | 7 |
| 2.3.1. Kurulu Yılları Ve Dr. Refik Saydam Dönemi | 7 |
| 2.3.2. 1938 Sonrası Ve Dr. Behçet Uz Dönemi | 9 |
| 2.3.3. 1950-1960 Dönemi | 9 |
| 2.3.4. 1960- 1980 Dönemi | 10 |
| 2.3.5. 1980– 2003 Dönemi | 12 |
| 2.3.6. 2003 Türkiye Sa lıkta Dönü üm Programı | 13 |
| 2.3.6.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sa lık Bakanlı ı | 16 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.6.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası | 17 |
| 2.3.6.3. Yaygın, Erişimi Kolay Ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi..... | 17 |
| 2.3.6.4. Bilgi Ve Beceri ile Donanımı , Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü..... | 19 |
| 2.3.6.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim Ve Bilim Kurumları | 20 |
| 2.3.6.6. Nitelikli Ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite Ve Akreditasyon..... | 20 |
| 2.3.6.7. Akılcı İlaç Ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma | 21 |
| 2.3.6.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi | 22 |
| 2.4. TÜRK YE'DE KAMU HASTANELER | 23 |
| 2.4.1.Kamu Hastaneleri Kurumu | 23 |
| 2.4.1.1. Kamu Hastaneleri Birliği | 24 |
| 2.4.1.2. Kamu Hastane Birliklerinin Organizasyonu | 27 |
| a) Genel Sekreterlik | 27 |
| b) Hastane Yönetimi | 28 |
| 2.5. DÜNYA ÜLKELER NDE KAMU HASTANELER | 29 |
| 2.5.1. ABD | 29 |
| 2.5.2. İtalya | 30 |
| 2.5.3. İngiltere | 30 |
| 2.5.4. Almanya | 31 |
| 2.5.5. Rusya Federasyonu | 32 |
| 2.5.6. Malezya | 33 |
| 2.5.7. İsveç | 34 |
| 2.5.8. Kanada | 34 |
| 2.5.9. İrlanda | 35 |
| 2.5.10. İsrail | 35 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 37 |
| 3.1. ÇALIŞMA KONUSU VE KAPSAMI | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2. ÇALI MANIN AMACI | 37 |
| 3.3. ÇALI MANIN ÖNEM | 37 |
| 3.4. ARA TIRMANIN YÖNTEM | 38 |
| 3.4.1.Ara tırmanın Modeli | 38 |
| 3.4.2.Ara tırmanın Evreni Ve Örneklemi | 38 |
| 3.4.2.1. Evren | 38 |
| 3.4.2.2. Örneklem | 38 |
| 3.4.3. Veri Toplama Araçları | 40 |
| 3.4.4. Veri Toplama Yöntemi | 42 |
| 3.4.5.Verilerin istatistiksel Analizi | 42 |
| 4. BULGULAR | 44 |
| 5. TARTI MA | 77 |
| 6. SONUÇ VE ÖNER LER | 88 |
| KAYNAKLAR | 90 |
| EKLER | 95 |

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Balıkesir Devlet Hastanesindeki Sağlık Personellerinin da ılımı | 38 |
| Tablo 2. Balıkesir Devlet Hastanesinde anket yapılan kişilerin da ılımı | 39 |
| Tablo 3. Atatürk Devlet Hastanesindeki Sağlık Personellerinin da ılımı | 39 |
| Tablo 4. Atatürk Devlet Hastanesinde anket yapılan kişilerin da ılımı | 39 |
| Tablo 5. Balıkesir Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesinde anket yapılan toplam kişilerin da ılımı | 39 |
| Tablo 6. Sorulara Ait Cronbach's Alpha Güvenilirlik Katsayıları | 40 |
| Tablo 7. Ara tırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre da ılımı | 44 |
| Tablo 8. Ara tırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre da ılımı | 45 |
| Tablo 9. Ara tırma grubunun KHB hakkında dü üncelerinin da ılımı | 46 |
| Tablo 10. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Türkiye'nin sağlık alanında küresel de i şime ayak uyduran de il küresel de i şime öncülük eden ÷ lke olma durumu | 47 |
| Tablo 11. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı nı dü ünme durumu | 49 |
| Tablo 12. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sağlık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı na sebep olma durumu | 51 |
| Tablo 13. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı nı dü ünme olma durumu | 52 |
| Tablo 14. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandı nı dü ünme olma durumu | 54 |
| Tablo 15. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastanelerinde çalı an sağlık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünme durumu | 56 |
| Tablo 16. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sağlık personelinin özlük ve mali haklarında herhangi bir de i şime sebep olaca nı dü ünme durumu | 58 |

| | |
|---|----|
| Tablo 17. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tez elden yapılaca ını dü ünme durumu | 59 |
| Tablo 18. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i ile hastanelerin özelle tirilece ini dü ünme durumu | 61 |
| Tablo 19. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca ını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünme durumu | 63 |
| Tablo 20. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünme durumu | 64 |
| Tablo 21. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin sözleşmeli olaca ını dü ünme durumu | 66 |
| Tablo 22. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre hastanelerin Kamu Hastaneleri Birli ine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sa ladı ını dü ünme durumu | 68 |
| Tablo 23. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı ını dü ünme durumu | 69 |
| Tablo 24. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açaca ını dü ünme durumu | 71 |
| Tablo 25. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli oldu unu dü ünme durumu | 73 |
| Tablo 26. Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olaca ını dü ünme durumu | 75 |

EK LER L STES

SAYFA NO

| | |
|--|----------|
| ekil 1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı..... | 5 |
| ekil 2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı..... | 6 |
| ekil 3. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Ki i Ba ı Müracaat Sayısı..... | 7 |



1.G R

Türkiye’de, sa lık hizmetleri geçmi ten günümüze kadar çok ula ılabilir olmamı , vatanda ların istek ve beklentileri tam anlamıyla kar ılanamamı tır. 2000“li yıllarda; sa lık skandalları, hastanelerde parası olmadı ı için rehin tutulan hastalar gibi, pek çok olumsuz olay basına yansı mı tır. Özellikle SSK çalı anlarının muayene olabilmeli ve ilaçlarını alabilmeleri vermeleri gereken büyük bir sınav idi. Muayene olabilmek için sabah erkenden hastane kapısında beklemeye ba layan hastalar, muayene olduktan sonra da eczane kapısında beklemekteydiler. Sa lık Bakanlı ı, sa lık hizmetlerinde ya anan aksama ve olumsuzlukların giderilmesi adına, 2003 yılında Sa lıkta Dönü üm adını verdi i kapsamlı bir program hazırlayarak uygulamaya koymu tur. Sa lık Bakanlı ının 2005 yılında SSK Hastaneleri Devlet Hastanelerinin tek çatı altında birle tirmesi, 2010 yılında Sa lık Ocaklarının Aile Hekimliklerine dönü mesi ve 02.11.2012 tarihinde uygulamaya koydu u Kamu Hastaneleri Birlikleri, sa lıkta yapılan de i imlerden bazılarıdır. Ayrıca özel sa lık kurulu ları ile yapılan anlaşmalar neticesinde de özel sa lık hizmetlerine eri im kolayla mı tır. Bu durum kamu hastanelerindeki yı ılmanın da azalmasına olanak sa lamı tır. Kamu Hastaneleri Birli i ile Sa lık Bakanlı ının; hizmetleri daha hızlı bir ekilde halka ula tırmayı, personel sıkıntısı çekilen yerlerde personel sıkıntısını gidermeyi amaçlamaktadır. Bizde bu çalı mamızda Sa lık Bakanlı ının bu dü üncesinin ve yeni hayata geçirilen bu sistemin sa lık çalı anları tarafından ne kadar anla ıldı ını ve onların bu sistem ile ilgili dü üncelerini ö renmeyi hedeflemekteyiz.

2.GENEL B LG LER

2.1. Sa lık Sektörü

Sa lık, 1946 Dünya Sa lık Örgütü anayasasında; “sadece hastalık ve sakatlı ın olmaması de il, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır(1).

Sa lık, “soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ula ma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik yönden verimli bir ya am sürmesine izin veren bir kaynak olarak” dü ünülmektedir (2).

Sa lık, Türkiye’de en hızlı geli me ivmesine sahip sektörlerin ba nda gelmektedir. Özellikle son yıllarda gösterdi i büyüme nedeniyle en hızlı geli en en fazla yatırım yapılan sektörler arasında yer almaktadır.

Sa lık sektörü, “sa lı a dolaylı, do rudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek / arz etmek ve talep etmek / tüketmek üzere, çok farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile, bunların içerdi i ki i, kurum, kurulu , statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır”(3).

Tanımdan da anlaşı lca ı üzere sa lık sektörü, sadece bir kurum veya ki ilerden oluşu mamaktadır. Kapsamlı ve kompleks bir özelli i bulunmaktadır.

Günümüzde “sa lık sektörü” ve “sa lık hizmetleri sistemi” terimlerini, aşağıdakileri içerecek ve birbirlerinin anlamı yerine geçecek şekilde kullanıyoruz:

- Sa lık hizmetlerini sunan herkes özel veya kamusal, batılı veya geleneksel, lisanslı veya lisanssız, doktorlar, hem iireler, hastaneler, klinikler, eczaneler, köy sa lık çalı anları ve geleneksel ifacılar dâhil
- Bu hizmetleri finanse eden para akı ları resmi veya gayri resmi aracılar vasıtasıyla veya do rudan hastaların ceplerinden
- Sa lık hizmeti sürecine özel girdiler sa layanların faaliyetleri tıp ve hem iirelik okulları, ilaç ve cihaz imalatçıları dâhil
- Hizmet sa layanları kontrol eden, finanse eden ve etkileyen finansal aracılar, planlayıcılar ve düzenleyiciler. (Sa lık bakanlıklarını, finans ve planlama, sosyal ve özel sigorta kurumlarını ve düzenleme organlarını içerir).

- Koruyucu hizmetler sa layan kurumların faaliyetleri (Örne in, ba ı klama, aile planlaması, bula ıcı hastalık kontrolü, beslenme, sigara içme ve madde kullanımı konusunda e itim. Bunlar kamu veya özel, yerel, ulusal veya uluslararası olabilir.)(4).

"Sa lık sektörü, sa lık hizmetlerini gerek tüketici, gerek üstlenici veya sunucu, gerekse finansman noktasında kaynak sa layanlar olmak üzere bütüncül bir yapıya sahiptir. Sa lık sektörünün geni yelpazeli olan bu yapısının varlığı, sa lık sistemi ile ilgili hedeflere ulaşılmasında kurumlar arası i birli ini gerektirmektedir"(5).

2.2. Sa lık Hizmetleri:

2.2.1. Sa lık Hizmetlerinin Tanımı:

Sa lık hizmetleri, "bir kaza veya hastalık meydana geldi inde zararın onarılması için talep edilen ve hemen hemen her bireyin tüketme ihtimalinin yüksek oldu u" bir hizmettir(6).

"Sa lık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Sa lık Hizmetlerinin Sosyalle tirilmesi Konusunda Kanun (05.01.1961 gün ve 224 sayılı) sa lık hizmetlerini; "insan sa lı na zarar veren çe itli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmı olanların i e alı tırılması için gerçekleştirilen tıbbi faaliyetler" olarak tanımlamaktadır"(7).

"Verilen sa lık hizmetleri her bir bireyi ilgilendirmekte ve toplumdaki tüm bireyler bu hizmetten fayda sa lamaktadır. Sa lık hizmetlerinden yararlanan bir bireyin yalnızca kendisi de il toplumun her bireyine faydası olmaktadır. Sa lık hizmetini alan ki i öncelikle bu hizmetten kendisi faydalanmakta sonrada toplumun tüm bireyleri bu hizmetten dı sal fayda sa lamaktadır. Bula ıcı hastalıklar yönünden sa lık hizmeti alan ki i hastalıkların öncelikle kendilerine sonrada toplumun di er bireyelerine bula masını engelledi i için, sa lık hizmetlerinin sunulması sonucu ortaya çıkan fayda tüm toplumu etkilemektedir. Ayrıca bireylere sa lık hizmetlerinin düzenli ve kaliteli sunulması bireyleri hastalıklardan koruyabilecek ve hastalı a kar ı direnç artırılarak tüm bireylerin toplumsal fayda elde edebilmesi sa lanabilecektir. Dı sallık yaratan sa lık hizmetini devletin kaliteli sunabilmek amacıyla gereken harcamaları yapması sonucu, toplumdaki tüm bireyler sunulan sa lık hizmetinin faydasından yararlanabilecektir"(8).

Dolayısıyla toplumun sa lıklı bireylerden oluşması, devlete kazanç olarak geri dönmektedir. Bu bağlamda nitelikli sa lık hizmeti sa lıklı bireyi, sa lıklı birey sa lıklı toplumu, sa lıklı toplum da daha mutlu ve refah düzeyi yüksek bir ülkeyi beraberinde getirmektedir(5).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında de i ik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre de i en amaçları gerçekle tirmek ve böylece kilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmi kalıcı bir sistemdir” ekinde tanımlamaktadır(9).

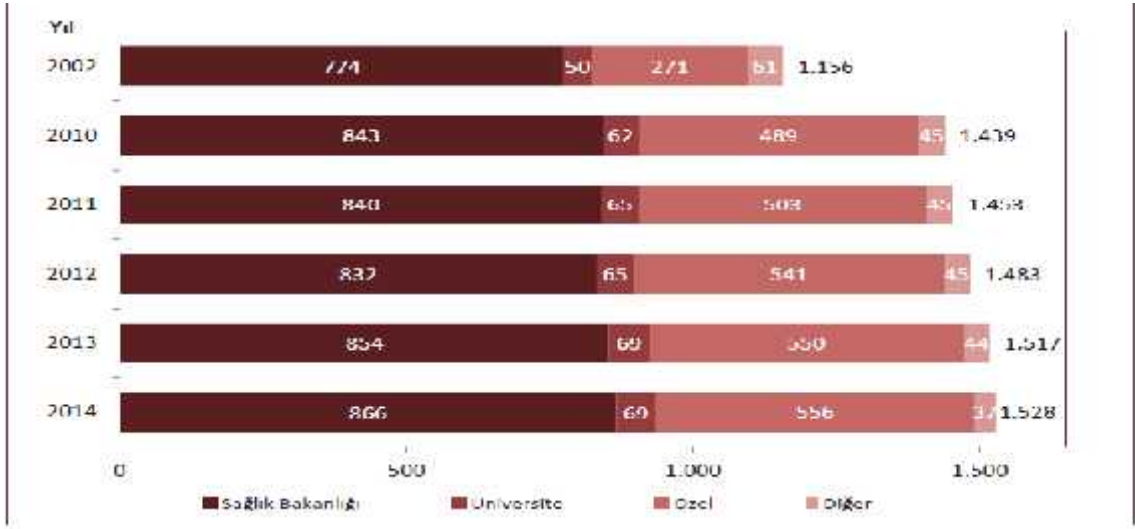
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Yapısı:

"Sağlık sektörünün yapısı; ülke nüfusu, kültürel gelişim, do al kaynaklar ile politik ve ekonomik sisteme ba lı olarak de i im göstermektedir. Ayrıca sa lı a verilen önemin her geçen gün artması ve sağlık hizmetlerinde kalite çıtasının yükselmesi, sağlık kuruluşları arasındaki rekabeti artırmakla birlikte sektörün gelişimine önemli katkılar sağlamaktadır. Bunun yanı sıra devlet politikalarının getirdi i düzenlemeler de sağlık hizmeti sunumunda büyük yenilikleri beraberinde getirmektedir"(5).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Devletinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde en büyük kurumdur. Sağlık ile ilgili tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde Sağlık Bakanlığı sorumludur. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlı mın sorumlulu undadır. Yeni yapılanma ile birinci basamak sağlık hizmetleri Türkiye Halk Sa lı ı Kurumu, ikinci basamak sağlık hizmetleri ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından sağlanmaktadır. Ta ra te kilatında ise birinci basamak sağlık hizmetleri, Halk Sa lı ı Müdürlükleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ise Kamu Hastaneleri Birli i Genel Sekreterli i tarafından sunulmaktadır.

"Türkiye'deki önemli sağlık hizmeti sağlayıcıları ise; Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, üniversiteler ve özel sağlık kurumlarıdır. Hastanın sağlık sigortasının kapsamına ba lı olarak, önemli tıbbi tedavilerin ço u Sağlık Bakanlığı ya da di er devlet kurumları tarafından yönetilen kuruluşlarda yapılmaktadır. Bununla birlikte özel hastaneler ve kliniklerde muayene ve tedavi olma e ilimi, özellikle gelişmi ve büyük ehirlerde artmaktadır"(5).

ekil 1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2015, s. 75.

"Ayrıca Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) sağlık fonunun yönetimi altında olan hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesini gerektiren kanunun Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe girmesiyle, sektörde büyük bir reform yapılmıştır. Bu yeniliklerle beraber, hem devlet hastanelerinin hem de özel hastanelerin sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Sağlık kurumlarına erişimin kolaylaşmasıyla beraber gelen istekler, arz-talep paralelinde, hastane sayısının artmasına neden olmuştur"(5).

ekil 1'de görüldüğü gibi; 2014 yılı verilerinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı, 866 hastane, 69 üniversite hastanesi ve 556 özel hastane hizmet vermektedir. Her geçen gün yeni sağlık kurumlarının eklenmesine bakılarak, bu ivmenin gün geçtikçe artarak devam etmesi de beklenmektedir.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı:

"Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için verilen bir hizmetler bütünüdür. Toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için hizmetin eklini, standardını, kurallarını ve çerçevesini belirlemek ve bu esaslar dahilinde çalışan sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığının görevidir. Sağlık Bakanlığında sağlık hizmetleri yalnızca tedaviye yönelik olduğu için, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bütününe ayrılmaz bir merkezini Sağlık Bakanlığının bünyesindeki hizmetler olmaktadır. Kısaca herkesin beden ve ruh sağlığı içinde hayatının devamını sağlamak, ülkenin sağlık artılarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek, halka sağlık hizmetleri ulaştırmak ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak Sağlık Bakanlığının iştir"(10).

Sa ğlık Hizmetleri Birinci basamak sa ğlık Hizmetleri, ikinci basamak Sa ğlık Hizmetleri ve Üçüncü basamak sa ğlık Hizmetleri olmak üzere üç grupta incelenebilir.

2.2.3.1. Birinci Basamak Sa ğlık Hizmetleri:

- Sa ğlık Bakanlı ğına Ba ğlı Aile hekimlikleri
- Toplum Sa ğlık Merkezleri
- 112 Acil Sa ğlık Hizmetleri
- Üniversitelerin Medikososyal birimleri
- TSK'nin birinci basamak sa ğlık üniteleri
- Belediyelere ait poliklinikler
- Yerel hekimlikleri
- Özel Poliklinikler
- A ğız ve Di ğen Sa ğlık Hizmeti sunan özel sa ğlık kurulu ğları(11).

2.2.3.2. İkinci Basamak Sa ğlık Hizmetleri:

- Eğitim Ara ğtırma Hastanesi olmayan Devlet Hastaneleri ve Dal Hastaneleri ile bu Hastanelere ba ğlı Semt Poliklinikleri
- Entegre İççe Devlet Hastaneleri
- Sa ğlık Bakanlı ğına Ba ğlı A ğız ve Di ğen Sa ğlık Merkezleri
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin Eğitim ve Ara ğtırma Hastanesi olmayan Hastaneleri
- Belediyelere ait Hastaneler ile Kamu Kurumlarına ait Tıp Merkezleri veDal Merkezleri
- İstanbul Valili ği Darülaceze Müessesesi Müdürlü ğü Hastanesi
- Özel Hastaneler Yönetmeli ğine göre ruhsat almı ğı Özel Hastaneler(11).

ekil 2:Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı, Türkiye

| | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Sa ğlık Bakanlı ğı | 109.793.128 | 235.172.924 | 254.342.943 | 260.974.401 | 277.485.135 | 292.100.331 |
| Üniversite | 8.823.361 | 20.098.751 | 21.417.107 | 22.080.435 | 24.985.697 | 32.143.930 |
| Özel | 5.697.170 | 47.712.510 | 59.059.486 | 66.582.098 | 71.341.411 | 72.313.383 |
| Toplam | 124.413.659 | 402.984.185 | 434.819.536 | 449.636.934 | 473.812.243 | 496.557.644 |

Kaynak: Sa ğlık Bakanlı ğı, *Sa ğlık İstatistikleri Yıllı ğı 2014*, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sa ğlık Bakanlı ğı Sa ğlık Ara ğtırmaları Genel Müdürlü ğü, 2015, s. 105.

2.2.3.3. Üçüncü Basamak Sa ğlık Hizmetleri:

- Sa ğlık Bakanlı ğına ba ğlı eğitim ve ara ğtırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve ara ğtırma hastaneleri ile bu hastanelere ba ğlı semt poliklinikleri

- Üniversite hastaneleri ile bu hastanelere ba lı sa lık uygulama ve ara tırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin di hekimli i fakülteleri
- Türk Silahlı Kuvvetlerine ba lı tıp fakültesi hastanesi ile e itim ve ara tırma hastaneleri(11).

ekil 3: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Ki i Ba ı Müracaat Sayısı, Türkiye

| | 2002 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Sağlık Bakanlığı | 1,7 | 3,2 | 3,4 | 3,5 | 3,6 | 3,8 |
| Üniversite | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Özel | 0,1 | 0,6 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| Toplam | 1,9 | 4,1 | 4,5 | 4,7 | 4,9 | 5,1 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, *Sa lık istatistikleri Yıllı ı 2014*, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sa lık Ara tırmaları Genel Müdürlü ü, 2015, s. 106.

2.3. Türkiye' de Sa lık Sisteminin Geli imi:

2.3.1 Kurulu Yılları Ve Dr. Refik Saydam Dönemi

"Türkiye'de sa lık alanındaki geli meler ilk olarak kurumsalla ma dönemi ile başlamaktadır. Osmanlı Devleti'nde XV. yy dan itibaren yaklaşık 400 yıl sa lık i lerini hekimba ılar yürütmü ken, sa lık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli TBMM Hükümeti'nin kurulu u ile atılmıştır. Memlekette tüm sa lık hizmetlerinin yürütülmesi görevi, Milli Mücadelenin ba langıcında Ankara'da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde, 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı Kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i içtimaiye Vekâletine (Sa lık Bakanlığı) verilmiştir"(12).

Meclis kurulduktan sonraki " İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönemde sa lıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamı , daha çok sava yaralarının sarılmasına ve mevzuat geli tirmeye odaklanılmıştır(13)."

"Sa lık hizmetlerinin, birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınımının ba langıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kurulu u ile dir. Sava yıllarında Ankara'da kurulan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti içtimaiye Vekâlet'ini kurarak, tüm ülkedeki sa lık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu bakanlı a vermiştir. Böylece sa lık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma niteli ine kavu mu tur"(14).

"Cumhuriyet'in ilk yıllarında Türkiye, çok a ır sa lık sorunlarıyla kar ı kar ıydı. Halk sa lı ını tehdit edecek boyutlara ula mı ; sıtma, verem, trahom, tifo, Frengi, çiçek, kızıl gibi bula ıcı hastalıklarla mücadele etmek gerekiyordu. Bula ıcı hastalıklarla mücadele öncelikle ele alındı ve bu alanda çok sınırlı ekonomik imkânlarla ra men küçümsemeyecek mesafeler kat

edildi. Cumhuriyet döneminde Adıvar'dan sonra, bakanlık atanana Sa lık Bakanı Dr. Refik Saydam olup, kısa bir süre dışında 1923 yılından 1937 yılına kadar 14 yıl bakanlık yapmıştır. zledi i politikaların sa lık hizmetlerinin örgütlenmesine ve gelişmesine önemli katkıları olmuştur"(15).

"Sa lık hizmetlerinin sunumunda benimsenen temel ilke, koruyucu hizmetlere öncelik verilmesidir. Hekimlerin ve Bakanlık'ın asıl sorumluluğu, hastaları iyileştirmekten çok sa lıklı olanların bu durumlarının korunmasıdır. Tedavi edici hizmetler, hükümetlerin de il yerel yönetimlerin görevleridir. Hükümetin bu konudaki görevi, yerel yönetimlere yol göstermektir. Belediyelere hastane işletmesi konusunda örnek olması amacıyla 1924 yılında Ankara, Sivas, Trabzon, Erzurum, Diyarbakır ile 1936 İstanbul illerinde birer hastane yaptırılmıştır ve o illerin adı ile anılmak üzere numune hastaneleri hizmete açılmıştır"(16).

Dr. Saydam ilk başta ülkenin sa lık alanındaki ihtiyaçlarını tespit etmiştir. Ülkenin ihtiyacı olan sa lık elemanı ve kurumları onun tarafından 1925 yılında şu şekilde tespit edilmiştir.

- Devletin sa lık örgütünü genişletmek,
- Hekim sayısını artırmak,
- Numune hastaneleri açmak,
- Ebe yetiştirmek,
- Sa lık memuru yetiştirmek,
- Doğum ve çocuk bakım evi açmak,
- Verem sanatoryumu açmak,
- Sıtma mücadelesi yapmak,
- Frengi ve diğer sosyal hastalıklarla mücadele,
- Trahom ile mücadele,
- Sa lık-sosyal örgütlenmeyi köylere kadar götürmek,
- Sa lık-sosyal yasalarını yapmak,
- Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesini kurmak,
- Hıfzıssıhha Mektebi'nin açılması.

Sonuç olarak Saydam, "koruyucu sa lık hizmetlerini ön planda tutarak, sınırlı kaynakların, sık görülen, çok öldüren veya sakat bırakan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kullanılmasını do rultusunda" çaba harcamıştır(17).

"1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve İlaç Uygulama Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sa lık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplini altına alınmıştır. 1930 yılında, sa lık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sa lık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir"(22).

1936 yılında ise, 3017 Sayılı “Sa lık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Te kilatı ve Memurun Kanunu” çıkarılmı tır. Böylece Bakanlık merkez ve ta ra örgütünün kurulu u tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmi tir(18).

2.3.2 1938 Sonrası ve Dr. Behçet Uz Dönemi

"Bu dönemin ilk yılları, resmi olarak tüm dünyada 1 Eylül 1939'da ba ladı ı kabul edilen, II. Dünya Sava ının neden oldu u, ekonomik ve sosyal sıkıntılarla geçmi tir. Sava a katılmadan toprak bütünlü ünü korumayı amaç edinen Türkiye, kaçınılmaz olarak sava ın olumsuz sonuçlarından etkilenmi tir. Sa lık Bakanlığı, II. Dünya Sava ı'nın ardından Batıda olu an “sa lık sorunlarına acil çözüm bulma” giri imlerinin de etkisiyle, 1946 yılında Yüksek Sa lık urasının “Birinci On Yıllık Milli Sa lık Planı'nı benimsemi tir”(19).

Bu plan Cumhuriyet döneminin ilk sa lık planıdır. 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan. Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 12 Aralık 1946'da açıklanmı tır(14).

"Milli Sa lık Planı; koruyucu hekimlik örgütü ile köylerde sa lık örgütü kurulmasını, sa lık personelinin ihtiyaca uygun yeti tirilmesini, yeni sa lık kurumlarının in ası ile mevcutların ça da hale getirilmesi gibi dönemin ekonomik artlarına göre temenni sayılabilecek hedefleri içermektedir. Planın yenilikçi yanı ise sa lık hizmetlerinin finansmanında tek kayna ı devlet bütçesi olarak görmeyip Sa lık Sandıkları biçiminde örgütlenecek bir milli sa lık sigortası birli i ile sa lık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere bir Sa lık Bankası olu turulması hedefi ta ımasıdır. Plan kırsal alan sa lık örgütlenmesini de yeniden düzenlemektedir. Buna göre; her 40 köy için 10 yataklı bir sa lık merkezi, her 10 köye de bir sa lık memuru ve ebe görev yapacaktır. Fakat plan hazırlıkları bitmek üzereyken Dr. Behçet Uz “un görevden ayrılması ile plan gerekli ilgiyi görmemi tir”(20).

" İkinci Dünya Sava ı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçe i, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için “Ola andı ı Sıtma Kontrolü Yasası” çıkarılmı ve hastalı a odaklı dikey örgütsel yapılar geli tirilmi tir. 1945'te Sosyal Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan i Güvenli i Yasası çıkarılmı ve hizmet ile istihdam alanındaki Sa lık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmı tır"(14).

2.3.3 1950-1960 Dönemi

"1950-1960 döneminde hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul görmesi, hasta tedavi hizmet standardının yükseltilmesi, her il halkına e it imkân sa lanması, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesi yönünde çalı malar yapılmı tır. Ancak hastane hizmetleri geli irken koruyucu hizmetler ikinci planda kalmı ve sa lık personeli yeti tirmeye yeterince önem verilmemi tir. Genel Sa lık Sigortası kurulması için çalı malar ba latılmı ve

uzun çalı malar sonunda bunun mümkün olmadı ı sonucuna ula ılmı tır. Uluslararası kurulu lar ile özellikle Dünya Sa lık Örgütü ve UNICEF ile i birli ine ve bu kurulu lardan yardım sa lanmasına büyük önem verilmi tir"(21).

"Ana-çocuk sa lı ı ve tüberküloz sava ı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerine bu kurulu lardan destek sa lanmı tır. Hem ire ve ebe aç ı mı kapatacak önlemler alınmak islenmi ama bunda ba arı sa lanamamı tır.1960 yılına gelindi inde, ülkede hekim sayısı 9826, hem ire ve yardımcı hem ire sayısı 2420, ebe ve köy ebesi sayısı 3126 olmu tur. Ülkede sa lık hizmetlerinin geli tirilmesi için Sa lık Bakanlı ı'na önerilerde bulunmak üzere yabancı uzmanlar davet edilmi tir"(22).

1952'de kurulan Ana ve Çocuk Sa lı ı (AÇS) örgütü yeni bir dikey örgüt olmu ve merkez, ube ve istasyonları açılmaya ba lanılmı tır(21).

"1954 yılında, 6134 Sayılı yasa ile il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara ba lı hastaneler Sa lık Bakanlı ı'na ba lanarak, kamuya ait hastanelerin yönetimi tek elde toplanmı ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumlulu u haline getirilmi tir (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) bunun do al bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli ba arılar kaydedilirken, öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyile meler sa lanmı tır. Bu olumlu geli me, hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceli e sahip olan tek konu haline getirmi tir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek, arka plana itilmi ve ihmal edilir hale gelmi tir. Di er taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hâkim olmaya ba layan liberal görü ve politikalar, tüm alanlarda oldu u gibi, sa lık alanında da özel sektörün geli tirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmi tir. Zamanla daha da güç kazanan, bu politika yataklı tedavi kurulu larının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmi tir"(23).

2.3.4 1960- 1980 Dönemi

"Türkiye'de sa lık alanındaki geli meler, 1960- 1980 yılları arasında yapılan birinci dalga sa lık reformları ile devam etmi tir. 1960'lı yıllar ülke sorunlarının planlı kalkınma modeli içinde ele alındı ı bir dönem olmu tur. Bu dönemde toplumun, özellikle kırsal bölgelerdeki bireylerin, sa lık ihtiyacının geldi i güzel tedbirlerle çözülemeyece inin bilincine varılmı tır. Bu nedenle modern sa lık idaresinin ülke gerçeklerine uygun olarak çalı masını mümkün kılacak önlemler alınması yoluna gidilmi tir"(17).

"27 Mayıs 1960 ihtilalinden sonra Türkiye, planlı kalkınma dönemine geçmi tir. Bu dönem, toplumun ve özellikle kırsal yörelerdeki halkın ihtiyaçlarının geleneksel ve geli igüzel önlemlerle çözülemeyece inin bilincine varıldı ı bir dönemdir. Planlı Kalkınma Dönemi ile birlikte sa lık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmi olup, bunlar; 224 sayılı Sa lık

Hizmetlerinin Sosyalle tirilmesi hakkındaki kanun ile 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunlardır"(24).

"Anayasa'nın ilgili maddeleri do rultusunda hazırlanan, Birinci Be Yıllık Kalkınma Planı'nda, "sa lık idaresinde temel amacın halkın sa lık düzeyini yükseltmek oldu u ve bunun için de halk sa lı ı hizmetlerine öncelik verilmesi gerekti i" belirtilmi tir. Bu amaca ula mak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir ö e olarak görülmü , az sayıda nüfusun yararlandı ı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sa layan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sa lık örgütünün kurulması öngörölmü tür. Sa lık hizmetlerinin bu anlayı la ve yeniden düzenlenmesi /örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sa lık Bakanlı ı müste arı Dr. Nusret Fi ek'in önderli inde hazırlanan, "Sa lık Hizmetlerinin Sosyalle tirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun)." 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmi tir. Böylece, sa lık hizmetleri tarihimizde "Sosyalle tirme Dönemi" olarak adlandırabilece imiz dönem ba lamı tir"(23).

"1963 yılında uygulamaya giren yasanın temel amacı; "sa lık hizmetlerinin yaygınla tırılması, vatanda ın aya ına kadar götürülmesi, bunun için yeni örgütlenme yapısının seçilmesi ve anlayı ın" de i tirilmesidir. Yasa öncelikle sa lık hizmeti verilmesinde temel ilkeleri belirlemi tir. Bu ilkeler; e it, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı, ekip, denetlenen, uygun ve nüfusa göre hizmet ilkeleri olmu tur"(25).

"224 sayılı Kanunla; e it hizmet, öncelikli hizmet, sürekli hizmet, katılımlı hizmet, uygun hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti, nüfusa göre hizmet, kademeli hizmet gibi ilkeleri benimsenmi tir. Sa lık hizmetlerinin sosyalle mesinin yanında özel te ebbüsler de serbest bırakılmı tir. 224 sayılı Kanunla ba latılan "Sosyalizasyon" programı kademeli olarak uygulanmaya konmu tur. Bu programın ba langıcından itibaren sa lık hizmetlerinin iyile tirilmesi ve yaygınla tırılması konusunda çok çaba harcanmı tir. 1963 yılında Mu ıta ba latılan uygulama ilk yıllarda beklentilere uygun bir ekilde verimli olmasına ra men, uygulama alanı geni ledikçe ba arısı sınırlanmı tir. Bunun sebepleri; geleneksel yapının mukavemeti ve toplum sa lı ının korunmasının tüm toplumun katılımıyla geli ecek bir sosyal aktivite oldu u gerçe inin benimsenmemesi ile sosyo-ekonomik ve politik faktörler, mali kaynak ve insan gücü yetersizlikleridir. Bu programın büyük ölçüde ba arısız olması nedeniyle sa lık hizmetlerini iyile tirmek için yeni önlemler alınmasına gerek duyulmu ; 1978 yılında, 2162 sayılı Sa lık Personelinin Tam Süre Çalı ma Esasları Kanunu yürürlü e girmi tir. Bu Kanun ile ilgili uygulama yönetmeli inde il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine ayrılımlı ve sa lık personelinin geri kalmı yörelerde görev almasını özendirici ko ullar getirilmi tir. Tam gün çalı an hekimlere ek ödenekler getiren bu yasa 1980 yılında kaldırılmı tir"(24).

"Genel Sa lık Sigortası da, ilk defa bu dönemde gündeme gelmi tir. 1967 yılında genel sa lık sigortası için bir kanun tasla ı hazırlanmı ancak Bakanlar Kurulu'na sevk edilememi tir. 1969 yılında 2. Be Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sa lık Sigortası'nın kurulması tekrar öngörölmü tür. 1971'de Genel Sa lık Sigortası kanun tasla ı Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne

gönderilmi ancak kabul edilmemi tir. 1974 yılında Meclise tekrar sunulmu ancak taslak üzerinde görü me yapılmamı tır"(13).

"1960 sonrası Kalkınma Planlarındaki sa lıkla ilgili düzenlemelerin bazıları unlardır. **I. BYKP (1963-1967).**; Sa lık sigortasının kurulması için gerekli olan çalı malara öncelik verilmesi, özel sektörün hastane kurma te ebbüslerinin te vik edilmesi, hastanelerin döner sermayeli kurulu lar haline getirilmesi konusunun ara tırılması, yerli ilaç sanayinin te vikidir. **II. BYKP (1968-1972).**; Genel sa lık sigortasının kurulmasına kademeli olarak geçilmesi, tedavi hizmetlerinin geli tirilmesinde özel sektörün te vik edilmesi, di er alanlarda sınırlanması, ilaç üretiminde yerli sanayin te viki, maliyetleri rasyonelle tirmek üzere, hastane hizmet arzında standartların tespiti. **III. BYKP (1973-1977).**; Genel sa lık sigortasının kademeli olarak gerçekleştirilmesi, ilaç sanayinin kanun denetiminde olması ve ilaç hammaddesi üretiminin yurt içinde sa lanmasıdır. **IV. BYKP (1979-1983).**; Sa lık finansman yasasının çıkarılması, ilaçların kalite, miktar ve fiyat denetimlerinde devletin sorumlu olmasıdır. **V. BYKP (1985-1989).**; Genel sa lık sigortasına geçi in ele alınması, mevcut sa lık sigortalarının yaygınla tırılması, özel sa lık müesseseleri ve hastanelerin te vik edilmesidir"(26).

2.3.5 1980 – 2003 Dönemi

Türkiye’de sa lık alanında geli meler asıl olarak 1980 den sonra ya anan ikinci ve üçüncü dalga reformlar ile sa lanmı tır.

"Türkiye’de sa lık hizmetleri, 1982 Anayasası’nın 56. Maddesi ile düzenlenmi olup; “herkesin hayatını, beden ve ruh sa lı ı içinde sürdürmesini sa lamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak i birli ini gerçekle tirmek ve bu amaçla sa lık kurulu larını tek elden planlayıp hizmet vermekle” görevlendirilmi tir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sa lık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir"(27).

"1980 süreci sonunda yapılan seçimlerle iktidara gelen hükümetin gerek resmi programı, gerekse V. Be Yıllık Kalkınma Planı (1985–1989). sa lı a yakla ımını yansıtması bakımından önemli belgelerdir. Resmi programda, “bütün vatanda ların sa lık sigortasına kavu turulması, herkesin istedi i hastaneden faydalanmasını sa layacak bir sistemin geli tirilmesi hedef alınmı , ilaç sektörünün ve özel sa lık müesseselerinin te vik edilece i” dile getirilmi tir. Bu dönemde özelle tirmeye “Be Yıllık Kalkınma Planlarında” temel strateji olarak yer vermeye ba lamı tır. Temel ilke olarak, “sa lık hizmetlerinden bütün vatanda ların en iyi eklide, e it, sürekli ve etkili bir eklide faydalanmasının sa lanması” belirlenmi tir. Bu amaçla; sa lık sigortasına geçi , sa lık kurulu larının hizmet verimlili inin artırılması için i letmecilik yönünden ele alınması, özel hastanelerin te vik edilmesi, sundukları hizmetin kar ılı ı olan ücretlerin serbest bırakılması, serbest çalı an hekimlerle anla malar yapılarak sa lık hizmeti sunma yoluna gidilmesi öngörölmü tür"(28).

"Sa lık hizmetlerinde 80'li yıllarda sosyalle tirme politikalarının geni letilmesi çabaları sürdürülmü , Genel Sa lık Sigortası 1987'de tekrar gündeme gelmi , ama hukuksal düzenlemeler gerçekte tirilememi tir. 1987 yılında 3359 sayılı Temel Sa lık Hizmetleri Kanunu çıkarılarak, sa lık sektöründe dünyadaki geli melere paralel reform hareketlerinin ilk adımları atılmı tir. Kanun, genel bir sa lık sigortası olu turmanın a amalarını tanımlamakta, kamu hastanelerinin merkezietçi idareden çıkarılması için gerekli de i klikleri ve hastanelerin kendi i letme ve personel politikalarını ortaya koyabilmelerine olanak sa layacak düzenlemeleri içermektedir. Ancak kanunun bazı kritik bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildi inden kabul edilen maddelerin uygulanması için gerekli olan düzenlemeler tam olarak gerçekte tirilememi tir"(29).

"Devlet Planlama Te kilatı'nın 1990'da tamamladı ı, sa lık sektöründeki sorunlar ve alternatif çözümleri master planı raporunda, sektörün var olan durumunu kapsamlı olarak açıklama ve mevcut uygulamayı iyile tirmek, serbest pazar ve ulusal sa lık hizmeti stratejisi ba lıklarıyla stratejiler belirlemi tir. 1990 yılında herkese sa lık hedeflerini belirleyen "Türkiye Ulusal Sa lık Politikası" belgesi hazırlanmı tir"(30).

"1994 yılında sa lık reformlarına ili kin nihai tasarımlar ı ı nda yasa tasarılarında düzeltmeler yapılmı ve TBMM'ye sunulmu tur. 1995 yılında sa lık reformlarının pilot uygulamalarının hayata geçirilmesi temel amacıyla Dünya Bankası'yla imzalanan ikraz anla masıyla ikinci Sa lık Projesi faaliyete geçmi tir. 1995 yılında Birinci Basamak Sa lık Hizmetleri ve Aile Hekimli i Kanun Tasarı Tasla ı, Sa lık Finansmanı Kurumu Kurulu ve i leyi Kanun Tasarı Tasla ı, Hastane ve Sa lık i letmeleri Temel Kanunu Tasarı Tasla ı gibi sektör açısından önem ta ıyan yasa taslakları, TBMM'nde Sa lık ve Sosyal i ler Komisyonu'nda görü meye sunulmu tur. Bununla birlikte 1995 yılında Sa lık Reformu Paketi, Yedinci Be Yıllık Kalkınma Planı ve uygulama takviminde yer almı tir. Sa lık Bakanlı ı'nın yeni bir yapıya kavu turularak politika belirleyen kurum rolünü üstlenmesi ve mevcut yasal düzenlemelerin Avrupa Birli i mevzuatına uygun hale getirilmesi çalı malarına bu dönemde ba lanmı tir. 1995–2003 yılları arasında yapılan erken seçimler nedeni ile bu kanun tasarıları yasala amamı tir. 1992–2002 dönemi içinde ba ta siyasi istikrarsızlıklar sonucu olmak üzere temeli olu turulmu bulunan yeniden yapılandırma tamamlanamamı tir"(31).

2.3.6 2003 Türkiye Sa lıkta Dönü üm Programı

Sa lık sektöründe, ülkemizde yeni yapılanmalar son 15 yılda yo unluk kazanmı tir. Ancak yasal düzenlemelerin eksik olması veya olmaması bu çalı maları zaman zaman kesintiye u ratmı ve uygulamaya geçmesini engelleme tir.

"2002 yılı genel seçimleri ardında i ba ına gelen 58. Hükümet, 3 Ocak 2003 tarihinde "acil eylem planı" adı altında öncelikli yapacaklarını açıklama tir. Kısa bir süre sonra kurulan ve 58. Hükümetin devamı olan 59. Hükümet Programı'nda bu acil eylem planına sadık kalınarak

Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; “Herkes Sa lık” ba lı ı altında sa lık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde a a ıdaki ana ba lıklar sayılmaktadır.

- Sa lık Bakanlı ı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sa lık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sa lık kurulu larının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavu turulması,
- Anne ve çocuk sa lı ına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimli in yaygınla tırılması,
- Özel sektörün sa lık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kurulu larında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde ya anan sa lık personeli eksikli inin giderilmesi,
- Sa lık alanında da e-dönü üm projesinin hayata geçirilmesi yer almaktadır"(13).

"Di er yandan Dünya Bankası’nın Türkiye için son yıllarda yürüttü ü sa lık politikasının içeri i, Banka tarafından Haziran 2002’de yayımlanan “Türkiye: Yaygınla ı ve Verimlili i iyile tirmek amacıyla Sa lık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır. Bu rapora göre sa lık sektöründe yapılması gereken en önemli de i iklikler u ekilde sıralanabilir.

- Birinci basamak sa lık sisteminin çözümü bakımından Aile Hekimli i Modeli,
- Hastaneler için piyasa ekonomisine uygun idari ve mali özerkli e sahip sa lık i letmeleri,
- Sa lık sektörünün ya adı ı finansman krizinin çözümlenmesi bakımından Genel Sa lık Sigortası"(32).

"Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ya da dönü türülmesi sürecinde sa lık alanında yapılması amaçlanan dönü üm, kamuoyuna 2003 yılının Haziran ayında “Sa lıkta Dönü üm Programı” (SDP) olarak açıklanmı tır. SDP’nin amacı; “sa lık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir ekilde organize edilmesi, finansmanının sa lanması ve sunulması” olarak özetlenirken, temel ilkeleri; “insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite geli imi, katılımcılık, uzla macılık, gönüllülük, güçler ayrılı ı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak” sıralanmaktadır. SDP’nin temel ilkelerinden bazıları a a ıda verilmi tır.

- insan merkezilik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlıkta aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- Sürekli kalite gelişimi: Bireylere sunulan hizmetler ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması ve yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.
- Uzlaşıcılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlamaklama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları artırır" (33).

"SDP'nın sayılan ilkelerine bakıldığında, programın 1980'lerden sonra gündeme gelen yeni kamu yönetimi anlayışının izlerini taşıdığı söylenebilir. Özellikle güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet gibi ilkeler yeni kamu yönetimi anlayışı tarafından sıklıkla gündeme getirilen ilkelerin birer yansıması olarak değerlendirilebilir. SDP'nın uluslararası kuruluşlarca ortaya konulan deneyimleri de dikkate alınarak hazırlanmış olması, bu uygulamanın yeni kamu yönetimi anlayışına paralellik göstermesinin altyapısını oluşturmuştur"(34).

Sağlıkta dönüşüm programı geçmişiyle planlanmış uygulamaya konulmaması veya konulamaması olan uygulamaların reformize edilmiş halidir.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" adlı reform programı ile "hizmet sunumunda yeniden yapılanma, sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması, sağlık ekibi, sağlık insan gücü yetiştirilmesi, sağlık personelinin ekonomik şartlarının iyileştirilmesi, hasta haklarının geliştirilmesi, sağlık hizmet sunumunda kalitenin geliştirilmesi, hastanelerin sağlık hizmet sunumu kalitesi açısından belgelendirilmesine dair

yapılanmaya gidilmesi, kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi, kamu hastane işletmeciliğinde desantralizasyona gidilmesi ve diğer birçok alanda yeniden düzenlemelerin gerçekleştirilmesi” hedeflenmektedir”(35).

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda, sağlık sektörü; bütün boyutlarıyla kavramak üzere şekillendirilmiştir, birbiriyle ilişkilendirilmiştir, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek bileşenler halinde sunulmuştur. Bu bileşenler;

2.3.6.1 Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

"Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenlerinden ilki “Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlıkta Dönüşüm Programı vizyonundaki Sağlık Bakanlığı; politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup, ülkemizin, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlıklı ayrılmaz kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapmaktadır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekliyle devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirecektir”(37).

Bu hedefe ulaşabilmek için dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yapılanma modeliyle;

- Stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi konularında yeni misyonunu, amaçlarını ve görevlerini tanımlaması için yapısını gözden geçirmesi,
- Sağlık sektöründe daha aktif liderlik görevi üstlenmesi sırasında idari ve mali kontrol ve denetimi tam kapasiteye aktarmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması,
- Misyonunu, sektör politikalarını, örgütsel yapısını ve merkez ve taşra düzeyinde fonksiyonlarını yeniden tanımlaması diğer yandan sağlık sistemini ve hizmetlerini modernleştirmesi ve iyileştirmesi,
- Yönetim organları, rolleri, politikaları ve usulleri ile merkez ve taşra yetkililerinin sağlık hizmet alanının yönetim ve işletiminde daha büyük sorumluluklar almalarını sağlayacak bir yönetim modeli geliştirmesi,
- Mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitiminin planlanmasında aktif rol alabilecek, sağlık işletme sisteminin değişik düzeylerdeki personeli eğitmek amacıyla eğitim programları geliştirmesi, bunların uygulama ve denetimini yapabilecek şekilde yeniden yapılanması gerekmektedir(37).

"Sa lık Bakanlı ı, hem yeniden yapılanmasını gerçekle tirirken hem de sa lık hizmetlerini planlama ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayı ı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecektir. Böylece birinci basamak sa lık hizmetleri güçlendirilecektir. Sa lık Bakanlı ı'nın ba lıca görevi ve sorumlulu u politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Türkiye'de Sa lık Bakanlı ı'nın odaklanması gereken di er alanlar arasında kalite kontrolü ve tüketicinin e itilmesi gelmektedir. Ayrıca sa lık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sa lı ı i levlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerine odaklanmalıdır"(37).

2.3.6.2 Herkesi Tek atı Altında Toplayan Genel Sa lık Sigortası

"Sa lıkta Dönüm Programı'nın di er bir bile ni ise "Herkesi Tek atı Altında Toplayan Genel Sa lık Sigortası'dır. Genel sa lık sigortası 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde kurulması te vik edilen bir yapılanmadır. Bu güne kadar birçok kez kurulması için te ebbüsler yapıldıysa da mümkün olmamı tır. Genel Sa lık Sigortasıyla amaçlanan, ülkedeki herkesi bir sa lık sigortası çatısı altında toplamak, sa lık sigortası primlerini di er sigortalardan ayırarak yaygınla tırmak, sa lık finansmanı ile ilgili ba ımsız bir yapı olu turmak ve finansal denetimi etkinle tirmektir. Bu yönde ilk adım, 5502 sayılı ve 20.05.2006 tarihli kanunla kurulan, Sosyal Güvenlik Kurumu'yla atılmı tır. Kurum, bütün ülkedeki kamu sigortalarını bir çatı altında toplamı tır. Daha sonra Sosyal Sigortalar ve Genel Sa lık Sigortası Kanunu 5510 sayı ve 31.5.2006 tarihle mecliste kabul edilmi tir. Anayasal denetim sürecinden geçtikten sonra bir takım de i iklikler de yapılarak 1 Ekim 2008 tarihinde yasa tamamıyla yürürlü e girmi tir"(30).

"Sa lık kurulu ları ve hizmet sunucularına kaynak aktarmak yolu ile hizmetlerin sbvansa edilmesi yerine, prim ödeme gücü olmayan vatandaşların sbvansa edildi i sosyal sigortacılık programı ba latılmı tır. Tüm nüfusun kapsam altına alınması ile sa lık güvencesine sahip olmayanlar sürekli sa lık güvencesine kavu turulmu tur. Sa lık güvencesi anlamında farklı standartlarda uygulamaları olan mevcut kurulu lara tabi sigortalılar arasında e itlik sa lanmı tır. 18 ya ve altındaki bütün çocuklar sa lık hizmetlerinden ko ulsuz yararlandırılmaya ba lamı tır"(13).

2.3.6.3 Yaygın, Eri imi Kolay ve Güler Yüzlü Sa lık Hizmeti Sistemi

"Sa lıkta Dönüm Programı'nın di er bir bile ni ise "Yaygın, Eri imi Kolay ve Güler Yüzlü Sa lık Hizmeti Sistemi'dir. Sa lık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayı içinde hizmette rekabet ortamının olu turulması gereklidir. Bu anlayı ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol aaca ı gibi, herkesin kolayca eri ebilece i bir hizmet sunumuna fırsat sa layacaktır"(36).

"Sa lık sistemindeki uygulamalar, geçmi yıllarda en çok ikyeti olunan konular arasında gelmekteydi. Sa lık hizmeti almaya giden hasta ve hasta yakınları sa lık personelinin

karısında pasif durumda idi. Bu konuda bazı düzenlemeler yapılarak bu ikayetlerin ve sıkıntılarının önüne geçilmeye çalışılmı tır"(13).

Fakat yeni düzenlemeler ile sa lık hizmeti almada eskiye nazaran olumlu geli meler olsada Devlet Hastaneleri ile Özel Hastanelere ba vuranlar arasında büyük e itsizli in oldu u göze çarpmakta ancak ula ılabilirlik açısından eskiye göre sa lık hizmeti almak kolayla mı tır.

Sa lık sistemindeki sıkıntılarının giderilmesi için yapılan düzenlemeler unlardır;

- a. "Güçlendirilmi Temel Sa lık Hizmetleri ve Aile Hekimli i: Temel sa lık hizmetlerinde sorumluluk payla ımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yakla ım ba arıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçece i hekimler tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede hekim ve aile üyeleri daha yakın ve ki sel ili kiler kuracak ve sa lık e itiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sa lı ın düzeltilmesinde hekim önemli rol oynayacaktır. Bireylerin sa lık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesine imkân sa layacaktır. Koruyucu di hekimli i uygulamaları birinci basamakta yer alacaktır. Bu kapsamda 2005 yılında Düzce ilinde aile hekimli i pilot uygulaması ba latılmı , 2010 yılı sonu itibariyle de tüm Türkiye'de uygulanmaya ba lanmı tır"(13).

Aile Hekimli i uygulaması, hastaların aile hekimlerine daha kolay ula ması, doktorun bakaca ı maksimum nüfus sayısının belli olmasından dolayı doktorların hastalara daha çok vakit ayırması, vb. Gibi konularda iyi bir sistem olsada; doktorlar arasında hasta kapma ve aile hekimliklerindeki harcamaların aile hekimlerinin yapmasından dolayı sistemi ticarile tirmektedir.

- b. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri: Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön artı, hastanın kendi seçti i ve güvendi i bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sa lık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine ba lıdır. Kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimli i uygulaması" sistemin esasını olu turmaktadır. Bu hedefe yönelik olarak planlama ve te vik yapılması, birinci basamakta birçok hastanın probleminin çözülmesini sa layacaktır(13).

Ancak ülkemizde sevk zinciri uygulamaya konulmadı ından hastalar birinci basamak yerine direk ikinci basama a müracaat etmekte buda hastanelerin i yükünü a ırı bir ekilde arttırmaktadır. İkinci basama a müracaat eden asıl hastalar bu yı ılmalar sebebi ile saatlerce sıra beklemek zorunda kalmakta hatta muayenelerini olsalar bile tahlillerinin çıkması ve kontrolleri bir gün sonrasına kalabilmektedir.

- c. " dari ve Mali Özerkli e Sahip Sa lık i letmeleri: Ülkemizdeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına

uyum kaydı ile bütün bireylere hizmet verebileceklerdir. Hastaneler, bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulacaktır. Bu doğrultuda özel sağlık kuruluşları ile anlaşmalar yapılmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması adına 26 Haziran 2008'de yayınlanan Bakanlık genelgesi ile acil tıbbi müdahale gerektiren her türlü durumda hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna ulaştırılması ve getirildiği sağlık kuruluşunda gerekli acil müdahalelerin öncelikli ve ücretsiz olarak yapılması sağlanmıştır. Özel veya kamu ayrımı yapılmaksızın bütün hastaların nakil ve sevk işlemlerinin 112 komuta kontrol merkezi koordinasyonunda yapılması zorunluluğu getirilerek, hastaların hastane hastane dolaştırılmasına bağlı olarak zararların önüne geçilmiştir. Acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda; sosyal güvencesi ve ödeme gücü bulunmayan hastalardan ücret alınmaması, hizmet bedellerinin sağlık kuruluşunun bulunduğu sosyal yardımlarla karşılanması ve dayanışma vakfından/belediyelerden talep edilmesi, sosyal güvencesi olan hastalardan ise, fark ücreti istenmemesi sağlanarak vatandaşların mağduriyeti önlenmiştir"(13).

2.3.6.4 Bilgi ve Beceri ile Donanım , Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü

"Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa Birliği'ne uyum süreci de dikkate alınarak görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması sağlanacaktır. Bu çerçevede uzun yıllardır yetki alanları bir netliğe kavuşturulmamış olan, hastayla bire bir çalışan meslek mensuplarının da görev ve yetkileri tanımlanacaktır. Bunun yanı sıra hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin ülkemiz ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi amacıyla üniversitelerle geliştirilecek işbirliğinin yanında, birinci basamakta hizmet yapacak hekimlerin uzmanlaşması (aile hekimliği) için yeni bir müfredat programının oluşturulması sağlanacaktır. Toplumun ağız ve diş sağlığı açısından bilinçlendirilmesi, eğitiminin sağlanması ve koruyucu hekimlik çalışmalarıyla tedaviye yönelik yapılanmalar başta gelen görevlerdendir. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde tüm di hekimlerinden azami faydalanılacak, uzman di hekimleri ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer alacaklardır. Diğer yandan hemirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılacaktır. Sağlıkla Dönüşüm Programı'nın özünü oluşturan "aile sağlığı" kavramının güçlenerek yaygınlaşması için "aile sağlığı hemireli" geliştirilecek ve bu hizmetin birinci basamak içerisinde güçlü bir şekilde yer alması sağlanacaktır"(37).

"Sağlıkla Dönüşüm Programı'nın amaçlarına ulaşabilmesi, etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı doğrultusunda kullanılmasını beraberinde getirmekte, hem de deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sistemi yöneticilerinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilecektir"(37).

"Bu do rultuda sa lık personeline e itimler verilmeye ba lanmı tır. Öncelikle mevcut yöneticilerin e itimi konularında adeta seferberlik ba latılmı tır. Bir yandan teknik konularda bölgesel e itim toplantıları düzenlenirken, di er yandan Hıfzıssıhha Mektebi tarafından internet üzerinden sistematik sa lık yönetimi e itimleri verilmektedir"(13).

"E itimler kapsamında bugüne kadar 500'ü yönetici olmak üzere 6.500 ö renci sistemden faydalanmı tır. Ça da bir teknoloji olarak internet üzerinden uzaktan e itim sistemi, Cumhuriyet tarihinde ilk defa olarak sa lık i letmelerinin tüm yöneticilerine, yönetici adaylarına ve uzmanlarına e itim vermeyi hedef almaktadır. 2008 yılında tüm sa lık müdürleri 1 haftalık uyum e itimine alınmı tır. Hem irelik e itiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesini ve hem irelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde geli mesini sa layacak olan Hem irelik Kanunu çıkarılmı tır. Ancak geçi dönemi içerisinde meslek liselerinde hem ire yeti tirilmesi büyük ihtiyaca binaen devam ettirilecektir. Kanunda buna yönelik düzenleme de yapılmı tır"(13).

2.3.6.5 Sistemi Destekleyecek E itim ve Bilim Kurumları

"Sa lıkta dönü ümü gerçekle tirmek ve ba arıyı sürekli kılmak için, halk sa lı ı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sa lık politikası, sa lık i letmecili i, sa lık ekonomisi ve sa lık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç sebebiyle bu nitelikte personelin yeti mesine yönelik e itim kurumlarının ya ama geçirilmesi hedeflenmektedir"(37).

"Halk sa lı ı bilimini geli mi teknikler kullanarak, multidisipliner bir yakla ımla uygulayacak ekiplerin yeti mesi ve uygulamaların planlanması için böyle bir kurumun yoklu u ciddi bir eksiklidir. Üniversitelerde bulunan halk sa lı ı anabilim dalları, daha ziyade tıp fakülteleri bünyesinde olu turulmu toplum hekimli i uygulamalarına yönelik birimlerdir. Oysa halk sa lı ı, toplum hekimli ini de içine alan, bundan çok daha geni , farklı disiplinleri bir araya getiren bir bilim dalıdır. Sa lıkta Dönü üm Programı'nın öncelikli hedefleri arasında ülkemize böyle bir kurumu kazandırmak vardır"(37).

"Mevcut tıp e itimi veren kurumlarla ileti imi artırarak tıp e itimini, Sa lıkta Dönü üm Programı amaçları do rultusunda etkilemek ve Hıfzıssıhha Mektebi'ni tekrar açarak faaliyete geçirmek amaçlanmı tır. Bu do rultuda Hıfzıssıhha Mektebi, 10 Ekim 2008 tarihi itibariyle Türkiye Sa lık Kurumu olarak yeniden yapılandırılmı tır. Kurum, uzaktan sa lık e itimi sertifika kursları açmanın yanında sa lık sisteminin geli tirilmesi, sektörler ve uluslararası i birli inin güçlendirilmesini de kendine amaç edinmektedir"(30).

2.3.6.6 Nitelikli ve Etkili Sa lık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon

"Sa lık sektöründe hizmetin kabul edilebilirli i ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli standartlara uygunlu u tek ba ına yeterli de ildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktılarının

de erlendirildi i bir mekanizmanın kurulması gerekir. Son zamanlara kadar kalite, ihmal edilmi bir konu olmasına ra men bugün hem hizmet sunucuları hem de finansal kaynak sa layıcıları tarafından daha fazla dikkat çekmeye ba lamı tır"(37).

"Sa lıkta Dönü üm Programı, ölkemizin imdiye dek gündeminde yeterince yer almamı bir ihtiyaca öncelik vermektedir. Kurulacak olan "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu", bugün bir kavram karga ası içinde bulunan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerekti i gibi düzenleyecektir. Bu kurumun özerk bir yapıda, sektörün taraftarının yönetiminde söz sahibi oldu u bir ekilde kurulması, geli mi ölkelerdeki örneklere benzer ekilde faaliyete geçmesi amaçlanmaktadır. Kurum, sa lık sonuçlarını ölçmek için sistemler geli tirecek ve bu sonuç ölçümlerini sa lık hizmet sunucularına performans göstergeleri olu turmak amacıyla kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını içeren veri tabanları olu turulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sa lanacaktır"(37).

"Bu do rultuda Sa lık Bakanlığı ı 2005 yılından beri tüm kurumlarında, performansa dayalı ek ödeme uygulamasına entegre edilen ve kurumsal olarak kurumların performans ve kalite çalı malarını de erlendiren bir uygulama daha ba latmı tır. Ba latılan bu uygulama, 1, 2 ve 3. basamak sa lık kurumlarının hizmet içeri ine göre farklıla tırılmı ve hizmetlerin do ru, yeterli, kaliteli ve verimli bir ekilde verilmesini öngören bir de erlendirme seti ortaya koymu tur. Personelin sundu u sa lık hizmetinin performans ölçümünün tamamlayıcısı olan kurumsal düzeyde performans ölçümü, temel sa lık hizmetlerini daha geni bir evrende de erlendirmeye almaktadır. Kurumsal düzeyde performans ölçümü sa lık hizmetinde kaliteyi, verimlili i ve hasta memnuniyetinin arttırılmasını hedeflemekte ve bireysel performansa olan etkisi nedeniyle tüm personelin kaliteli hizmete katılımını sa lamaktadır"(13).

Ayrıca sa lık hizmetlerinin sunumunda etik de erlerin korunabilmesi esastır. Bu da ancak güçlü yaptırım yetkisi olan bir etik kurulun kurulması ile ba arılabilir. Kurum, sektörün çe itli temsilcilerinin katkıları ile olu malı ve geni yetkilerle donatılmalıdır(37).

2.3.6.7 Akılcı ilaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

"İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında, uluslararası normları yakalayacak kurumsal olu umlara duyulan ihtiyaçtan söz edilerek, özerk nitelikte, ilaç ve tıbbi cihaz konusunda uzman, ayrı ayrı ya da tek çatı altında bir kurum olu turulması hedeflenmektedir"(37).

"Akılcı ilaç kullanımı konusuna verilen önem çerçevesinde, özellikle birinci basamak hekimlerine yönelik tanı ve tedavi rehberleri yayımlanmı tır. Ayrıca bu konudaki kurumsal yapılanma hazırlıklar devam etmektedir. Bireyleri akılcı ilaç kullanımı konusunda

bilinçlendirecek televizyon programlarının hazırlıklarına başlanmıştır. Okullarda çocuklara bilgilendirici seminerler verilmesi ve sağlık derslerinin müfredatına bu konunun konulması için Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği geliştirilmektedir"(13).

2.3.6.8 Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

"Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey ilerlemesi gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin değerlendirilmesi noktasında yatay bir entegrasyon ihtiyaç göstermektedir"(37).

"Sağlık hizmetlerinde eğitilmiş, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sisteminin kurulması gerekmektedir. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Bu noktada Bakanlığın yaklaşımı, gelişen teknolojiler doğrultusunda modüler yapılarla gerektiğinde büyüyeabilen, kullanıcı-hizmet sunucusu ile en az ihtiyaç gösteren bir yapı oluşturulmalıdır"(37).

Sağlık bilgi sisteminin ana hatları şöyledir.

- Web teknolojisine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilmesi,
- Karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilmeli,
- Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılması sağlanmalı,
- Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen veriler doğrultusunda hizmet planlanması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlam olduğu olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dahilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklemeli,
- Ulusal Sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemleri oluşturulmalı ve uluslararası sistemlerle entegrasyonunu sağlamalı,
- ilaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanımalı,
- Sağlık hizmeti sunumunda dağınıklığı ve dolulukları denetleme imkânı vermeli,
- MERNİS ile entegre kişisel referans kaydını esas almalı,

- Aile hekimlerini kendi hastaları ile ili kilendirmeli ve sistemde yetkilendirmeli,
- Vatanda odaklı olmalı ve hasta memnuniyetini sa layarak “elektronik randevu” gibi asgari hizmet sunumuna olanak vermelidir”(37).

"Bu do rultuda öncelikle sa lık hizmeti verilirken ileti im kurulan kurumların standart tanımları, hizmet veren doktorların veri bankası, uluslararası kabul edilmi hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları gibi standart kodlama sistemleri belirlenmi ve uyumlu tırılarak sektörde kullanılmaya ba lanmı tır. Elektronik hasta kaydının öncüsü ve sa lık bilgi sisteminin sınırlı bir ölçekte örne i olan Aile Hekimli i Bilgi Sistemi uygulamaya konulmu tur. Bu yolla Aile Hekimli i uygulanan illerde bugüne kadar yakla ık 17 milyon bireyin Elektronik Sa lık Kayıtları tutulmaya ba lanmı tır. Tek Düzen Muhasebe Sistemi devreye alınmı tır. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi ile insan, malzeme ve mali kaynaklarının izlenmesi ve yönlendirilmesi için do ru ve güncel bilgi deste inin her düzeydeki yöneticiye sunulmasını sa lanmı tır. Sa lık Bakanlığı ihale Bilgi Sistemi ile Bakanlı na ba lı il Sa lık Müdürlükleri, tüm hastaneler ve Hıfzıssıhha Bölge Müdürlüklerinde ilaç, tıbbi cihaz, malzeme ve hizmet alımları ile ilgili ihale sonuçları görülebilmektedir. Ye il Kart Bilgi Sistemi ile ye il kart sahibi bireylerin Emekli Sandı ı reçete kontrol sistemine dahil olmaları sa lanmı tır. İlaç ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırma kodları uygulamaya konulmu tur. Sa lık bili iminde ilk defa Ulusal Sa lık Veri Sözlü ü, Minimum Sa lık Veri Setleri hazırlanarak Sa lık Kodlama Referans Sunucusu hayata geçirilmi tir”(13).

"Sa lık bilgi sistemi, sa lıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sa lık sektöründe sorunların ve önceliklerin saptanmasında, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalı ma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sa lık hizmetlerinin kalitesinin de erlendirilmesinde, bilimsel ara tırma ve çalı malarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve i leyecek bir fonksiyon üstlenecektir. Bu sistem, günümüz ileti im olanaklarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden i leyecektir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelecektir. MERNIS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sa lık veri tabanlarında ek bir ö e olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sa lık hizmetlerinin kullanımına ili kin verileri e le tirmeyi kolayla tıracaktır. Her Türk vatanda na verilen bu numaranın kullanılması ve farklı veri tabanlarında tutulan verilerin kar ılıklı e le tirilmesine fırsat verecek, tedavi için ba vuran hastaların sigortalı olup olmadıklarını hızlı olarak teyit edecek ve birden fazla sigorta sisteminin imkânlarından yararlanan ki ileri tespit edebilecektir(37).

2.4. Türkiye’de Kamu Hastaneleri

2.4.1. Kamu Hastaneleri Kurumu

"Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sa lık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, a ız ve di sa lı ı merkezlerinin ve benzeri sa lık kurulu larının açılması, i letilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, de erlendirilmesi ve denetlenmesi,

bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlıkça Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- a) Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş hekimlik merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.
- b) Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması amacıyla Bakanlıkça teklifte bulunmak.
- c) Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematiğini için her türlü alt yapıyı kurmak.
- ç) Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.
- d) Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, mütekerrek çalışmaları yürütmek.
- e) Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak.
- f) Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.
- g) Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arazi, idari ve malî hizmetleri yürütmek"(38).

"Kamu yönetiminin yapısı açısından diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de merkezi yönetim ve yerel yönetim olarak hiyerarşik bir yapılanma mevcuttur. Hizmetlerde meydana gelen gecikme, yerel ihtiyaçlara hizmetlerin uygun olmaması, bürokratik işlemler nedeniyle hizmet yükünün artarak ana faaliyetlerin yerine getirilememesi, merkezden yönetimin demokratik değerler ve yönetime katılmaya imkân vermemesi gibi nedenlerle merkezden yönetim anlayışından vazgeçilerek yerinden yönetim anlayışı ve yapılanmasına yönelme olmuştur"(39).

2.4.2. Kamu Hastaneleri Birliği

Kamu Hastaneleri Birliği, sağlıkta dönüşüm programının temel felsefesi olan verimli ve etkin sağlık hizmetlerinin sunulması, vatandaşlarımızın tüm sağlık ihtiyaçlarına cevap vermeyi amaçlamaktadır(40).

"Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak

iletilir. Hizmetin büyüklü ü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde Birlik kapsamı dı nda sa lık kurumu bırakılmaz.

(1) Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

(2) Birlik te kilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur.

(3) Genel sekreterlik birli in en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler ba kanlıkları kurulur.

(4) Birli e ba lı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine ba lı olarak ba hekimlik, idarî ve malî i ler ile sa lık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek ki iye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev da ılımları yeniden belirlenir.

(5) Kurumca tespit edilen norm ve standardı a mamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda ba hekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur"(38).

"663 Sayılı Sa lık Bakanlığı Ve Ba lı Kurulu larının Te kilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 30. Maddesinde birliklerin kurulu u detaylandırılmıştır. Sa lık Bakanlığı na ba lı olarak ikinci ve üçüncü basamak sa lık kurumları bir birli e ba lı olarak çalışma zorunlulu u getirilmiştir. Hizmetin büyüklü ü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bu ekilde kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak belirlenmektedir. Türkiye'deki 81 il olup, kurulan birlik sayısı 88'dir. İstanbul ilinde 6 birlik, İzmir ve Ankara ilinde 2'er birlik kurulmuştur"(39).

Kamu Hastaneleri Birli inin uygulamaya geçmesi ile Devlet Hastanelerinin yapısında meydana gelen değişim, gerek kamuoyunda gerekse bilimsel çevrelerde olumlu veya olumsuz eleştirilerle tartışılmı ve halende tartışmaya devam etmektedir.

Getirilen eleştirilerin bağlamında Kamu hastane birlikleri uygulamasının ileride sa lık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkansa layaca ı ve kamu hastanelerinin kar amacı güden işletmeler haline geçme yönündedir. Sa lık çalışanları Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerin özelleştirileceğine inanmaktadır. Kamu hastane birlikleri tasarısı üzerine akademisyenler, çeşitli sivil toplum kuruluşları, meslek odaları ve sendikalar tarafından yapılan eleştirilerde bunu desteklemekte ve örtünmektedir.

"Tasarının dördüncü maddesinde personelin niteliği, statüsü ve hakları belirlenmektedir. Birliklerde görev yapacak olan mevcut hastane yöneticilerinin hepsinin görevi sona erecek veya uygun nitelikleri taşıyanlar genel sekreter isterse görev yapabileceklerdir. Yıllarını bu kurumlara harcayan ve işlevi en iyi bilen insanların bu yolla tasfiye edilmesi kurum işlevi içinde geri dönülmez zararlar ortaya çıkarabilecektir. Söz konusu böyle bir hükümlerle bu kurumların yönetim kademelerinin tamamının değiştirilmesi, yeni yöneticiler ve birlikte görev yapacak uzmanlar için sadece üniversite mezunu ve 5 yıllık iş deneyimi şartı aranması ile geniş bir kesimden seçim yapılabilecek olması siyasi müdahalelerin ve kadrola manın önünü açacaktır. Nitelikli insanlar yerine birilerinin himayesinde olanlar bu görevlere atanacaklardır. Bu da kurumları devletin de il de siyasal partilerin veya yönetime etki edenlerin kurumu hüviyetine sokacaktır. Birliklerde çalışan personelin sözleşmeli olarak iş güvencesinden yoksun bir biçimde çalıştırılarak ve sözleşmelerin genel sekreterin teklifi ile bitirilebilecek olması kabul edilemezdir"(41).

"Hastaneler birden fazla sağlık meslek üyelerinin ortaklaşa hizmetini gerekli kılan kurumlardır. Bu özellikleri, yönetimlerini de farklı kılar. Gelişmiş ya da az gelişmiş tüm modellerde, hastane yönetiminde üç temel hizmet, tarih boyunca ana fonksiyonel bölüm olarak yer almıştır. Bunlar Tıp Hizmetleri, Hemirelik Hizmetleri ve İdari ve Mali Hizmetler olarak yönetimin üç ayağını oluştururlar. Hastanelerin amaçlarına ulaşmalarında, hemirelik hizmetlerinin rolü ve önemi tartışılmaz. Özellikle günümüzde kalite, verimlilik, hasta memnuniyeti gibi performans ölçütlerine erişilmesi önemli ölçüde hemirelik hizmetlerinin niteliği ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel iş gücü olarak kabul edilen hemireler, hastanelerin kesintisiz olarak 24 saat süreli hasta bakım ve hemirelik hizmetlerinin uygulanması ve hizmetlerinin yönetiminden sorumludur. Bu yapı, geleneksel ve modern hastane organizasyonlarında değişmez bir gerçektir. Söz konusu tasarıda tıp hizmetleri ve idari hizmetler, yönetim yapısında yerini korurken, hangi amaca hizmet ettiği anlaşılmayan bir şekilde hemirelik hizmetleri yönetimine yer verilmediği görülmektedir. Oysa, 8 Mart 2010 tarih ve 27515 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Hemirelik Yönetmeliği"nde hemirelik hizmetlerinin kapsamı belirlenmiş ve Ba hemirelerin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Bu tasarı ile, hemirelik hizmetleri yönetimlerinin hastane yönetim yapısı içinde özerk olup olmadığı tartışılır hale gelmiştir"(42).

"Tasarinin 2010 da yaptigi calisma da kamu ve özel saglik kurullarında calisan saglik yöneticilerinin, saglik hizmetleri sunumunun ve yönetiminin nasıl olması gerektiği ve Kamu Hastaneleri Birliği pilot uygulaması hakkında kanun tasarısının etkileri hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarmış ve bu konu ile ilgili önerileri tespit etmiştir. Araştırmaya katılan saglik yöneticileri, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan tasarının hastane yönetimi üzerine olumlu etkilerini hastanelere tüzel kişiliğinin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığının hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması olarak belirtmişlerdir. Sağlık yöneticileri, tasarının hastane yönetimi üzerindeki olumsuz etkilerini ise, sağlıkla ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması

sonucu kadrola ma riskinin artması, mevcut olan kamu alım mevzuatının aynen sürdürülmesi, tasarıda personele fazla mesai için ek ödeme yapılmayacağı belirtilmesi ve tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların yönetim kurulunda görüşülemeyeceği maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi olarak ifade edilmiştir"(43).

"HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği) sağlık politikaları ve istihdam çalışmaları grubu tarafından oluşturulan 663 sayılı kanun hükmünde kararname hakkındaki raporda da belirtildiği gibi Kamu Hastane Birliklerinin yönetiminde görev alacak olan genel sekreter ve hastane yöneticilerinin seçiminde sağlık sektörü deneyimi artırılmalı ve aranmaması da çok yanlış bir uygulama olacaktır. Bu durum, hastanelerin artık bir işletme gözüyle görüldüğünü göstermektedir. Sağlık sektörü dışından bir kişinin hastaneyi işletme mantığı ile yönetebileceği bir sistemin kurgulanması doğrudur"(44).

"Sağlık hizmetlerinin tek elden ve Sağlık Bakanlığınca yönetilmesi koordinasyon sorunlarını ortadan kaldıracaktır. Demokratik bir yönetim olmalı ve yerel yönetimlere gerekli yetki devri yapılabilir. Hizmetler yerel öncelikler göz önüne alınarak ve onların katkısıyla planlanmalıdır. Halk, sağlık hizmetlerini benimser ve ona sahip çıkarsa, başarı artar. Bu nedenle, hizmetlerin planlanması ve uygulanması amaçlarında, hizmetleri alacak kişilerle ilgili kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esastır. Yöneticilerin nitelikli ve yetkin olmaları ve liyakat özelliğine göre yükselmeleri, görev yapmaları gereklidir. Personelin görev tanımları, performans kriterleri net olarak çıkartılıp, eğitim ve denetimleri süreklilik arz etmelidir"(45).

Kamu hastaneleri kanun tasarısı üzerine yapılan eleştirilerden de anlaşılacağı üzere akademisyenler, sivil toplum kuruluşları, sendikalar ve sağlık çalışanlarının öncelikli kaygıları; Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlığın özelleştirilmesi sonucu özelleştirilmesinin başarısızlığı, sağlık sisteminde karar amaçlı güdümlü işletme mantığı ile bakılması, sağlığın ticarileştirilmesi, devletin sağlık sisteminden elini çekerek sadece denetim pozisyonunda olması ve sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak çalışacak olmalarıdır.

2.4.1.2. Kamu Hastane Birliklerinin Organizasyonu

Kamu Hastaneleri Birliğinin idari yapısı Genel Sekreterlik ve Hastane yöneticileri olmak üzere iki ayrı birimden oluşmaktadır.

a) Genel Sekreterlik

"Genel Sekreterlik, birliğin en üst karar ve yürütme organı olarak kurulmuştur. Birliğin yönetiminden Genel Sekreter sorumlu olacaktır. Birlik bünyesinde personel hareketleri de genel sekreter kontrolünde idari hizmetler başkanı tarafından gerçekleştirilecektir. Bu düzenlemeyle

genel sekreterlik birlik bünyesinden bir personeli bir hastaneden başka bir hastaneye atayabilecektir. Genel Sekreterlik bünyesinde üç ayrı başkanlık bulunacaktır. Tıbbi Hizmetler Başkanı, Tıbbi Hizmetler Başkanı ve Mali Hizmetler Başkanı. Bu Başkanlıklara başkanlıkların yürütülmesinde görevli Uzmanlar ve Büro Görevlileri çalışacaktır"(46).

Genel Sekreterlik'in görevleri

"Genel Sekreterlik, birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel Sekreterlik'in görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- 1) Sağlık tesislerini işletmek, faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek ve denetlemek, bu tesislerde her türlü koruyucu, tıbbi, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapmak ve politika oluşturulması amacıyla Kuruma teklifte bulunmak.
- 2) Kurum onayı ile sağlık tesislerinin açılması ve işletilmesi işlemlerini yürütmek.
- 3) Bünyesindeki sağlık tesislerinde performans değerlendirme sistematiği için her türlü alt yapıyı kurmak, rapor sonuçlarını belirli aralıklarla Kuruma bildirmek.
- 4) Sağlık tesislerinde hasta ve çalışan hakları ile güvenli ine yönelik iyileştirme ve geliştirme çalışmaları yapılmasını sağlamak ve takibini yapmak.
- 5) Hedeflenen standartlarda hizmet sunumu ve sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması amacıyla, kamu veya özel kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ile bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, mühterak çalışmaları yürütmek.
- 6) Kurum tarafından belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde Birlik dâhilinde personel hareketlerini gerçekleştirmek.
- 7) Kurum tarafından belirlenen sınırlar çerçevesinde Birlik hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, inşaat, bakım ve onarım işlemlerini yürütmek"(46).

b) Hastane Yönetimi

"663 Sayılı kanun hükmünde kararname ile geleneksel hastane yönetimi uygulamasına son verilmiştir. Yeni düzenlemede Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından idare edilecektir. Hastane yöneticisi il düzeyinde kurulan hastaneler birliği genel sekreterinin hastane ölçeğinde görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olacaktır. Keza yeni düzenlemeye göre hastane yöneticisine başkan olarak; Başhekimlik, Tıbbi ve Mali İşler Müdürlüğü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ve Otelcilik Hizmetleri Müdürlükleri kurulacaktır"(46).

2.5. Dünya Ülkelerinde Kamu Hastaneleri

2.5.1. ABD

"ABD'deki hastanelerin büyük kısmı kâr amacı gütmeyen özel hastaneler(voluntary hospital)'dir. Bu nedenle ABD'deki hastaneler; bazı hususlar dışında(örneğin, bölgesel hastane planlaması vb. konularda) birbirinden oldukça bağımsız, idari açıdan özerk yapıdadırlar. Bununla birlikte birer gönüllü kurulu olan JCAH(Joint Commission on Accreditation of Hospitals) ve AHA (American Hospital Association) gibi mesleki kuruluşların ve birer bölgesel sağlık örgütü olan PSRO'nun (Professional Standards Review Organizations) etkin ve sürekli denetimleri sonucu hastanelerin organizasyon yapılarında da standartla malimi ortaya çıkmıştır. Hastane organizasyonunun gelişiminde rol oynayan 1983 yılında Griffiths Raporunun yayınlanmasından sonra sağlık sisteminin her bir basamağı ile sağlık yöneticilerinin ilişkileri geliştirildi, bunu takiben Amerika'da hastaneler şirket olarak düzenlenerek idari, profesyonel yöneticilere, sağlık çalışanları; doktorlardan oluşan yöneticilerin sorumluluğuna verildi"(47).

"ABD'de sağlık hizmetleri sisteminin örgütlenmesi federal eyalet ve yerel düzeyde olmak üzere üç kademededir. Sağlık ve insan hizmetleri bölümünün varlığına rağmen merkezi bir sistem görülmez hiyerarşik bir yapı yoktur. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı ABD için Federal Sağlık Bakanlığı konumundadır. Sağlık ve insan hizmetleri bölümü (departman) bütün Amerikalıların sağlığını korumak ve temel insani hizmetleri sağlamakla sorumludur. Departman bünyesinde 300 den fazla programı barındırmaktadır. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümünün başında bölüm başkanı bulunmaktadır. Başdanıman, yönetim sekreteri ve hükümetler arası ve bölge yöneticileriyle ilişkiler ofisi bölüm başkanına bağlı olarak çalışmaktadır. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümünün bünyesinde 27 ayrı alt yönetim kademesi bulunmaktadır. Ordu mensupları ve gaziler için ayrı sağlık hizmetleri vardır"(48).

"Bu organizasyon yapısında hastane yönetimi, mütevelli heyeti ya da yönetimkurulu olarak adlandırılan yönetim ekibine (governing body) bırakılmıştır. Hastanenin mal varlığının yönetiminden, hastaların verilen tedavi hizmetine kadar her türlü konuda sorumlu olan yönetim ekibinin hastane içindeki görevi, sanayi kuruluşlarındaki yönetim kurullarının görevlerine benzemektedir. Başka deyişle, yönetim ekibi hastane yönetimi için danışmanlık yapmakta, önemli kararları ve politikaları gözden geçirerek onaylamaktadır. Hastane içindeki yürütmeden ise; hastane müdürü (chief executive officer) sorumludur. Yönetim ekibi hastanede günlük işlerin yürütülmesi yetkilerini hastane müdürüne devretmiştir. Hastane müdürünün altında ise, fonksiyon (işlev) esasına göre oluşturulmuş bölümlerin idarecileri bulunmaktadır. Bu idareciler; tıp hizmetlerinden sorumlu başhekim, yardımcı tıp hizmetlerinden sorumlu bir patolog veya bir hastane müdür yardımcısı, hemirelik hizmetlerinden sorumlu başhemire, mali-destek hizmetlerden sorumlu finans uzmanı veya bir hastane müdür yardımcısıdır"(48).

"Amerika Sağlık Sisteminde hastaneler karmaşık bir yapıdadır ve hale gelişmeye devam etmektedir. Amerikan Hastaneleri birliğine göre, hastaneler sürekli hemirelik hizmeti veren birincil

görevi te his ve tedavi hizmeti olan doktorlar tarafından örgütlenmi lisanslı en az altı yataklı kurulu lardır. Hastaneler hizmet tipleri, sahiplikleri, yatı süreleri ve yatak sayılarına göre sınıflandırılmaktadır.

- a) Federal Hastaneler: Federal hükümet tarafından i letilen hastanelerdir.
- b) Halk Hastaneleri: halk hastaneleri kısa dönemli bakım sa layan (30 günün altında). federal olmayan genel ve uzmanlık hastaneleridir.
- c) Kar amaçlı hastaneler: Kar amaçlı hastaneler bireyler ortaklıklar ve irketler tarafından i letilen hastanelerdir.
- d) Kar amacı olmayan hastaneler: dayanı ma vakıfları, Dinsel örgütler gibi kar dı ında amaçlarla hizmet veren kurumlar tarafından i letilen hastanelerdir"(20).

2.5.2. talya

"Ulusal sa lık hizmeti açısından merkezi kurum Sa lık Bakanlı ı (Ministero Della Salute) dır. Tüm vatanda ları kapsayan sa lık hizmetlerinin düzeylerini ve hedeflerini belirlemek için gerekli sa lık politikalarının ve programlarının olu turulmasından sorumludur. talya'da sa lık hizmetleri ulusal bölgesel ve yerel seviyede örgütlenmi tir. Ulusal düzeyde Sa lık Bakanlı ı sa lıkla ilgili politika amaç ve temel prensipleri belirler. Bölgesel düzeyde ise bölge sa lık yönetimlerinde sa lık birimleri aracılı ı ve kamu-özele ait hastaneler aracılı ı ile sa lık hizmetleri verilir. Birinci basamakta sa lık hizmetleri yerel sa lık otoritelerine ba lı devletle sözleşme yaparak çalı an ba ımlı veya ba ımsız uzman ve genel pratisyenler tarafından verilmektedir. kinci ve üçüncü basamak sa lık hizmetleri ise akredite kamu ve sa lık kurulu ları tarafından sa lanmaktadır. Sa lık hizmetlerinde yüksek seviyede desantralizasyon sa lanmı tir. Yerel sa lık birimleri sa lık hizmetlerinin sunumundan do rudan sorumludur. Bölgesel seviyede bölge sa lık idareleri kendi bölgeleri ile ilgili sa lık planlaması ve hizmet sunumundan sorumludur. kincil ve üçüncül sa lık hizmetleri büyük oranda yerel sa lık birimlerinin kendi kurumlarında ve gerekti inde kamu veya özel sektöre ait hastaneler tarafından verilmektedir"(49).

" talya Ulusal Sa lık Hizmeti hastane hizmetini garanti etmektedir. Hastaneler genellikle kamu hastaneleridir (YSO Hastaneleri) Bu hastaneler bölge hükümetlerinin finansını üstlendikleri kamu kurumlarıdır. Hastaneler genellikle dört temel hizmeti sa lamaktadır: temel sa lık hizmetleri, cerrahi hizmetler, çocuk sa lı ı hizmetleri, kadın sa lı ı ve do um hizmetleri Kamu hastanelerinde ya da özel hastanelerde genel pratisyenler tarafından sevk yapılmı olması ko uluyla sa lık hizmeti ücretsiz olarak sunulmaktadır"(49).

2.5.3. ngiltere

" ngiltere' de sa lık hizmetleri, 1948'te kurulan Ulusal Sa lık Hizmetleri (National Health Service, NHS) tarafından koordine edilmektedir. Sa lık Bakanlı ının altında faaliyet gösteren Ulusal Sa lık Hizmetleri'nin temel amacı, sa lık hizmetlerinde yenilikleri ara tırmak ve sa lık sektörü yöneticilerine e itimler uygulayarak verimliliklerini artırmaktır. Ulusal Sa lık Hizmetleri birinci basamak (primary care) ve ikinci basamak (secondary care) olmak üzere iki

düzye gerçekte tirilmektedir. Ulusal Sa lık Hizmetleri, hastanelerde yüksek kaliteli sa lık hizmeti sunuldu undan ve kendilerine ayrılan parayı verimli bir ekilde harcadıklarından emin olmak üzere hastane yönetimi için olu turulmu "Trust Board" adı verilen kurullar tarafından yürütülür ve yönetilir. Bu kurullar, yapısına göre bir veya daha fazla hastanenin yönetiminden sorumlu olabilmektedir. Ulusal Sa lık Hizmetlerini yerel düzeyde i leten organizasyon türlerinden olan Stratejik Sa lık Otoritesinin (Strategic Health Authority, SHA) altında, yerel düzeyde farklı sorumlulukların yerine getirilmesiyle yükümlü çe itli kurullar faaliyet göstermektedir. Bu kurullar, ayrıca hastanenin hizmetlerini geli tirmek üzere nasıl bir strateji belirleyece ine de karar vermektedirler"(48).

Sa lık hizmetlerinin yönetimi Sa lık Bakanlığı ı'nın merkezi sorumlulu u altındadır. Sa lık Bakanlığı ı'na, Bölge Sa lık Yönetimi ve Aile Hekimliği Komitesi olarak iki ana yönetim birimi ba lıdır(50).

ngiltere sa lık sisteminde hastaneler Ulusal Sa lık Hizmeti Tröstleri (NHS Trusts) tarafından yönetilmektedir. Bu tröstler hastanelerin yüksek kalitede sa lık hizmeti sunmalarını sa lamakla görevlidir(20).

"Sistemin en üst kademesi Sa lık Bölümü (Bakanlı ı) adlı hükümet birimidir. Bir sekreter (Bakan) tarafından yönetilir. Sa lık bölümünün asıl hizmet birimleri yerel ve bölgesel yapıdadır. Merkezi yönetim rolü daha çok politika belirleme ve finansal kaynak sa lama eklindedir"(20).

"Hastaneler genel olarak kamu hastaneleridir. Özel hastaneler a ırlıklı olarak özel sa lık sigortalarına ve ki isel do rudan (cepten) ödeme yapanlara hizmet vermektedir. Ülkede özel sa lık hizmetleri serbest olmasına kar ın kamu hizmetlerinin yeterlili i sebebiyle fazla bir önem ta ınmaktadır. Hizmet arz ve talebinde özel sektörün payı çok azdır"(51).

2.5.4. Almanya

"Almanya'da hastanelerin yakla ık üçte biri devlet hastanesi, üçte biri kâr amacı gütmeyen özel hastane, üçte biri de kar amacı güden, özel hastane statüsündedir. Kâr amacı gütmeyen özel hastanelerin yönetim ve organizasyonları ABD hastanelerinin yönetim ve organizasyonuna benzemektedir. Federal Alman hastanelerinin organizasyon açısından özellikleri u ekilde özetlenebilir: Sa lık hizmetlerin ülke çapında organizasyonundan ve yürütülmesinden Federal Gençlik, Aile ve Sa lık leri Bakanlığı ı sorumlu bulunmaktadır. Bu bakanlı ın altında eyalet sa lık bakanlıkları, o'nun da altında yerel idare sa lık kurulları yer almaktadır. Devlet hastanelerinin mülkiyeti, mülki ve yerel idarelere ait oldu undan; hastanelerin yönetimi ve kontrolü yetkisi de bu idarelerdedir. Fakat mülki ve yerel idarelerin yetkileri, mali denetim ve bölge hastane planlaması ile sınırlı oldu undan, hastanelerin iç organizasyonunda oldukça otonom sayılabilecek bir idari yapı söz konusudur. Hastanelerin iç organizasyonunda en üst idari organ; hastane Direktörlü ü'dür (krankenhaus direktorium):

ngiltere'deki hastanelerde mevcut olan "hastane yönetim ekibi" ile aynı i levlere sahip olan hastane direktörlü ü, hastane ba hekiminden, hastane Ba hem iresinden ve idare müdüründen olu maktadır. Dolayısıyla, hastane içinde yürütülen faaliyetler üç ana grupta toplanmı tır: Tıp ve yardımcı tıp hizmetleri (sorumlusu ba hekim), hem irelik hizmetleri (sorumlusu ba hem ire) ve mali destek hizmetleri (sorumlusu idare müdürü) Bu fonksiyonel alanlarda yürütmeden sorumlu olan idareciler, aynı zamanda hastane direktörlü ünün üyeleri olduklarından, yine ngiltere'deki gibi fonksiyonel yöneticiler üst kademe yöneticisi durumundadırlar. Ba ka deyi le, hastane iç organizasyonunda üst ve orta kademe yönetim organları birle tirilmi tir. stanbul'daki Alman Hastanesi de bu organizasyon yapısı içinde yönetilmektedir"(48).

"Sa lık hizmetleri bölgelere (region) ayrılmı , bu bölgeler içinde de dar bölgeler (aren) olu turulmu tur. Dar bölgeler içinde ise, sa lık hizmetlerinin yerinden yönetim birimleri olan alt bölge (district) sa lık te kilatları olu turulmu tur. Hiyerar ik olarak birbirlerine ba lı olan bu te kilatların en üstünde Bakanlık örgütü bulunmaktadır. Sa lık hizmetlerinin yürütülmesi görevi, alt bölge sa lık te kilatlarına verilmi tir. Dolayısıyla hastaneler de bu te kilatlara ba lanmı tır (alt bölge olu turulmayan bu bölgelerde, hastaneler dar bölge sa lık te kilatlarına ba lı bulunmaktadır) Alt bölge sa lık te kilatlarının üstünde yer alan dar bölge sa lık te kilatları, sorumlu oldukları co rafî alan için ise sa lık hizmetlerinin planlanması, organizasyonu ve denetimi ile bazı destek hizmetlerin (bilgi i lem hizmetleri, ambulans servisi gibi) yürütülmesiyle görevli bulunmaktadır"(52).

"Almanya'da hastane hizmetleri geleneksel olarak yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmı tır. Akut hastaneler ayakta acil bakım hizmeti sunarken, yalnızca üniversite hastaneleri resmi ayakta bakım hizmeti sunan kurulu lardır. 2004 yılından beri hastanelerde, düzenli olarak özel bakım hizmeti gerektiren hastalara ayakta tedavi hizmeti sunulmaktadır. Yataklı tedavi hizmetlerinin planlama ve düzenleme faaliyetleri Federal Sa lık Bakanlı ı ve/veya Lander düzeyinde federal yasalar çerçevesinde yapılmaktadır. Bu hizmetler kapsamında son derece özelle tirilmi tedavi hizmetleri (örne in nörocerrahi) ve ikincil sa lık hizmeti sunulmaktadır. Hastane planlamasının yöntem ve içeri i eyaletler arasında de i iklik göstermektedir. Son yıllarda bazı hastane idareleri ihtiyaçların tanımlanmasında ve performansın belirlenmesinde ara tırma kurulu larından yardım almaktadır. Hastalık fonları ve di er sa lık hizmeti sunucuları Lander hastane komitelerinde söz hakkına sahiptir, alınacak son karar politik-idari düzeyde belirlenmektedir"(20).

2.5.5. Rusya Federasyonu:

"Rusya Federasyonu'nda sa lık hizmetleri reformu ile sa lık hizmetlerin kalitesini artırmak, yönetim yetkisini yaymak, hizmet sunumunda Devlet tekeline kırmak ve hasta hakları aracılı yla bazı piyasa ö eleri getirmek ve bir "Planlanmı Pazar" kurmak amaçları güdülmektedir. Ancak parlamentodaki yasama süreci sonucunda Haziran 1991'de onaylanan yasada bu prensipler sınırlandırılmı ,de i tirilmi , daraltılmı ve en sonunda netlikten uzak bir

biçim almı tır. Yasa üzerinde Nisan 1993'te önemli de i iklikler yapılmı olmakla birlikte orijinal ilkelere dönüldü ünü ileri sürmek olanaksızdır"(49).

"Rusya Federasyonu federal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç yönetim sistemine bölünmü ve sa lık sistemi bu do rultuda örgütlenmi tir. Federal düzeydeki Sa lık Bakanlı ının görevi merkezi politikanın yapısını olu turmak ve alınan kararların bölgelere intikalini sa lamaktır. Ancak bölgesel güçlerin geli mesi ile bakanlık emirlerine fazla uyulmamaktadır. Bölgesel seviyede oldukça uzmanla mı tıbbi kurumlar bulunmaktadır. Bölgesel yönetimler oldukça özerk olarak i lemektedir. Bu yönetimler genel hastaneleri, çocuk hastanelerini, bula ıcı hastalıklar için uzmanla mı tıbbi kurumları akıl hastanelerini, ayrıca bunlara ilaveten dispanserlerin yakla ık 1/4 ü ve te hise yönelik merkezlerin %70 i olmak üzere sa lık kurumlarını idare etmektedir. Yerel yönetimler yeti kinler için uzmanlık hastaneleri, çocuk hastaneleri, ilk ve acil yardım hastanelerinden, özel dal hastaneleri ve bunlara ilaveten ço u poliklinik ve dispanserden sorumludurlar. Kırsal belediyeler tipik olarak poliklinikleri olan merkezi bir hastaneye, ba ımsız polikliniklere ve seyyar sa lık hizmetlerine sahiptir"(20).

"Rusya Federasyonu anayasasına göre Federal Devletler insanların haklarının korunması ve düzenlenmesinden ve bu insanların özgürlüklerinin sa lanmasından sorumludur. Bunlara ek olarak federal ve bölgesel seviyeler sa lık hizmeti konularının koordinasyonunu sa lamak zorundadır. Rusya Federasyonunda hastaneler 50 yataklı küçük kırsal hastanelerden 1000 yataklı büyük hastanelere kadar de i en bir yelpazede da ılmaktadır. Yasal özel sektör hastaneleri de vardır ancak bu hastanelerin sayısı çok azdır. Paralel sisteme ait klinik ve hastaneler de bu özel hastaneler arasında oldukça büyük bir yer olu turur. Rusya Federasyonu için ikincil ve üçüncül sa lık hizmeti hizmetleri a ırı geli mi tir denilebilir. Çünkü her bin ki i için hastanelerde 9.1 yatak dü mektedir"(20).

2.5.6. Malezya:

"Malezya'da sa lık hizmetlerinin sunumundan sorumlu ana kurum Sa lık Bakanlı ıdır. Sa lık Bakanlı ının altında sırasıyla eyalet idareleri ve il idareleri yer alır.

Malezya'da Kamu Hastanelerinin üç türü vardır: 1) Genel Hastaneler, 2) l Hastaneleri, 3) Uzmanla mı tıp kurulu ları (UTK) Malezya'daki 16 eyaletin her birinin ba kentinde bir genel hastane vardır. Bunların ortalama yatak kapasiteleri 600-700 civarındadır ve tam kapsamlı sa lık hizmeti sunarlar. Boyutlarından ve kapsamlı hizmetlerinden dolayı genel hastaneler Malezya da en çok tercih edilen kamu hastaneleridir. l hastaneleri daha küçük olup ortalama 250-400 arasında yata a sahiptirler. Bu hastaneler genellikle temel te his ve tedavi hizmetlerini sunarlar. Uzmanla mı tıp kurulu ları ise cüzam ve tüberküloz gibi belirli hastalıkların tedavisine yönelik hizmet vermektedirler. Bir sa lık klinikleri a ı halka birincil sa lık hizmetlerini sunmakta ayrıca ikincil ve üçüncül sa lık hizmetlerine yönelik bir sevk zinciri 'de sa lamaktadır. 100 ya da üzerinde yata a sahip hastanelerin büyük bir ço unlu u kentsel alanlarda

yo unla mı tır.Özel hastaneler ülkedeki yatak sayısının sadece %20 sine sahipken, doktorların %54 'ünü bünyelerinde çalıştırmaktadırlar"(20).

2.5.7. sveç

" sveç'te ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan hastaneler büyüklüklerine ve özgünleşme derecelerine göre bölge il hastaneleri, merkez il hastaneleri ve bölgesel hastaneler olarak üçe ayrılır.Yüksek düzeyde uzmanlaşmış hizmetler için, sveç 6 büyük bölgeye sahiptir. Her bölgede bir yada iki bölge hastanesi vardır ve yaklaşık 1-2 milyon kişilik nüfusa hizmet verirler"(53).

"Hastane hizmetleri il düzeyinde sağlanmakta, hastane bakımı gerektiren durumlar içinde bölgesel olarak verilmektedir. Merkez hastaneleri ve bölge hastaneleri birçok tıbbi uzmanlık alanında bakım hizmetleri sağlamakla birlikte, psikiyatrik hizmetlerini de ayakta bakım olarak sunmaktadır. Bölgesel sağlık sistemi beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi, plastik cerrahi ve gelişmiş laboratuvar hizmetleri ile il hastanelerinde daha geniş ölçekli ve uzmanlaşmış hizmet veren bölge hastanelerinden oluşmaktadır"(20).

"Kısaca, sveç'te sağlık hizmetlerinin genel yapısının açıklanmasında üç kilit kelime kullanılabilir. Birincisi, karar alma yerel halk otoritelerine yani bölge komitelerine desantralize edilmiştir. İkincisi her bölge konseyi, kendi bölgesinde sağlık hizmetleri sunumunda bir tekele sahiptir. Üçüncüsü ise, il konseyleri kendi tesislerine sahiptir ve işletmektedir. Bu nedenle finansman ve hizmet sunumu için gerekli olan sorumluluğu entegre olmuştur"(49).

2.5.8. Kanada

"Kanada'da hastanelerin %95'inden çoğu yönetim kurulları, gönüllü örgütler veya belediyeler tarafından işletilen özel ve kar amaçsız yapılardır. Hastaneler öncelikli olarak bölgesel veya eyaletsel bürokrasiye değil birincil olarak hizmet ettikleri topluma karşı sorumludurlar. Kar amaçlı hastane sektörü çoğunlukla uzun vadeli bakım hizmetleri veya bağımlılık merkezleri gibi uzmanlaşmış hastanelerden oluşmaktadır. Hemen hemen tüm ikincil, üçüncül ve acil sağlık hizmetleri ve ayrıca özel gezici sağlık hizmetleri ile istenilen cerrahi işlemlerin büyük bir kısmı hastanelerde sunulmaktadır. Tarihsel sebeplerden dolayı hastaneler, eyalet ve bölge yönetimleri tarafından yöresel esaslara göre örgütlenmiştir"(20).

"Kanada'da doktorlar Ulusal Sağlık Servisi'nin kuruluştan beri, başlangıçta tıbbi yönetici, tıbbi müdür adı altında olmakla birlikte hastane yönetimi ile çeşitli ekiplerde ilgilenmişlerdir. 1960'ların sonunda ve 1970'lerin başında "Cogwheel"raporu ile bu yönetim ekline son verilerek klinik uzmanlar ve multi disiplinler birtakım tarafından profesyonel yöneticiler ile "yönetim anlaşması" sağlanmıştır. Ancak bu durum yöneticiler ile doktorlar arasında rolleri ile ilgili karmaşaya neden oldu. 1983 yılında "Griffiths Raporu" yayınlandı, böylece yönetimdeki doktorlar "hasta için" çalışmaya başlamışlardır. Doktorların bu kararıyla hasta tedavi ve bakım sürecinden yani hastanenin tıbbi süreç ve işlemlerinden sorumlu olmaları ve Hastane harcamaları ile ilgili sorumluluklarını bırakmışlardır"(54).

2.5.9. İrlanda

"İrlanda'daki hastane hizmetleri, The Board of Governors adı verilen kurul ve bunun altında yer alan Executive Management Committee tarafından yönetilmektedir. Ayrıca Executive Management Committee altında alt komiteler (Administration Committee, Bed Management Group, Cardiac Surgery Committee, Finance Committee, Ethics Committee, Pathology Committee, Women's Health Committee, Radiation Protection Committee gibi 50'ye yakın komite) oluşturulmuştur. Hastanede faaliyet gösteren idari Departmanlar, Tıbbi Departmanlar ve Cerrahi Departmanlar gibi pek çok departmana ayrılmış ve yönetim karmaşası çözülmeye çalışılmıştır"(55).

"Ülkede devlet hastanelerinin yanında gönüllü (dinsel örgütler yada anonim şirketler tarafından işletilen) hastanelerde vardır. Gönüllü hastanelerin çoğu Dublin bölgesi yakınlarında yer almakta ve acil bakım hizmeti vermektedir. Her iki tip hastanenin giderleri de hükümet tarafından karşılanmaktadır. Ancak kamu devlet hastanesinin giderleri Sağlık Kurulları tarafından, gönüllü hastanelerin giderleri Sağlık ve Çocuk Dairesi tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle gönüllü hastaneler ile Sağlık Kurulları arasında planlama ve hizmet sunma açısından doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır"(56).

"Genel olarak İrlanda'da üç farklı hastane tipi vardır. Fakat uygulamada ilk iki tip arasında çok az farklılık vardır.

Sağlık Hizmetleri Yönetim Hastaneleri: kendi finansmanlarını kendileri sağlar, mülkiyet ve yönetimleri Sağlık Hizmetleri Yönetimi altında bulunmaktadır.

Gönüllü Genel Hastaneler: bunların çoğunun geliri doğrudan hükümet tarafından karşılanmaktadır. Gönüllü genel hastanelerin sahipleri dini otoriteler gibi özel kurumlar olabilmektedir"(20).

Özel Hastaneler: bunlar devlet finansmanından yararlanamazlar.

2.5.10. İsrail

"İsrail'de sağlık hizmetlerinin sunumu, denetimi, koordinasyonu, planlaması ve idaresinden sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Ayrıca parlamento ve hükümetin sağlık alanında çeşitli görev ve yetkileri de vardır. Sağlık Bakanlığı halkın sağlığına ilişkin konuların tümünden sorumludur ve sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde işletilmesi için gerekli uygulamaları yerine getirir. Diğer bakanlıklar ve belediyelerde sağlık hizmeti sunmaktadırlar"(20).

"Tedavi edici sağlık hizmetleri açısından İsrail, genel sağlık hizmetleri ve psikiyatri hizmetlerinin yanı sıra, geriyatrik bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerine'de önem verilmektedir. İsrail'de uzman doktor sayısı giderek artmaktadır ve 2000 yılında bu oran %42'ye ulaşmıştır.

Bununla birlikte hastanelerde çalı anların sayısı giderek azalmakta iken özel olarak çalı anların sayısı artmaktadır. o u hastane kaynaklı doktor halk içerisinde part time çalı maya ba lamı ve bunun sonucunda hastane toplum ileti imi artmı tır" (20).

srail'de ikinci basamak hastanelerin yatak bazında %45 i kamuya aittir. Yine yatak bazında hastanelerin %30'u en büyük özel sa lık fonu olan Clalit'in geriye kanal %25 lik kısım sa di er sa lık fonlarıyla kar amacı gütmeyen kurulu ların elindedir(56).



3. Gereç ve Yöntem:

3.1. Çalışma Konusu Ve Kapsamı

Ülkemiz Sağlık sistemi 02.11.2012 tarihinde değişimi olup bu değişimin öncelikle sağlık camiasında nasıl algılandığını sağlık çalışanlarına neler getirdiğini veya sağlık çalışanlarının haklarında ne gibi kısıtlamalar yapıldığını öğrenmek için değişimin içinde olan değişimi tüm olumlu ve olumsuz yanları ile bizzat tecrübe eden sağlık çalışanlarının fikir ve düşüncelerini öğrenmek ve onlar hakkında bilgi sahibi olmak için, “Sağlık Çalışanlarının Kamu Hastaneleri Birliğine Bakışı” nı araştırılmıştır.

Çalışmanın kapsamı ise, Balıkesir Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı il merkezindeki iki devlet hastanesinde (Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi ve Balıkesir Devlet Hastanesi) çalışan tüm sağlık personellerini (Doktor, Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru vb.) kapsamaktadır.

3.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı il merkezindeki iki devlet hastanesinde (Balıkesir Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi) çalışan sağlık personellerinin Kamu Hastaneleri Birliğine bakışını ve Kamu Hastaneleri Birliği ile ilgili düşüncelerini öğrenmeyi amaçlanmıştır.

3.3. Çalışmanın Önemi

- Çalışmamız ile ülkemizde uygulamaya yeni geçtiğimiz Kamu Hastaneleri Birliği sistemine sağlık çalışanları nasıl baktıklarını ve çalışanların yeni sistem hakkında ne düşündükleri öğrenilmiştir.
- Bu çalışma ile yeni geçilen Kamu Hastaneleri Birliğinin sağlık çalışanlarının haklarında ne gibi değişiklikler olduğunu ve tüm sağlık çalışanlarının sistemi ne kadar anladıklarını öğrenilmiştir.
- Çalışmamız ile bu sistemin ne kadar başarılı olduğunu ve ileride ne kadar başarılı olabileceği konusuna ışık tutulacaktır.
- Ayrıca çalışmamız; sağlık sisteminin yeni değişimi olması ve bu konuda daha önce çalışma yapılmaması nedeniyle gelecekte bu konuda yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır.

3.4. Ara tırmanın Yöntemi

3.4.1. Ara tırmanın Modeli

Bu ara tırma, kamu hastanelerinde görevli sağlık personellerinin (Doktor,Hem ire, Ebe ve Di er Sa lık Personelleri) Kamu Hastaneleri Birli ine bakı mını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir ara tırma olarak yapılmı tır.

3.4.2. Ara tırmanın Evreni Ve Örneklemi

3.4.2.1. Evren:

Ara tırmanın evreni, Kasım 2013 tarihinde Balıkesir ili Kamu Hastaneleri Birli ine ba lı il merkezindeki iki devlet hastanesinde (Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi ve Balıkesir Devlet Hastanesi) çalı an 262 Doktor, 541 Hem ire, 345 ebe, 82 Sa lık Memuru, 251 Di er Sa lık Personeli (Tıbbi Sekreter, ATT, Paramedik, Röntgen Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, vb.) olmak üzere 1481 ki iden olu maktadır.

3.4.2.2. Örneklem:

Örneklem: Ara tırmada EpiInfo Version 6 programı kullanılarak örneklem büyüklükleri hesaplanmı (standart sapma % 5 kabul edilmi , tip 1 hata 0,05 kabul edilmi , %50 bilinmeyen prevelans ve % 10 da yedek alınmı tır) iki hastanede bulunan toplam 1481 sa lık personelinden %95 güvenilirlik oranıyla söz konusu hastanelerde görevli ve ara tırmanın verilerinin toplandı ı tarihlerde izinli olmayan, ara tırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 349 ki i ara tırma kapsamına alınmı tır. Ara tırma kapsamına alınan ki iler önce hastane bazında sonrada çalı tıkları birimler bazında belirlenmi tir.

Balıkesir Devlet Hastanesinde; 122 doktor, 473 Ebe, Hem ire ve Sa lık Memuru ve 82 di er sa lık personeli olmak üzere toplam 677 sa lık personeli bulunmaktadır.

Tablo 1: Balıkesir Devlet Hastanesindeki Sa lık Personellerinin da ılımı

| Özellikli Birimler | | Poliklinikler | | Servisler | |
|------------------------|-----|------------------------|----|------------------------|-----|
| Doktor | 23 | Doktor | 82 | Doktor | 17 |
| Ebe, Hem ire Sa . Mem. | 218 | Ebe, Hem ire Sa . Mem. | 41 | Ebe, Hem ire Sa . Mem. | 214 |
| Di er | 7 | Di er | 1 | Di er | 74 |

Bu sayılara göre Balıkesir Devlet Hastanesinde 160 kişiye anket yapılmıştır.

Tablo 2: Balıkesir Devlet Hastanesinde anket yapılan kişilerin dağılımı.

| Özellikli Birimler | | Poliklinikler | | Servisler | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Doktor | 5 | Doktor | 19 | Doktor | 4 |
| Ebe, Hemire Sa . Mem. | 51 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 10 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 50 |
| Di er | 2 | Di er | 1 | Di er | 18 |

Atatürk devlet Hastanesinde; 140 doktor, 495 Hemire, Ebe ve Sa lık Memuru ,169 di er sa lık personeli olmak üzere toplam 804 sa lık personeli bulunmaktadır.

Tablo 3: Atatürk Devlet Hastanesindeki Sa lık Personellerinin dağılımı

| Özellikli Birimler | | Poliklinikler | | Servisler | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Doktor | 27 | Doktor | 113 | Doktor | 0 |
| Ebe, Hemire Sa . Mem. | 237 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 49 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 209 |
| Di er | 31 | Di er | 89 | Di er | 49 |

Bu sayılara göre Atatürk Devlet Hastanesinde 189 kişiye anket yapılmıştır,

Tablo 4: Atatürk Devlet Hastanesinde anket yapılan kişilerin dağılımı

| Özellikli Birimler | | Poliklinikler | | Servisler | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Doktor | 6 | Doktor | 27 | Doktor | 0 |
| Ebe, Hemire Sa . Mem. | 56 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 11 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 49 |
| Di er | 7 | Di er | 22 | Di er | 11 |

Tablo 5: Balıkesir Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesinde anket yapılan toplam kişilerin dağılımı

| Özellikli Birimler | | Poliklinikler | | Servisler | |
|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Doktor | 11 | Doktor | 46 | Doktor | 4 |
| Ebe, Hemire Sa . Mem. | 107 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 21 | Ebe, Hemire Sa . Mem. | 99 |
| Di er | 9 | Di er | 23 | Di er | 29 |

Atatürk Devlet Hastanesi ve Balıkesir Devlet Hastanesinde toplam 61 Doktor, 227 Ebe, Hemire ve Sa lık Memuru, 61 tanede Di er Sa lık Personelleri olmak üzere toplam 349 kişiye anket uygulanmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Araçları

Ara tırmada veri toplama aracı olarak, sa lık personellerinin ki isel ve mesleki bilgilerini, içeren “ki isel bilgi formu” ve geçerlilik ve güvenilirli i yapılmı “Sa lık Personelinin Kamu Hastaneleri Birli ine Bakı ır” adlı anket kullanılmı tır.

Ki isel bilgi formu (Ek-1), katılımcıların tanıtıcı ve mesleki özelliklerini içeren toplam 13 sorudan olu ur; katılımcıların ya ır, cinsiyeti, mesleki görü leri, e itim durumu, çalı tıkları birim, medeni durumu gibi soruları içermektedir.

Sa lık Personelinin Kamu Hastaneleri Birli ine Bakı ır Ölçe i (Ek-2), Sorularını, yayımlanan makaleler, yapılan haberler, yayımlanan genelge, yönerge ve yazılardan yararlanarak hazırladı ım, 17 sorudan olu an, 5’li Likert tipi derecelendirilen (Kesinlikle Dü ünüyorum, Dü ünüyorum, Kararsızım, Dü ünüyorum ve Kesinlikle Dü ünüyorum) bir ölçektir. Ölçek, Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla uygulanıp uygulanmadı ır, sistemin sa lık personellerine neler getirdi i, sistemin niçin getirildi i, hastanelerin özelle ip özelle meyece i, personelin sözleşmeli olup olmayaca ır, yeni kurulan kurumların yetki karı ıklı ına sebep olup olmayaca ır ve ekonomik açıdan devletin kazanç sa layıp sa lamadı ır ile ilgili soruları içermektedir.

Güvenilirlik Analizi

Ara tırma de i kenlerine ait tanımlayıcı de erlere, de i kenlerin birbirleriyle ili kilerine yönelik analizlere geçmeden önce; kesinle en sorular, güvenilirlik analizine tabi tutulmu tur. Güvenilirlik analizine ait pilot çalı ma hastanelerde çalı an 20 ki ilik bir gurup üzerinde anketler yapılarak denenmi tır.

Tablo 6 soruların güvenilirlik analizinin sonuçlarını ortaya koymaktadır.

Tablo 6: Sorulara Ait Cronbach’s Alpha Güvenilirlik Katsayıları

| Sorular | Güvenilirlik Katsayıları |
|--|--------------------------|
| Kamu Hastane Birlikleri ile Türkiye nin sa lık alanında küresel de i ime ayak uyduran de il küresel de i ime öncülük eden bir ülke olaca mı dü ünüyor musunuz? | 0,883 |
| Sizce Kamu Hastaneleri birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı ve i ledi ini dü ünüyor musunuz? | 0,866 |
| Kamu Hastaneleri Birli inin uygulamaya geçmesi ile illerde Genel | 0,874 |

| | |
|--|--------------|
| Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı ına sebep olaca ını dü ünüyor musunuz? | |
| Sizce Türkiye genelinde 02/11/2012 tarihinde uygulamaya ba lanan Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı ını dü ünüyor musunuz? | 0,872 |
| Kamu Hastaneleri Birli i ile sa lık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandı ını dü ünüyor musunuz? | 0,865 |
| Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünüyor musunuz? | 0,865 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında herhangi bir de i ime sebep olaca ını dü ünüyor musunuz? | 0,866 |
| Kamu Hastaneleri Kurumu, hastaneler birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tezelden yapılmasını planlamaktadır. Siz bu i lemlerin hızlı ve tezelden yapılaca ını dü ünüyor musunuz? | 0,868 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birli i sistemi ile hastanelerin özelle tirilece ini dü ünüyor musunuz? | 0,868 |
| Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca ını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünüyor musunuz? | 0,872 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünüyor musunuz? | 0,879 |
| Sizce Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin sözleşmeli olaca ını dü ünüyor musunuz? | 0,863 |
| Sizce hastanelerin Kamu Hastaneleri Birli ine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sa ladı ını dü ünüyor musunuz? | 0,861 |
| Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı ını dü ünüyor musunuz? | 0,860 |
| Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açaca ını dü ünüyor musunuz? | 0,862 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli oldu unu dü ünüyor musunuz? | 0,866 |
| Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olaca ını dü ünüyor musunuz? | 0,868 |
| Sa lık Personelinin Kamu Hastaneleri Birli ine Bakı ı | 0,875 |

Soruların güvenilirliklerinin hesaplanmasında Cronbach Alpha de erleri kullanılmı tır. Güvenilirlik katsayılarının 0,86'nın üzeri oldukları görülmektedir. Bu de erler literatürde öngörülen 0,60 alt limit kriterini sa lamaktadırlar(57).

3.4.4. Verileri Toplama Yöntemi:

Ara tırma verileri, gerekli izinler alındıktan sonra, ara tırma kapsamındaki hastanelere ara tırma tarafından gidilip, sa lık personellerine ara tırmanın amacı açıklanarak, ara tırmaya katılmayı gönüllü olanlardan; anketin da ıtılıp, tekrar geri alınması ile toplanmı tır.

Hastaneler, verilerin toplanması sırasında Özellikli Birimler (Acil, Yo un Bakım, Diyaliz, vb.), Poliklinikler ve Servisler olmak üzere üç bölümde ele alınmı tır.

3.4.5. Verilerin Statistikselsel Analizi

Veriler SPSS 15. Programında veri tabanı olu turularak bilgisayar ortamına alındı. Bilgisayar ortamına alınan veriler litaratüre dayalı katagorik (evet/hayır) veri olarak sınıflandırıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler ve yüzde da ılımı kullanılmı ba ımsız de i kenler (ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı lan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK'yi okuma, yönetimde çalı mak isteme) ve Sorularını yayımlanan makaleler, yapılan haberler, yayımlanan genelge, yönerge ve yazılardan yararlanarak hazırladı ım ba ımlı de i kenler (Kamu Hastane Birlikleri ile Türkiye nin sa lık alanında küresel de i ime ayak uyduran de il küresel de i ime öncülük eden bir ülke olaca mı dü ünüyor musunuz?, Sizce Kamu Hastaneleri birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı ve i ledi ini dü ünüyor musunuz?, Kamu Hastaneleri Birli inin uygulamaya geçmesi ile illerde Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı ına sebep olaca mı dü ünüyor musunuz?, Sizce Türkiye genelinde 02/11/2012 tarihinde uygulamaya ba lanan Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mı dü ünüyor musunuz?, Kamu Hastaneleri Birli i ile sa lık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandı mı dü ünüyor musunuz?, Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu nu dü ünüyor musunuz?, Sizce Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında herhangi bir de i ime sebep olaca mı dü ünüyor musunuz?, Kamu Hastaneleri Kurumu, hastaneler birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tezelden yapılmasını planlamaktadır. Siz bu i lemlerin hızlı ve tezelden yapılaca mı dü ünüyor musunuz?, Sizce Kamu Hastaneleri Birli i sistemi ile

hastanelerin özelleştirileceğini düşünüyor musunuz?, Kamu Hastaneleri Birliğinde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın durumu yapılacak ve personel sıkıntısının giderileceğini düşünüyor musunuz?, Sizce Kamu Hastaneleri Birliğinin özel hastaneler gibi hareket ederek sağlık personelinin ihtiyacını karşılayabileceğini düşünüyor musunuz?, Sizce Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin sözleşmeli olacaklarını düşünüyor musunuz?, Sizce hastanelerin Kamu Hastaneleri Birliğine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sağlayacağını düşünüyor musunuz?, Kamu Hastaneleri Birliği yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere işletme gözü ile bakıldığını düşünüyor musunuz?, Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sağlık çalışanları açısından olumlu bir farka yol açacağını düşünüyor musunuz?, Sizce Kamu Hastaneleri Birliğinin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz? ve Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alınarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olacaklarını düşünüyor musunuz?) arası ilişkiler ile ilgili çapraz tablolar oluşturulup ki-kare ve çok gözlü ki-kare kullanılmı , verilerin sunumunda ise yüzde değerleri kullanılmı tır.

4. BULGULAR:

Ara tırma grubunun %29.5'i 45-49 ya ında, %73.1'i kadın, %75.6'sı evli, %51.0'i lise mezunu, %37.8'i serviste çalı makta ve %47.9'u hem iredir (Tablo 7).

Tablo 7: Ara tırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre da ılımı

| Sosyodemografik zellikler | N | % |
|----------------------------|------------|--------------|
| Ya | | |
| 19-29 | 22 | 6.3 |
| 30-34 | 68 | 19.5 |
| 35-39 | 48 | 13.8 |
| 40-44 | 74 | 21.2 |
| 45-49 | 103 | 29.5 |
| 50+ | 34 | 9.7 |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 94 | 26.9 |
| Kadın | 255 | 73.1 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 264 | 75.6 |
| Bekar | 85 | 24.4 |
| E itim Durumu | | |
| Lise | 178 | 51.0 |
| Lisans | 120 | 34.4 |
| Yükseklisans ve üzeri | 51 | 14.6 |
| alı ılan birim | | |
| Servis | 132 | 37.8 |
| Poliklinik | 90 | 25.8 |
| zellikli birim | 127 | 36.4 |
| Unvan | | |
| Hem ire | 167 | 47.9 |
| Ebe | 38 | 10.9 |
| Sa ılık memuru | 22 | 6.3 |
| Hekim | 61 | 17.5 |
| Di er | 61 | 17.5 |
| Toplam | 349 | 100.0 |

Ara tırma grubunun % 63.6'sı çalı tı ı birimde kendi iste iyle çalı makta, %91.1'i i ini sevmekte, %73.9'u KHB'ne geçi sonrası aynı yerde çalı makta, %66.2'si 663 sayılı KHK'yi okumamı , % 62,5'u yönetici olarak çalı mak istememektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Ara tırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

| | N | % |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Kendi iste iyle Çalı ma | | |
| Evet | 222 | 63.6 |
| Hayır | 127 | 36.4 |
| ini sevme | | |
| Evet | 318 | 91.1 |
| Hayır | 31 | 8.9 |
| Yer de i me durumu | | |
| Evet | 91 | 26.1 |
| Hayır | 258 | 73.9 |
| KHK'yi okuma | | |
| Evet | 118 | 33.8 |
| Hayır | 231 | 66.2 |
| Yönetimde çalı mak isteme | | |
| Evet | 131 | 37.5 |
| Hayır | 218 | 62.5 |
| Toplam | 349 | 100.0 |

Ara tırma grubunda katılımcıların %50.7'si Türkiye'nin KHB sonrası küresel ülke olacağını, %56.4'ü KHB'nin tamamıyla yerlemediğini, %71.6'sı kurumlar arası görev yetki karışıklı olacağını, %57.6'sı KHB nin hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladığını, %60.7 çalı an memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlanmadığını, %61.6'sı çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark olmadığını, %57.3'ü sa lık personelinin özlük ve mali haklarında herhangi bir de i me sebep olmayacağını, %51.9'u personel i lerinin hızlanacağını, %77.1'i hastanelerin özelleceğini, %59.3'ü personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılmayacağını, %68.8'i personelin i ten çıkarılacağını, %53.0'ı personelin sözleşmeli olacağını, %80.5'i devletin kazanç sağlayacağını, %53.6'sı ekonomik modeli baz alıp hastanelere i letme gözü ile bakıldığını, %51.9'u hastanelerin sözleşmeli personeller tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açmayacağını, %73.4'ü

KHB'nin gerekli olduğunu, %60.17'si Tıbbi Hizmetlerin aksamasına ve azalmasına yol açacağını belirtmiştir. (Tablo 9).

Tablo 9: Araştırma grubunun KHB hakkında düşüncelerinin dağılımı

| Sosyodemografik özellikler | | n | % |
|--|-------|-----|------|
| Kamu Hastane Birlikleri ile Türkiye'nin sağlık alanında küresel de i me ayak uyduran de il küresel de i me öncülük eden bir ülke olacağını düşünüyor musunuz? | Evet | 177 | 50.7 |
| | Hayır | 172 | 49.3 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birliği sisteminin tam anlamıyla yerleşip uygulandığını ve ilerlediğini düşünüyor musunuz? | Evet | 152 | 43.6 |
| | Hayır | 197 | 56.4 |
| Kamu Hastaneleri Birliğinin uygulamaya geçmesi ile illerde Genel Sekreterlik, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Sağlık Müdürlüğü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karışıklığına sebep olacağını düşünüyor musunuz? | Evet | 250 | 71.6 |
| | Hayır | 99 | 28.4 |
| Sizce Türkiye genelinde 02/11/2012 tarihinde uygulamaya başlanan Kamu Hastaneleri Birliğinin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladığını düşünüyor musunuz? | Evet | 201 | 57.6 |
| | Hayır | 148 | 42.4 |
| Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandığını düşünüyor musunuz? | Evet | 137 | 39.3 |
| | Hayır | 212 | 60.7 |
| Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin çalışmaları artlarında eskiye göre olumlu bir fark olduğunu düşünüyor musunuz? | Evet | 134 | 38.4 |
| | Hayır | 215 | 61.6 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasının sağlık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i me sebep olacağını düşünüyor musunuz? | Evet | 149 | 42.7 |
| | Hayır | 200 | 57.3 |
| Kamu Hastaneleri Kurumu, hastaneler birliği ile ilerlemelerin periferde daha hızlı ve tez elden yapılmasını planlamaktadır. Siz bu ilerlemelerin hızlı ve tez elden yapılacağını düşünüyor musunuz? | Evet | 181 | 51.9 |
| | Hayır | 168 | 48.1 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birliği sistemi ile hastanelerin özelleştirileceğini düşünüyor musunuz? | Evet | 269 | 77.1 |
| | Hayır | 80 | 22.9 |
| Kamu Hastaneleri Birliğinde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın doğurulacağını ve personel sıkıntısının giderileceğini düşünüyor musunuz? | Evet | 142 | 40.7 |
| | Hayır | 207 | 59.3 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birliğinin özel hastaneler gibi hareket ederek sağlık personelinin işten çıkarılabileceğini düşünüyor musunuz? | Evet | 240 | 68.8 |
| | Hayır | 109 | 31.2 |
| Sizce Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin sözleşmeli olacağını düşünüyor musunuz? | Evet | 185 | 53.0 |
| | Hayır | 164 | 47.0 |
| Sizce hastanelerin Kamu Hastaneleri Birliğine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sağladığını düşünüyor musunuz? | Evet | 281 | 80.5 |
| | Hayır | 68 | 19.5 |

| | | | |
|--|-------|------------|--------------|
| Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı nı dü ünüyor musunuz? | Evet | 162 | 46.4 |
| | Hayır | 187 | 53.6 |
| Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açaca nı dü ünüyor musunuz? | Evet | 168 | 48.1 |
| | Hayır | 181 | 51.9 |
| Sizce Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli oldu unu dü ünüyor musunuz? | Evet | 256 | 73.4 |
| | Hayır | 93 | 26.6 |
| Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olaca nı dü ünüyor musunuz? | Evet | 210 | 60.17 |
| | Hayır | 139 | 39.83 |
| Toplam | | 349 | 100.0 |

Tablo 10'te Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı lan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevmeye, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK'yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Türkiye'nin küresel de i ime öncülük eden ülke olma durumunun da ılımları gözlenmektedir. Bekar olanlar evli olanlara göre, 1-5 yıl çalı anlar di er gruplara göre ve yönetimde çalı mak isteyenler istemeyenlere göre daha çok Türkiye'nin küresel de i ime öncülük eden ülke olaca nı dü ünmektedir (p<0.05). Ya , Cinsiyet, unvan, e itim durumu, çalı lan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevmeye, yer de i tirme durumu ve 663 sayılı KHK'yi okuma ile Türkiye'nin küresel de i ime öncülük eden ülke olma durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 10: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Türkiye'nin sa lık alanında küresel de i ime ayak uyduran de il küresel de i ime öncülük eden ülke olma durumu

| Kamu Hastane Birlikleri ile Türkiye'nin sa lık alanında küresel de i ime ayak uyduran de il küresel de i ime öncülük eden bir ülke olaca nı dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 9.32 | 0.09 |
| 30-34 | 43 | 63.2 | 25 | 36.8 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 22 | 45.8 | 26 | 54.2 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 34 | 45.9 | 40 | 54.1 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 47 | 45.6 | 56 | 54.4 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 16 | 47.1 | 18 | 52.9 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 50 | 53.2 | 44 | 46.8 | 94 | 100.0 | 0.31 | 0.57 |
| Kadın | 127 | 50.7 | 128 | 49.3 | 255 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|-----|------|-----|--------------|-------|-------|
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 51 | 60.0 | 34 | 40.0 | 85 | 100.0 | 3.87 | 0.04 |
| Evli | 126 | 47.7 | 138 | 52.3 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 89 | 53.1 | 78 | 46.7 | 167 | 100.0 | 1.76 | 0.78 |
| Ebe | 18 | 47.4 | 20 | 52.6 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 12 | 54.5 | 10 | 45.5 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 31 | 50.8 | 30 | 49.2 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 27 | 44.3 | 34 | 55.7 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 91 | 51.1 | 87 | 48.9 | 178 | 100.0 | 2.44 | 0.29 |
| Lisans | 65 | 54.2 | 55 | 44.8 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 21 | 41.2 | 30 | 58.8 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 13.43 | 0.004 |
| 1-5 yıl | 33 | 71.7 | 13 | 28.3 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 18 | 45.0 | 22 | 55.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 111 | 46.1 | 130 | 53.9 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı lan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 64 | 48.5 | 68 | 51.5 | 132 | 100.0 | 1.55 | 0.45 |
| Poliklinik | 43 | 47.8 | 47 | 52.2 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 70 | 55.1 | 57 | 44.9 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 113 | 50.9 | 109 | 49.1 | 222 | 100.0 | 6.008 | 0.92 |
| Hayır | 64 | 50.4 | 63 | 49.6 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 162 | 50.9 | 156 | 49.1 | 318 | 100.0 | 0.74 | 0.78 |
| Hayır | 15 | 48.4 | 16 | 51.6 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 52 | 57.1 | 39 | 42.9 | 91 | 100.0 | 2.03 | 0.15 |
| Hayır | 125 | 48.4 | 133 | 51.6 | 158 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 61 | 51.7 | 57 | 48.3 | 118 | 100.0 | 0.06 | 0.79 |
| Hayır | 116 | 50.2 | 115 | 49.8 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak isteme | | | | | | | | |
| Evet | 77 | 58.8 | 54 | 41.2 | 131 | 100.0 | 5.45 | 0.02 |
| Hayır | 100 | 45.9 | 118 | 54.1 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | | 100.0 | | |

Tablo 11’da Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı lan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. 40-44 ya aralı ındaki ki iler di er gruplara göre, evli olanlar bekar olanlara göre ve yönetimde çalı mak

istemeyenler isteyenlere göre Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı dü ünmemektedir($p<0.05$). Ayrıca çalı ma süresi 1-5 yıl olanlar di er gruplara göre Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı dü ünmemektedirler. ($p<0.05$). Cinsiyet, unvan, e itim durumu, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu ve 663 sayılı KHK'yi okuma ile Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 11: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı dü ünme durumu

| Sizce Kamu Hastaneleri birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mı ve i ledi ini dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|----------|--------|-------|------|--------|-------|----------------|-------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Say 1 | % 2 | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 18.6 | 0.002 |
| 30-34 | 40 | 58.8 | 28 | 41.2 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 21 | 43.8 | 27 | 56.3 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 22 | 29.7 | 52 | 70.3 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 40 | 38.8 | 63 | 61.2 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 14 | 41.2 | 20 | 58.8 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 46 | 48.9 | 48 | 51.1 | 94 | 100.0 | 1.51 | 0.21 |
| Kadın | 106 | 41.6 | 149 | 58.4 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 49 | 57.6 | 36 | 42.4 | 85 | 100.0 | 9.07 | 0.003 |
| Evli | 103 | 39.0 | 161 | 61.0 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 71 | 42.5 | 96 | 57.5 | 167 | 100.0 | 1.10 | 0.89 |
| Ebe | 17 | 44.7 | 21 | 55.3 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 9 | 40.9 | 13 | 59.1 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 30 | 49.2 | 31 | 50.8 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 25 | 41.0 | 36 | 59.0 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 74 | 41.6 | 104 | 58.4 | 178 | 100.0 | 1.16 | 0.55 |
| Lisans | 57 | 47.5 | 63 | 52.5 | 120 | 100.0 | | |
| Yüksekisans ve üzeri | 21 | 41.2 | 30 | 58.8 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 22.59 | 0.001 |
| 1-5 yıl | 32 | 69.6 | 14 | 30.4 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 16 | 40.0 | 24 | 60.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 89 | 36.9 | 152 | 63.1 | 241 | 100.0 | | |

| Çalışılan Birim | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|------|-------|
| Servis | 55 | 41.7 | 77 | 58.3 | 132 | 100.0 | 0.42 | 0.80 |
| Poliklinik | 39 | 43.3 | 51 | 56.7 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 58 | 45.7 | 69 | 54.3 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalışmama isteği | | | | | | | | |
| Evet | 92 | 41.4 | 130 | 58.6 | 222 | 100.0 | 1.10 | 0.29 |
| Hayır | 60 | 47.2 | 67 | 52.8 | 127 | 100.0 | | |
| İni Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 140 | 44.0 | 178 | 56.0 | 318 | 100.0 | 0.32 | 0.56 |
| Hayır | 12 | 38.7 | 19 | 61.3 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 45 | 49.5 | 46 | 50.5 | 91 | 100.0 | 1.74 | 0.18 |
| Hayır | 107 | 41.5 | 151 | 58.5 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 46 | 39.0 | 72 | 61.0 | 118 | 100.0 | 1.51 | 0.21 |
| Hayır | 106 | 45.9 | 125 | 54.1 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalışmama isteği | | | | | | | | |
| Evet | 69 | 52.7 | 62 | 47.3 | 131 | 100.0 | 7.09 | 0.008 |
| Hayır | 83 | 38.1 | 135 | 61.9 | 218 | 100.0 | | |

Tablo 12’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalışma süresi, çalışılan birim, birimde çalışmama isteği, ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalışmama isteği durumlarına göre, Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı na sebep olma durumunun da ılımları gözlenmektedir. 663 sayılı KHK’yi okumayanlar okuyanlara göre, Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı na sebep olacağını dü ünlemektedir ($p<0.05$). Ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalışma süresi, çalışılan birim, birimde çalışmama isteği, ini sevme, yer de i tirme durumu ve yönetimde çalışmama isteği ile Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı na sebep olma durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12: Araştırma grubunun temel özelliklerine göre Genel Sekreterlik, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Sağlık Müdürlüğü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karışıklığına sebep olma durumu

| Kamu Hastaneleri Birliğinin uygulamaya geçmesi ile illerde Genel Sekreterlik, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Sağlık Müdürlüğü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karışıklığına sebep olacağını düşünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 6.33 | 0.27 |
| 30-34 | 48 | 70.6 | 20 | 29.4 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 41 | 85.4 | 7 | 14.6 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 54 | 73.0 | 20 | 27.0 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 68 | 66.0 | 35 | 34.0 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 24 | 70.6 | 10 | 29.4 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 64 | 68.1 | 30 | 31.9 | 94 | 100.0 | 0.79 | 0.37 |
| Kadın | 186 | 72.9 | 69 | 27.1 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 59 | 69.4 | 26 | 30.6 | 85 | 100.0 | 0.27 | 0.60 |
| Evli | 191 | 72.3 | 73 | 27.7 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hemire | 115 | 68.9 | 52 | 31.1 | 167 | 100.0 | 7.09 | 0.13 |
| Ebe | 28 | 73.7 | 10 | 26.3 | 38 | 100.0 | | |
| Sağlık Memuru | 21 | 95.5 | 1 | 4.5 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 44 | 72.1 | 17 | 27.9 | 61 | 100.0 | | |
| Diğer | 42 | 68.9 | 19 | 31.1 | 61 | 100.0 | | |
| Eğitim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 125 | 70.22 | 53 | 29.77 | 178 | 100.0 | 5.20 | 0.15 |
| Lisans | 83 | 69.2 | 37 | 30.8 | 120 | 100.0 | | |
| Yüksek lisans ve üzeri | 42 | 82.4 | 9 | 17.6 | 51 | 100.0 | | |
| Çalışma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 14 | 63.6 | 8 | 36.4 | 22 | 100.0 | 2.02 | 0.56 |
| 1-5 yıl | 36 | 78.3 | 10 | 21.7 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 27 | 67.5 | 13 | 32.5 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 173 | 71.8 | 68 | 28.2 | 241 | 100.0 | | |
| Çalışılan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 98 | 74.2 | 34 | 25.8 | 132 | 100.0 | 0.79 | 0.67 |
| Poliklinik | 64 | 71.1 | 26 | 28.9 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 88 | 69.3 | 39 | 30.7 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalışmama isteği | | | | | | | | |
| Evet | 152 | 68.5 | 70 | 31.5 | 222 | 100.0 | 3.007 | 0.08 |
| Hayır | 98 | 77.2 | 29 | 22.8 | 127 | 100.0 | | |
| İniş Sevmesi | | | | | | | | |
| Evet | 225 | 70.8 | 93 | 29.2 | 318 | 100.0 | 1.36 | 0.24 |
| Hayır | 25 | 80.6 | 6 | 19.4 | 31 | 100.0 | | |

| Yer de i me durumu | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|-------------|-------------|--|
| Evet | 68 | 74.7 | 23 | 25.3 | 91 | 100.0 | 0.57 | 0.44 | |
| Hayır | 182 | 70.5 | 76 | 29.5 | 258 | 100.0 | | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | | |
| Evet | 76 | 64.4 | 42 | 35.6 | 118 | 100.0 | 4.58 | 0.03 | |
| Hayır | 174 | 75.3 | 57 | 24.7 | 231 | 100.0 | | | |
| Yönetimde Çalı mak steme | | | | | | | | | |
| Evet | 92 | 70.2 | 39 | 29.8 | 131 | 100.0 | 0.20 | 0.65 | |
| Hayır | 158 | 72.5 | 60 | 27.5 | 218 | 100.0 | | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | | |

Tablo 13’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mı dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. 19-29 ya aralı ındaki ki iler di er ya gruplarına göre ve yönetimde çalı mak isteyenler istemeyenlere göre, Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mı dü ünmektedir(p<0.05). Ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mı dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır(p>0.05).

Tablo 13: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mı dü ünme olma durumu

| Sizce Türkiye genelinde 02/11/2012 tarihinde uygulamaya ba lanan Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mı dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|-------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 18 | 81.8 | 4 | 18.2 | 22 | 100.0 | 16.5 | 0.005 |
| 30-34 | 42 | 61.8 | 26 | 38.2 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 34 | 70.8 | 14 | 29.2 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 42 | 56.8 | 32 | 43.2 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 52 | 50.5 | 51 | 49.5 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 13 | 38.2 | 21 | 61.8 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 57 | 60.6 | 37 | 39.4 | 94 | 100.0 | 0.48 | 0.48 |
| Kadın | 144 | 56.5 | 111 | 43.5 | 255 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|-------|-----|------|-----|-------|-------|------|
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 47 | 55.3 | 38 | 44.7 | 85 | 100.0 | 0.24 | 0.62 |
| Evli | 154 | 38.3 | 110 | 41.7 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 96 | 57.5 | 71 | 42.5 | 167 | 100.0 | 7.88 | 0.09 |
| Ebe | 25 | 65.8 | 13 | 34.2 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 12 | 54.5 | 10 | 45.5 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 41 | 67.2 | 20 | 32.8 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 27 | 44.3 | 34 | 55.7 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 96 | 53.9 | 82 | 46.1 | 178 | 100.0 | 4.12 | 0.12 |
| Lisans | 78 | 65.0 | 42 | 35.0 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 27 | 52.9 | 24 | 47.1 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 18 | 81.8 | 4 | 18.2 | 22 | 100.0 | 7.87 | 0.49 |
| 1-5 yıl | 29 | 63.0 | 17 | 37.0 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 25 | 62.5 | 15 | 37.5 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 129 | 53.5 | 112 | 46.5 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı ılan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 67 | 50.08 | 65 | 49.2 | 132 | 100.0 | 4.57 | 0.10 |
| Poliklinik | 53 | 58.9 | 37 | 41.1 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 81 | 63.8 | 46 | 36.2 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 128 | 57.7 | 94 | 42.3 | 222 | 100.0 | 0.001 | 0.97 |
| Hayır | 73 | 57.5 | 54 | 42.5 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 183 | 57.5 | 135 | 42.5 | 318 | 100.0 | 0.003 | 0.95 |
| Hayır | 18 | 58.1 | 13 | 41.9 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 58 | 63.7 | 33 | 36.3 | 91 | 100.0 | 1.90 | 0.16 |
| Hayır | 143 | 55.4 | 115 | 44.6 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 71 | 60.2 | 47 | 39.8 | 118 | 100.0 | 0.48 | 0.48 |
| Hayır | 130 | 56.3 | 101 | 43.7 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak steme | | | | | | | | |
| Evet | 87 | 66.4 | 44 | 33.6 | 131 | 100.0 | 6.67 | 0.01 |
| Hayır | 114 | 52.3 | 104 | 47.7 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

Tablo 14’da Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme

durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandığını düşünme durumunun dağılımları gözlenmektedir. 50 yaş ve üzeri kişiler diğer yaş gruplarına göre, kadınlar erkeklere göre, yüksek lisans ve üzeri eğitim alanlar diğer eğitim gruplarına göre, serviste çalışanlar diğer birimde çalışanlara göre, yeride imyenler diğer enlere göre ve yönetimde çalışmak istemeyenler isteyenlere göre Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandığını düşünmemektedirler($p < 0.05$). Ayrıca yeni başlayanlar diğer gruplara göre Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandığını düşünmektedir ($p < 0.05$). Medeni durum, unvan, birimde çalışmama isteği, işini sevmeme ve 663 sayılı KHK'yi okuma ile Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandığını düşünme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 14: Araştırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandığını düşünme olma durumu

| Kamu Hastaneleri Birliği ile sağlık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandığını düşünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|-------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 17 | 77.3 | 5 | 22.7 | 22 | 100.0 | 23.08 | 0.001 |
| 30-34 | 33 | 48.5 | 35 | 51.5 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 19 | 39.6 | 29 | 60.4 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 27 | 36.5 | 47 | 63.5 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 35 | 34.0 | 68 | 66.0 | 103 | 100.0 | | |
| 50 yaş ve üzeri | 6 | 17.6 | 28 | 82.4 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 45 | 47.9 | 49 | 52.1 | 94 | 100.0 | 4.006 | 0.04 |
| Kadın | 92 | 36.1 | 163 | 63.9 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 40 | 47.1 | 45 | 52.9 | 85 | 100.0 | 2.87 | 0.09 |
| Evli | 97 | 36.7 | 167 | 63.3 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan⁴ | | | | | | | | |
| Hemire | 66 | 39.5 | 101 | 60.5 | 167 | 100.0 | 0.78 | 0.94 |
| Ebe | 13 | 34.2 | 25 | 65.8 | 38 | 100.0 | | |
| Sağlık Memuru | 9 | 40.9 | 13 | 59.1 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 26 | 42.6 | 35 | 57.4 | 61 | 100.0 | | |
| Diğer | 23 | 37.7 | 38 | 62.3 | 61 | 100.0 | | |

| E itim durumu | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|-----|------|-----|--------------|-------|-------|
| Lise | 65 | 36.5 | 113 | 63.5 | 178 | 100.0 | 6.04 | 0.04 |
| Lisans | 57 | 47.5 | 63 | 52.5 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 15 | 29.4 | 36 | 70.6 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 17 | 77.3 | 5 | 22.7 | 22 | 100.0 | 22.70 | 0.001 |
| 1-5 yıl | 25 | 54.3 | 21 | 45.7 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 17 | 42.5 | 23 | 57.5 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 78 | 32.4 | 163 | 67.6 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı ılan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 41 | 31.1 | 91 | 68.9 | 132 | 100.0 | 7.82 | 0.02 |
| Poliklinik | 35 | 38.9 | 55 | 61.1 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 61 | 48.0 | 60 | 52.0 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 84 | 37.8 | 138 | 62.2 | 222 | 100.0 | 0.51 | 0.47 |
| Hayır | 53 | 41.7 | 74 | 58.3 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 124 | 39.0 | 194 | 61.0 | 318 | 100.0 | 0.10 | 0.74 |
| Hayır | 13 | 41.9 | 18 | 58.1 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 44 | 48.4 | 47 | 51.6 | 91 | 100.0 | 4.27 | 0.03 |
| Hayır | 93 | 36.0 | 165 | 64.0 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 51 | 43.2 | 67 | 56.8 | 118 | 100.0 | 1.17 | 0.27 |
| Hayır | 86 | 37.2 | 145 | 62.8 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak isteme | | | | | | | | |
| Evet | 62 | 47.3 | 69 | 52.7 | 131 | 100.0 | 5.73 | 0.01 |
| Hayır | 75 | 34.4 | 143 | 65.6 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

Tablo 15’da Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. 40-44 ya ki iler di er ya gruplarına göre, 6-9 yıl çalı anlar di er çalı ma gruplarına göre ve serviste çalı anlar di er birimde çalı anlara göre Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünmemektedirler ($p<0.05$). Cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim

durumu, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK'yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır(p>0.05).

Tablo 15: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünme durumu

| Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|---|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|-------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 14 | 63.6 | 8 | 36.4 | 22 | 100.0 | 22.2 | 0.001 |
| 30-34 | 37 | 54.4 | 31 | 45.6 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 13 | 27.1 | 35 | 72.9 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 19 | 25.7 | 55 | 74.3 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 41 | 39.8 | 62 | 60.2 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 10 | 29.4 | 24 | 70.6 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 45 | 47.9 | 49 | 52.1 | 94 | 100.0 | 4.88 | 0.27 |
| Kadın | 89 | 34.9 | 166 | 65.1 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 36 | 42.4 | 49 | 57.6 | 85 | 100.0 | 0.74 | 0.38 |
| Evli | 98 | 37.1 | 166 | 62.9 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 71 | 42.5 | 96 | 57.5 | 167 | 100.0 | 6.12 | 0.19 |
| Ebe | 11 | 28.9 | 27 | 71.1 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 10 | 45.5 | 12 | 54.5 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 25 | 41.0 | 36 | 59.0 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 17 | 27.9 | 44 | 72.1 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 66 | 31.7 | 112 | 62.9 | 178 | 100.0 | 0.27 | 0.87 |
| Lisans | 48 | 40.0 | 72 | 60.0 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 20 | 39.2 | 31 | 60.8 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 13 | 59.1 | 9 | 40.9 | 22 | 100.0 | 17.33 | 0.001 |
| 1-5 yıl | 28 | 60.9 | 18 | 39.1 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 12 | 30.0 | 28 | 70.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 81 | 33.6 | 160 | 66.4 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı lan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 37 | 28.0 | 95 | 72.0 | 132 | 100.0 | 11.07 | 0.004 |
| Poliklinik | 36 | 40.0 | 54 | 60.0 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 61 | 48.0 | 66 | 52.0 | 127 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|------|------|
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 84 | 37.8 | 138 | 62.2 | 222 | 100.0 | 0.51 | 0.47 |
| Hayır | 53 | 41.7 | 74 | 58.3 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 121 | 38.1 | 197 | 61.9 | 318 | 100.0 | 0.18 | 0.67 |
| Hayır | 13 | 41.9 | 18 | 58.1 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 41 | 45.1 | 50 | 54.9 | 91 | 100.0 | 2.30 | 0.12 |
| Hayır | 93 | 36.0 | 165 | 64.0 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 50 | 42.4 | 68 | 57.6 | 118 | 100.0 | 1.19 | 0.27 |
| Hayır | 84 | 36.4 | 147 | 63.6 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak isteme | | | | | | | | |
| Evet | 57 | 43.5 | 74 | 56.5 | 131 | 100.0 | 2.32 | 0.12 |
| Hayır | 77 | 35.3 | 141 | 64.7 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

Tablo 16’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i ime sebep olaca nı dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. Evli olan ki iler bekar olanlara göre Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i ime sebep olaca nı dü ünmemektedir($p<0.05$). Ayrıca 19-29 ya ki iler di er ya gruplarına göre ve i e yeni ba layanlar di er çalı ma gruplarına göre Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i ime sebep olaca nı dü ünmemektedirler($p<0.05$). Cinsiyet, unvan, e itim durumu, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i ime sebep olaca nı dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 16: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında herhangi bir de i ime sebep olaca mı dü ünme durumu

| Sizce Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında herhangi bir de i ime sebep olaca mı dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|---|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|-------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 18 | 81.8 | 4 | 18.2 | 22 | 100.0 | 24.9 | 0.001 |
| 30-34 | 28 | 41.2 | 40 | 58.8 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 27 | 56.3 | 21 | 43.8 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 25 | 33.8 | 49 | 66.2 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 43 | 41.7 | 60 | 58.3 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 8 | 23.5 | 26 | 76.5 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 48 | 51.1 | 46 | 48.9 | 94 | 100.0 | 3.68 | 0.05 |
| Kadın | 101 | 39.6 | 154 | 60.4 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 49 | 57.6 | 36 | 42.4 | 85 | 100.0 | 10.27 | 0.001 |
| Evli | 100 | 37.9 | 164 | 62.1 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 72 | 43.1 | 95 | 56.9 | 167 | 100.0 | 2.56 | 0.63 |
| Ebe | 13 | 34.2 | 25 | 65.8 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 8 | 36.4 | 14 | 63.6 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 30 | 49.2 | 31 | 50.8 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 26 | 42.6 | 35 | 57.4 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 71 | 39.9 | 107 | 60.1 | 178 | 100.0 | 2.76 | 0.25 |
| Lisans | 51 | 42.5 | 69 | 57.5 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 27 | 52.9 | 24 | 47.1 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 18 | 81.8 | 4 | 18.2 | 22 | 100.0 | 16.74 | 0.001 |
| 1-5 yıl | 22 | 47.8 | 24 | 52.2 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 18 | 45.0 | 22 | 55.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 91 | 37.8 | 150 | 62.2 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı lan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 47 | 35.6 | 85 | 64.4 | 132 | 100.0 | 4.49 | 0.10 |
| Poliklinik | 41 | 45.6 | 49 | 54.4 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 61 | 48.0 | 66 | 52.0 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 80 | 36.0 | 142 | 64.0 | 222 | 100.0 | 1.43 | 0.23 |
| Hayır | 54 | 42.5 | 73 | 57.5 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 137 | 43.1 | 181 | 56.9 | 318 | 100.0 | 0.22 | 0.63 |
| Hayır | 12 | 38.7 | 19 | 61.3 | 31 | 100.0 | | |

| Yer de i me durumu | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|------|------|--|
| Evet | 36 | 39.6 | 55 | 60.4 | 91 | 100.0 | 0.49 | 0.48 | |
| Hayır | 113 | 43.8 | 145 | 56.2 | 258 | 100.0 | | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | | |
| Evet | 47 | 39.8 | 71 | 60.2 | 118 | 100.0 | 0.59 | 0.44 | |
| Hayır | 102 | 44.2 | 129 | 55.8 | 231 | 100.0 | | | |
| Yönetimde Çalı mak steme | | | | | | | | | |
| Evet | 55 | 42.0 | 76 | 58.0 | 131 | 100.0 | 0.04 | 0.83 | |
| Hayır | 94 | 43.1 | 124 | 56.9 | 218 | 100.0 | | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | | |

Tablo 17’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tez elden yapılaca mı dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. e yeni ba layanlar di er gruplara göre ve çalı ma yeri de i enler de i meyenlere göre Kamu Hastaneleri birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tez elden yapılaca mı dü ünmektedir(p<0.05). Ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tez elden yapılaca mı dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır(p>0.05).

Tablo 17: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tez elden yapılaca mı dü ünme durumu

| Kamu Hastaneleri Kurumu, hastaneler birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tezelden yapılmasını planlamaktadır. Siz bu i lemlerin hızlı ve tezelden yapılaca mı dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 17 | 77.3 | 5 | 22.7 | 22 | 100.0 | 10.02 | 0.06 |
| 30-34 | 41 | 60.3 | 27 | 39.7 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 24 | 50.0 | 24 | 50.0 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 37 | 50.0 | 37 | 50.0 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 47 | 45.6 | 56 | 54.4 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 15 | 44.1 | 19 | 55.9 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 47 | 50.0 | 47 | 50.0 | 94 | 100.0 | 0.17 | 0.67 |
| Kadın | 134 | 52.5 | 121 | 47.5 | 255 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|-------|-------|
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 49 | 57.6 | 36 | 42.4 | 85 | 100.0 | 1.50 | 0.22 |
| Evli | 132 | 50 | 132 | 50 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 90 | 53.9 | 77 | 46.1 | 167 | 100.0 | 6.36 | 0.17 |
| Ebe | 20 | 52.6 | 18 | 47.4 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 10 | 45.5 | 12 | 54.5 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 37 | 60.7 | 24 | 39.3 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 24 | 39.3 | 27 | 60.7 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 92 | 51.7 | 86 | 48.3 | 178 | 100.0 | 3.44 | 0.17 |
| Lisans | 68 | 56.7 | 52 | 43.3 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 21 | 41.2 | 30 | 58.8 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 17 | 77.3 | 5 | 22.7 | 22 | 100.0 | 12.88 | 0.005 |
| 1-5 yıl | 31 | 67.4 | 15 | 32.6 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 17 | 42.5 | 3 | 57.5 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 116 | 48.1 | 125 | 51.9 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı ılan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 63 | 47.7 | 69 | 52.3 | 132 | 100.0 | 2.11 | 0.34 |
| Poliklinik | 46 | 51.1 | 44 | 48.9 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 72 | 56.7 | 55 | 43.3 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 122 | 55.0 | 100 | 45.0 | 222 | 100.0 | 2.33 | 0.12 |
| Hayır | 59 | 46.5 | 68 | 53.5 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 164 | 51.6 | 154 | 48.4 | 318 | 100.0 | 0.12 | 0.72 |
| Hayır | 17 | 54.8 | 14 | 45.2 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 62 | 68.1 | 29 | 31.9 | 91 | 100.0 | 13.05 | 0.001 |
| Hayır | 119 | 46.1 | 139 | 53.9 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 59 | 50.0 | 59 | 50.0 | 118 | 100.0 | 0.24 | 0.61 |
| Hayır | 122 | 52.8 | 109 | 47.2 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak steme | | | | | | | | |
| Evet | 74 | 56.5 | 57 | 43.5 | 131 | 100.0 | 1.79 | 0.18 |
| Hayır | 107 | 49.1 | 111 | 50.9 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

Tablo 18’da Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer

de i tirme durumu, 663 sayılı KHK'yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli i ile hastanelerin özelle tirilece ini dü ünme durumu da ılımları gözlenmektedir. Ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK'yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri Birli i ile hastanelerin özelle tirilece ini dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır(p>0.05).

Tablo 18: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i ile hastanelerin özelle tirilece ini dü ünme durumu

| Sizce Kamu Hastaneleri Birli i sistemi ile hastanelerin özelle tirilece ini dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 16 | 72.7 | 6 | 27.3 | 22 | 100.0 | 2.80 | 0.73 |
| 30-34 | 55 | 80.9 | 13 | 19.1 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 37 | 77.1 | 11 | 22.9 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 56 | 75.7 | 18 | 24.3 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 76 | 73.8 | 27 | 26.2 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 29 | 85.3 | 5 | 14.7 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 73 | 77.7 | 21 | 22.3 | 94 | 100.0 | 0.02 | 0.87 |
| Kadın | 196 | 76.9 | 59 | 23.1 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 63 | 74.1 | 22 | 25.9 | 85 | 100.0 | 0.55 | 0.45 |
| Evli | 206 | 78.0 | 58 | 22 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 135 | 80.8 | 32 | 19.2 | 167 | 100.0 | 6.69 | 0.15 |
| Ebe | 27 | 71.1 | 11 | 28.9 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 14 | 63.6 | 8 | 36.4 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 43 | 70.5 | 18 | 29.5 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 50 | 82.0 | 11 | 18.0 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 140 | 78.7 | 38 | 21.3 | 178 | 100.0 | 3.75 | 0.15 |
| Lisans | 86 | 71.7 | 34 | 28.3 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 43 | 84.3 | 8 | 15.7 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 16 | 72.7 | 6 | 27.3 | 22 | 100.0 | 1.37 | 0.71 |
| 1-5 yıl | 37 | 80.4 | 9 | 19.6 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 33 | 82.5 | 7 | 17.5 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 183 | 75.9 | 58 | 24.1 | 241 | 100.0 | | |

| Çalı ılan Birim | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|----|------|-----|--------------|-------|------|
| Servis | 101 | 76.5 | 31 | 23.5 | 132 | 100.0 | 2.38 | 0.30 |
| Poliklinik | 65 | 72.2 | 25 | 27.8 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 103 | 81.1 | 24 | 18.9 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde alı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 175 | 78.8 | 47 | 21.2 | 222 | 100.0 | 1.05 | 0.30 |
| Hayır | 94 | 74.0 | 33 | 26.0 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 247 | 77.7 | 71 | 22.3 | 318 | 100.0 | 0.71 | 0.39 |
| Hayır | 22 | 71.0 | 9 | 29.0 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 74 | 81.3 | 17 | 18.7 | 91 | 100.0 | 1.25 | 0.26 |
| Hayır | 195 | 75.6 | 63 | 24.4 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 91 | 77.1 | 27 | 22.9 | 118 | 100.0 | 0.001 | 0.99 |
| Hayır | 178 | 77.1 | 53 | 22.9 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde alı mak isteme | | | | | | | | |
| Evet | 99 | 75.6 | 32 | 24.4 | 131 | 100.0 | 0.26 | 0.60 |
| Hayır | 170 | 78.0 | 48 | 22.0 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | | 100.0 | | |

Tablo 19’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca ını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. 50 ya ve üzeri ki iler di er ya gruplarına göre, evli olan ki iler bekarlara göre, çalı ma yılı 10 yılın üzerinde olanlar di er gruplara göre ve yeri de i meyenler de i enlere göre Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca ını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünmemektedirler($p<0.05$). Cinsiyet, unvan, e itim durumu, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca ını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 19: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca mını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünme durumu

| Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca mını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | | |
|---|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|-------|--|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | P | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | | |
| 19-29 | 14 | 63.6 | 8 | 36.4 | 22 | 100.0 | 14.4 | 0.01 | |
| 30-34 | 36 | 52.9 | 32 | 47.1 | 68 | 100.0 | | | |
| 35-39 | 17 | 35.4 | 31 | 64.6 | 48 | 100.0 | | | |
| 40-44 | 29 | 39.2 | 45 | 60.8 | 74 | 100.0 | | | |
| 45-49 | 38 | 36.9 | 65 | 63.1 | 103 | 100.0 | | | |
| 50 ya ve üzeri | 8 | 23.5 | 26 | 76.5 | 34 | 100.0 | | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | |
| Erkek | 41 | 43.6 | 53 | 56.4 | 94 | 100.0 | 0.45 | 0.49 | |
| Kadın | 101 | 39.6 | 154 | 60.4 | 255 | 100.0 | | | |
| Medeni durum | | | | | | | | | |
| Bekar | 45 | 52.9 | 40 | 47.1 | 85 | 100.0 | 6.99 | 0.008 | |
| Evli | 97 | 36.7 | 167 | 63.3 | 264 | 100.0 | | | |
| Unvan | | | | | | | | | |
| Hem ire | 73 | 43.7 | 94 | 56.3 | 167 | 100.0 | 2.09 | 0.71 | |
| Ebe | 13 | 34.2 | 25 | 65.8 | 38 | 100.0 | | | |
| Sa lık Memuru | 8 | 36.4 | 14 | 63.6 | 22 | 100.0 | | | |
| Hekim | 26 | 42.6 | 35 | 57.4 | 61 | 100.0 | | | |
| Di er | 22 | 36.1 | 39 | 63.9 | 61 | 100.0 | | | |
| E itim durumu | | | | | | | | | |
| Lise | 67 | 37.6 | 111 | 62.4 | 178 | 100.0 | 2.71 | 0.25 | |
| Lisans | 56 | 46.7 | 64 | 53.3 | 120 | 100.0 | | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 19 | 37.3 | 32 | 62.7 | 51 | 100.0 | | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | | |
| 1 yıl | 14 | 63.6 | 8 | 36.4 | 22 | 100.0 | 12.08 | 0.007 | |
| 1-5 yıl | 26 | 56.5 | 20 | 43.5 | 46 | 100.0 | | | |
| 6-9 yıl | 16 | 40.0 | 24 | 60.0 | 40 | 100.0 | | | |
| 10 yıl ve üzeri | 86 | 35.7 | 155 | 64.3 | 241 | 100.0 | | | |
| Çalı lan Birim | | | | | | | | | |
| Servis | 46 | 34.8 | 86 | 65.2 | 132 | 100.0 | 4.82 | 0.09 | |
| Poliklinik | 35 | 38.9 | 55 | 61.1 | 90 | 100.0 | | | |
| Özellikli Birim | 61 | 48.0 | 66 | 52.0 | 127 | 100.0 | | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | | |
| Evet | 87 | 39.2 | 135 | 60.8 | 222 | 100.0 | 0.56 | 0.45 | |
| Hayır | 55 | 43.3 | 72 | 56.7 | 127 | 100.0 | | | |
| ini Sevme | | | | | | | | | |
| Evet | 132 | 41.5 | 186 | 58.5 | 318 | 100.0 | 1.00 | 0.31 | |
| Hayır | 10 | 32.3 | 21 | 67.7 | 31 | 100.0 | | | |

| Yer de i me durumu | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|------|-----|------|-----|-------|------|-------|--|
| Evet | 49 | 53.8 | 42 | 46.2 | 91 | 100.0 | 8.83 | 0.003 | |
| Hayır | 93 | 36.0 | 165 | 64.0 | 258 | 100.0 | | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | | |
| Evet | 56 | 47.5 | 62 | 52.5 | 118 | 100.0 | 3.38 | 0.06 | |
| Hayır | 86 | 37.2 | 145 | 62.8 | 231 | 100.0 | | | |
| Yönetimde Çalı mak steme | | | | | | | | | |
| Evet | 55 | 42.0 | 76 | 58.0 | 131 | 100.0 | 0.14 | 0.70 | |
| Hayır | 87 | 39.9 | 131 | 60.1 | 208 | 100.0 | | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | | |

Tablo 20’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. Ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 20: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünme durumu

| Sizce Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | P |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 2.62 | 0.75 |
| 30-34 | 43 | 63.2 | 25 | 36.8 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 36 | 75.0 | 12 | 25.0 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 54 | 73.0 | 20 | 27.0 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 69 | 67.0 | 34 | 33.0 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 23 | 67.6 | 11 | 32.4 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 62 | 66.0 | 32 | 34.0 | 94 | 100.0 | 0.47 | 0.49 |
| Kadın | 178 | 69.8 | 77 | 30.2 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 55 | 64.7 | 30 | 35.3 | 85 | 100.0 | 0.86 | 0.35 |
| Evli | 185 | 70.1 | 79 | 29.9 | 264 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|----|------|------------|--------------|------|------|
| Unvan | | | | | | | | |
| Hemire | 109 | 65.3 | 58 | 34.7 | 167 | 100.0 | 3.07 | 0.54 |
| Ebe | 25 | 65.8 | 13 | 34.2 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 45 | 73.8 | 16 | 26.2 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 46 | 75.4 | 15 | 24.6 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 119 | 66.8 | 59 | 33.1 | 178 | 100.0 | 1.22 | 0.74 |
| Lisans | 83 | 69.2 | 37 | 30.8 | 120 | 100.0 | | |
| Yüksek lisans ve üzeri | 38 | 74.5 | 13 | 25.5 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 0.33 | 0.95 |
| 1-5 yıl | 30 | 65.2 | 16 | 34.8 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 28 | 70.0 | 12 | 30.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 167 | 69.3 | 74 | 30.7 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı lan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 84 | 63.6 | 48 | 36.4 | 132 | 100.0 | 3.81 | 0.14 |
| Poliklinik | 61 | 67.8 | 29 | 32.2 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 95 | 74.8 | 32 | 25.2 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 154 | 69.4 | 68 | 30.6 | 222 | 100.0 | 0.10 | 0.74 |
| Hayır | 86 | 67.7 | 41 | 32.3 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 219 | 68.9 | 99 | 31.1 | 318 | 100.0 | 0.01 | 0.89 |
| Hayır | 21 | 67.7 | 10 | 32.3 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 57 | 62.6 | 34 | 37.4 | 91 | 100.0 | 2.15 | 0.14 |
| Hayır | 183 | 70.9 | 75 | 29.1 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 79 | 66.9 | 39 | 33.1 | 118 | 100.0 | 0.27 | 0.60 |
| Hayır | 161 | 69.7 | 70 | 30.3 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak isteme | | | | | | | | |
| Evet | 95 | 72.5 | 36 | 27.5 | 131 | 100.0 | 1.37 | 0.24 |
| Hayır | 145 | 66.5 | 73 | 33.5 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

Tablo 21’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı lan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin sözleşmeli

olacağını düşünme durumunun da ilımları gözlenmektedir. Çalışma yerleri de en sağlıklı personelleri çalışma yerleri de imeyenlere göre Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin sözleşmeli olacağını düşünmektedirler($p<0.05$). Yaş, cinsiyet, medeni durum, unvan, eğitim durumu, çalışma süresi, çalışma birim, birimde çalışmama isteği, işini sevmeme, 663 sayılı KHK'yi okuma ve yönetimde çalışmama isteği ile Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin sözleşmeli olacağını düşünme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablo 21: Araştırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin sözleşmeli olacağını düşünme durumu

| Sizce Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin sözleşmeli olacağını düşünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Yaş | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | P |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 7.33 | 0.19 |
| 30-34 | 42 | 61.8 | 26 | 38.2 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 27 | 56.3 | 21 | 43.8 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 37 | 50.0 | 37 | 50.0 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 50 | 48.5 | 53 | 51.5 | 103 | 100.0 | | |
| 50 yaş ve üzeri | 14 | 41.2 | 20 | 58.8 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 52 | 55.3 | 42 | 44.7 | 94 | 100.0 | 0.27 | 0.60 |
| Kadın | 133 | 52.2 | 122 | 47.8 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 44 | 51.8 | 41 | 48.2 | 85 | 100.0 | 0.07 | 0.79 |
| Evli | 141 | 53.4 | 123 | 46.6 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hemşire | 87 | 52.1 | 80 | 47.9 | 167 | 100.0 | 2.47 | 0.64 |
| Ebe | 20 | 52.6 | 18 | 47.4 | 38 | 100.0 | | |
| Sağlık Memuru | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 33 | 54.1 | 28 | 45.9 | 61 | 100.0 | | |
| Diğer | 30 | 49.2 | 31 | 50.8 | 61 | 100.0 | | |
| Eğitim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 90 | 50.6 | 88 | 49.4 | 178 | 100.0 | 1.67 | 0.43 |
| Lisans | 64 | 53.3 | 56 | 46.7 | 120 | 100.0 | | |
| Yüksek lisans ve üzeri | 31 | 60.8 | 20 | 39.2 | 51 | 100.0 | | |
| Çalışma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | 6.43 | 0.09 |
| 1-5 yıl | 30 | 65.2 | 16 | 34.8 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 22 | 55.0 | 18 | 45.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 118 | 49.0 | 123 | 51.0 | 241 | 100.0 | | |

| Çalı ılan Birim | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|-------|------|
| Servis | 62 | 47.0 | 70 | 53.0 | 132 | 100.0 | 3.80 | 0.15 |
| Poliklinik | 48 | 53.3 | 42 | 46.7 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 75 | 59.1 | 52 | 40.9 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde alı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 118 | 53.2 | 104 | 46.8 | 222 | 100.0 | 0.005 | 0.94 |
| Hayır | 67 | 52.8 | 60 | 47.2 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 165 | 51.9 | 153 | 48.1 | 318 | 100.0 | 1.80 | 0.17 |
| Hayır | 20 | 64.5 | 11 | 35.5 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 58 | 63.7 | 33 | 36.3 | 91 | 100.0 | 5.68 | 0.01 |
| Hayır | 127 | 49.2 | 131 | 50.8 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 63 | 53.4 | 55 | 46.6 | 118 | 100.0 | 0.01 | 0.91 |
| Hayır | 122 | 52.8 | 109 | 47.2 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde alı mak isteme | | | | | | | | |
| Evet | 70 | 53.4 | 61 | 46.6 | 131 | 100.0 | 0.01 | 0.90 |
| Hayır | 115 | 52.8 | 103 | 47.2 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

Tablo 22’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, hastanelerin Kamu Hastaneleri Birli ine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sa ladı ını dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. Ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumları ile hastanelerin Kamu Hastaneleri Birli ine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sa ladı ını dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 22: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre hastanelerin Kamu Hastaneleri Birli ine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sa ladı ını dü ünme durumu

| Sizce hastanelerin Kamu Hastaneleri Birli ine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sa ladı ını dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|-------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | P |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 17 | 77.3 | 5 | 22.7 | 22 | 100.0 | 9.76 | 0.08 |
| 30-34 | 58 | 85.3 | 10 | 14.7 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 43 | 89.6 | 5 | 10.4 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 63 | 85.1 | 11 | 14.9 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 76 | 73.8 | 27 | 26.2 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 24 | 70.6 | 10 | 29.4 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 79 | 84.0 | 15 | 16.0 | 94 | 100.0 | 1.02 | 0.31 |
| Kadın | 202 | 79.2 | 53 | 20.8 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 63 | 74.1 | 22 | 25.9 | 85 | 100.0 | 2.93 | 0.08 |
| Evli | 218 | 82.6 | 46 | 17.4 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 133 | 79.6 | 34 | 20.4 | 167 | 100.0 | 3.01 | 0.55 |
| Ebe | 29 | 76.3 | 9 | 23.7 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 16 | 72.7 | 6 | 27.3 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 50 | 82.0 | 11 | 18.0 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 53 | 86.9 | 8 | 13.1 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 139 | 78.1 | 39 | 21.9 | 178 | 100.0 | 1.38 | 0.50 |
| Lisans | 100 | 83.3 | 20 | 16.7 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 42 | 82.4 | 9 | 17.46 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 17 | 77.3 | 5 | 22.7 | 22 | 100.0 | 3.64 | 0.30 |
| 1-5 yıl | 39 | 84.8 | 7 | 15.2 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 36 | 30.0 | 4 | 10.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 189 | 78.4 | 52 | 21.6 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı lan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 106 | 80.3 | 26 | 19.7 | 132 | 100.0 | 0.30 | 0.85 |
| Poliklinik | 71 | 78.9 | 19 | 21.1 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 104 | 81.9 | 23 | 18.1 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 180 | 81.1 | 42 | 18.9 | 222 | 100.0 | 0.12 | 0.72 |
| Hayır | 101 | 79.5 | 26 | 20.5 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 255 | 80.2 | 63 | 19.8 | 318 | 100.0 | 0.26 | 0.62 |
| Hayır | 26 | 83.9 | 5 | 16.1 | 31 | 100.0 | | |

| Yer de i me durumu | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|------|----|------|-----|-------|------|------|--|
| Evet | 76 | 83.5 | 15 | 16.5 | 91 | 100.0 | 0.70 | 0.40 | |
| Hayır | 205 | 79.5 | 53 | 20.5 | 258 | 100.0 | | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | | |
| Evet | 96 | 81.4 | 22 | 18.6 | 118 | 100.0 | 0.08 | 0.77 | |
| Hayır | 185 | 80.1 | 46 | 19.9 | 231 | 100.0 | | | |
| Yönetimde Çalı mak steme | | | | | | | | | |
| Evet | 107 | 81.7 | 24 | 18.3 | 131 | 100.0 | 0.18 | 0.67 | |
| Hayır | 174 | 79.8 | 44 | 20.2 | 218 | 100.0 | | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | | |

Tablo 23’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı mı dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. 50 ya ve üzeri ki iler di er ya gruplarına göre Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı mı dü ünmemektedirler($p<0.05$). Ayrıca çalı ma süresi 1-5 yıl olan ki iler di er gruplara göre Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı mı dü ünmemektedir($p<0.05$). Cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı mı dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 23: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı mı dü ünme durumu

| Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı mı dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | P |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 13 | 59.1 | 9 | 40.9 | 22 | 100.0 | 12.28 | 0.03 |
| 30-34 | 40 | 58.8 | 28 | 41.2 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 21 | 43.8 | 27 | 56.3 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 30 | 40.5 | 44 | 59.5 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 49 | 47.6 | 54 | 52.4 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 9 | 26.5 | 25 | 73.5 | 34 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|-------|-------|
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 54 | 57.4 | 40 | 42.6 | 94 | 100.0 | 6.29 | 0.12 |
| Kadın | 108 | 42.4 | 147 | 57.6 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 42 | 49.4 | 43 | 50.6 | 85 | 100.0 | 0.40 | 0.52 |
| Evli | 120 | 45.5 | 144 | 54.5 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hem ire | 86 | 51.5 | 81 | 48.5 | 167 | 100.0 | 5.90 | 0.20 |
| Ebe | 14 | 36.8 | 24 | 63.2 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 11 | 50.0 | 11 | 50.0 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 29 | 47.5 | 32 | 52.9 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 22 | 36.1 | 39 | 63.9 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 72 | 40.4 | 106 | 59.6 | 178 | 100.0 | 5.20 | 0.07 |
| Lisans | 63 | 52.5 | 57 | 47.5 | 120 | 100.0 | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 27 | 52.9 | 24 | 47.1 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 13 | 59.1 | 9 | 40.9 | 22 | 100.0 | 11.76 | 0.008 |
| 1-5 yıl | 30 | 65.2 | 16 | 34.8 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 21 | 52.5 | 19 | 47.5 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 98 | 40.7 | 143 | 59.3 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı ılan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 57 | 43.2 | 75 | 56.8 | 132 | 100.0 | 2.47 | 0.29 |
| Poliklinik | 39 | 43.3 | 51 | 56.7 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 66 | 52.0 | 61 | 48.0 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 99 | 46.6 | 123 | 55.4 | 222 | 100.0 | 0.81 | 0.36 |
| Hayır | 63 | 49.6 | 64 | 50.4 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 149 | 46.9 | 169 | 53.1 | 318 | 100.0 | 0.27 | 0.60 |
| Hayır | 13 | 41.9 | 18 | 58.1 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 50 | 54.9 | 41 | 45.1 | 91 | 100.0 | 3.59 | 0.05 |
| Hayır | 112 | 43.4 | 146 | 56.6 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 55 | 46.6 | 63 | 53.4 | 118 | 100.0 | 0.003 | 0.95 |
| Hayır | 107 | 46.3 | 124 | 53.7 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak steme | | | | | | | | |
| Evet | 63 | 48.1 | 68 | 51.9 | 131 | 100.0 | 0.23 | 0.62 |
| Hayır | 99 | 45.4 | 119 | 54.6 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

Tablo 24’da Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açacağı mı düşünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. 19-29 ya grubundaki ki iler di er ya gruplarına göre, i e yeni ba layanlar di er gruplara göre ve çalı ma yeri de i enler de i meyenlere göre Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açacağı mı düşünmektedirler($p<0.05$). Cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açacağı mı düşünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 24: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açacağı mı düşünme durumu

| Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açacağı mı düşünüyö musunuz? | | | | | | | | |
|---|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | P |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 18 | 81.8 | 4 | 18.2 | 22 | 100.0 | 12.16 | 0.03 |
| 30-34 | 35 | 51.5 | 33 | 48.5 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 23 | 47.9 | 25 | 52.1 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 32 | 43.2 | 42 | 56.8 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 46 | 44.7 | 57 | 55.3 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 14 | 41.2 | 20 | 58.8 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 46 | 48.9 | 48 | 51.1 | 94 | 100.0 | 0.03 | 0.85 |
| Kadın | 122 | 47.8 | 133 | 52.2 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 44 | 51.8 | 41 | 48.2 | 85 | 100.0 | 0.59 | 0.44 |
| Evli | 124 | 47.0 | 140 | 53.0 | 264 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|-----|------|-----|--------------|-------|-------|
| Unvan | | | | | | | | |
| Hemire | 78 | 46.7 | 89 | 53.3 | 167 | 100.0 | 3.87 | 0.42 |
| Ebe | 17 | 44.7 | 21 | 55.3 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 15 | 68.2 | 7 | 31.8 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 29 | 47.5 | 32 | 52.5 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 29 | 47.5 | 32 | 52.5 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 86 | 48.3 | 92 | 51.7 | 178 | 100.0 | 2.22 | 0.32 |
| Lisans | 62 | 51.7 | 58 | 48.3 | 120 | 100.0 | | |
| Yüksekisans ve üzeri | 20 | 39.2 | 31 | 60.8 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 18 | 81.8 | 4 | 18.2 | 22 | 100.0 | 14.93 | 0.002 |
| 1-5 yıl | 27 | 58.7 | 19 | 41.3 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 15 | 37.5 | 25 | 62.5 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 108 | 44.8 | 133 | 55.2 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı ılan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 58 | 43.9 | 74 | 56.1 | 132 | 100.0 | 4.83 | 0.08 |
| Poliklinik | 39 | 43.3 | 51 | 56.7 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 71 | 55.9 | 56 | 44.1 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 104 | 46.8 | 118 | 53.2 | 222 | 100.0 | 0.40 | 0.05 |
| Hayır | 64 | 50.4 | 63 | 49.6 | 127 | 100.0 | | |
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 152 | 47.8 | 166 | 52.2 | 318 | 100.0 | 0.16 | 0.68 |
| Hayır | 16 | 51.6 | 15 | 48.4 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 53 | 58.2 | 38 | 41.8 | 91 | 100.0 | 5.03 | 0.02 |
| Hayır | 115 | 44.6 | 143 | 55.4 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 50 | 42.4 | 68 | 57.6 | 118 | 100.0 | 2.37 | 0.12 |
| Hayır | 118 | 51.1 | 113 | 48.9 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalı mak isteme | | | | | | | | |
| Evet | 68 | 51.9 | 63 | 48.1 | 131 | 100.0 | 1.19 | 0.27 |
| Hayır | 100 | 45.9 | 118 | 54.1 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | | 100.0 | | |

Tablo 25’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli oldu unu dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. Bekar olan ki iler evli olanlara göre Kamu Hastaneleri

Birli inin gerekli oldu unu dü ünmektedir($p<0.05$). Ya , cinsiyet, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK'yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli oldu unu dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 25: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli oldu unu dü ünme durumu

| Sizce Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli oldu unu dü ünüyor musunuz? | | | | | | | | | |
|---|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|--|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | P | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | | |
| 19-29 | 21 | 95.5 | 1 | 4.5 | 22 | 100.0 | 7.04 | 0.21 | |
| 30-34 | 51 | 75.0 | 17 | 25.0 | 68 | 100.0 | | | |
| 35-39 | 33 | 68.8 | 15 | 31.3 | 48 | 100.0 | | | |
| 40-44 | 52 | 70.3 | 22 | 29.7 | 74 | 100.0 | | | |
| 45-49 | 76 | 73.8 | 27 | 26.2 | 103 | 100.0 | | | |
| 50 ya ve üzeri | 23 | 67.6 | 11 | 32.4 | 34 | 100.0 | | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | |
| Erkek | 64 | 98.1 | 30 | 31.9 | 94 | 100.0 | 1.82 | 0.17 | |
| Kadın | 192 | 75.3 | 63 | 24.7 | 255 | 100.0 | | | |
| Medeni durum | | | | | | | | | |
| Bekar | 71 | 83.5 | 14 | 16.5 | 85 | 100.0 | 5.95 | 0.01 | |
| Evli | 185 | 70.1 | 79 | 29.9 | 264 | 100.0 | | | |
| Unvan | | | | | | | | | |
| Hem ire | 120 | 71.9 | 47 | 28.1 | 167 | 100.0 | 0.85 | 0.93 | |
| Ebe | 27 | 71.1 | 11 | 28.9 | 38 | 100.0 | | | |
| Sa lık Memuru | 16 | 72.7 | 6 | 27.3 | 22 | 100.0 | | | |
| Hekim | 46 | 75.4 | 15 | 25.6 | 61 | 100.0 | | | |
| Di er | 47 | 77.0 | 14 | 23.0 | 61 | 100.0 | | | |
| E itim durumu | | | | | | | | | |
| Lise | 135 | 75.8 | 43 | 24.2 | 178 | 100.0 | 2.36 | 0.30 | |
| Lisans | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 | | | |
| Yükseklisans ve üzeri | 39 | 76.5 | 12 | 23.5 | 51 | 100.0 | | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | | |
| 1 yıl | 21 | 95.5 | 1 | 4.5 | 22 | 100.0 | 7.79 | 0.05 | |
| 1-5 yıl | 36 | 78.3 | 10 | 21.7 | 46 | 100.0 | | | |
| 6-9 yıl | 26 | 65.0 | 14 | 35.0 | 40 | 100.0 | | | |
| 10 yıl ve üzeri | 173 | 71.8 | 68 | 28.2 | 241 | 100.0 | | | |
| Çalı ılan Birim | | | | | | | | | |
| Servis | 92 | 69.7 | 40 | 30.3 | 132 | 100.0 | 1.55 | 0.46 | |
| Poliklinik | 67 | 74.4 | 23 | 25.6 | 90 | 100.0 | | | |
| Özellikli Birim | 97 | 76.4 | 30 | 23.6 | 127 | 100.0 | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|------|----|------|------------|--------------|------|------|--|
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | | |
| Evet | 159 | 71.6 | 63 | 28.4 | 222 | 100.0 | 0.93 | 0.33 | |
| Hayır | 97 | 76.4 | 30 | 23.6 | 127 | 100.0 | | | |
| ini Sevme | | | | | | | | | |
| Evet | 234 | 73.6 | 84 | 26.4 | 318 | 100.0 | 0.09 | 0.75 | |
| Hayır | 22 | 71.0 | 9 | 29.0 | 31 | 100.0 | | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | | |
| Evet | 65 | 71.4 | 26 | 28.6 | 91 | 100.0 | 0.23 | 0.62 | |
| Hayır | 191 | 74.0 | 67 | 26.0 | 258 | 100.0 | | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | | |
| Evet | 82 | 69.5 | 36 | 30.5 | 118 | 100.0 | 1.36 | 0.24 | |
| Hayır | 174 | 75.3 | 57 | 20.7 | 231 | 100.0 | | | |
| Yönetimde Çalı mak isteme | | | | | | | | | |
| Evet | 99 | 75.6 | 32 | 24.4 | 131 | 100.0 | 0.52 | 0.46 | |
| Hayır | 157 | 72.0 | 61 | 28.0 | 218 | 100.0 | | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | | |

Tablo 26’de Ara tırma grubunun ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, çalı ılan birim, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme durumlarına göre, Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olaca ını dü ünme durumunun da ılımları gözlenmektedir. Poliklinikte çalı anlar di er birimde çalı anlara göre Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olaca ını dü ünmektedirler($p<0.05$). Ya , cinsiyet, medeni durum, unvan, e itim durumu, çalı ma süresi, birimde çalı ma iste i, i ini sevme, yer de i tirme durumu, 663 sayılı KHK’yi okuma ve yönetimde çalı mak isteme ile Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olaca ını dü ünme durumu arasında anlamlı ili ki saptanmamı tır($p>0.05$).

Tablo 26: Ara tırma grubunun temel özelliklerine göre Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olacağını düşünme durumu

| Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olacağını düşünüyor musunuz? | | | | | | | | |
|--|------|------|-------|------|--------|-------|----------------|------|
| Ya | Evet | | Hayır | | Toplam | | X ² | p |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | | |
| 19-29 | 16 | 72.7 | 6 | 27.3 | 22 | 100.0 | 3.69 | 0.59 |
| 30-34 | 50 | 73.5 | 18 | 26.5 | 68 | 100.0 | | |
| 35-39 | 36 | 75.0 | 12 | 25.0 | 48 | 100.0 | | |
| 40-44 | 58 | 78.4 | 16 | 21.6 | 74 | 100.0 | | |
| 45-49 | 76 | 73.8 | 27 | 26.2 | 103 | 100.0 | | |
| 50 ya ve üzeri | 30 | 88.2 | 4 | 11.8 | 34 | 100.0 | | |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Erkek | 73 | 77.7 | 21 | 22.3 | 94 | 100.0 | 0.14 | 0.70 |
| Kadın | 193 | 75.7 | 62 | 24.3 | 255 | 100.0 | | |
| Medeni durum | | | | | | | | |
| Bekar | 67 | 78.8 | 18 | 21.2 | 85 | 100.0 | 0.42 | 0.51 |
| Evli | 199 | 75.4 | 83 | 24.6 | 264 | 100.0 | | |
| Unvan | | | | | | | | |
| Hemire | 125 | 74.9 | 42 | 25.1 | 167 | 100.0 | 3.63 | 0.45 |
| Ebe | 26 | 68.4 | 12 | 31.6 | 38 | 100.0 | | |
| Sa lık Memuru | 16 | 72.7 | 6 | 27.3 | 22 | 100.0 | | |
| Hekim | 51 | 83.6 | 10 | 16.4 | 61 | 100.0 | | |
| Di er | 48 | 78.7 | 13 | 21.3 | 61 | 100.0 | | |
| E itim durumu | | | | | | | | |
| Lise | 132 | 74.2 | 46 | 25.8 | 178 | 100.0 | 1.48 | 0.47 |
| Lisans | 92 | 76.7 | 28 | 23.3 | 120 | 100.0 | | |
| Yüksek lisans ve üzeri | 42 | 82.4 | 9 | 17.6 | 51 | 100.0 | | |
| Çalı ma süresi | | | | | | | | |
| 1 yıl | 18 | 72.7 | 6 | 27.3 | 22 | 100.0 | 0.43 | 0.93 |
| 1-5 yıl | 34 | 73.9 | 12 | 26.1 | 46 | 100.0 | | |
| 6-9 yıl | 30 | 75.0 | 10 | 25.0 | 40 | 100.0 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 186 | 77.2 | 55 | 22.8 | 241 | 100.0 | | |
| Çalı lan Birim | | | | | | | | |
| Servis | 90 | 68.2 | 42 | 31.8 | 132 | 100.0 | 7.66 | 0.02 |
| Poliklinik | 74 | 82.2 | 16 | 17.8 | 90 | 100.0 | | |
| Özellikli Birim | 102 | 80.3 | 25 | 19.7 | 127 | 100.0 | | |
| Birimde çalı ma iste i | | | | | | | | |
| Evet | 174 | 78.4 | 48 | 21.6 | 222 | 100.0 | 1.57 | 0.21 |
| Hayır | 92 | 72.4 | 35 | 27.6 | 127 | 100.0 | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|------|----|------|-----|-------|------|------|
| ini Sevme | | | | | | | | |
| Evet | 242 | 76.1 | 76 | 23.9 | 318 | 100.0 | 0.02 | 0.86 |
| Hayır | 24 | 77.4 | 7 | 22.6 | 31 | 100.0 | | |
| Yer de i me durumu | | | | | | | | |
| Evet | 69 | 75.8 | 22 | 24.2 | 91 | 100.0 | 0.01 | 0.91 |
| Hayır | 197 | 76.4 | 61 | 23.6 | 258 | 100.0 | | |
| 663 sayılı KHK okuma | | | | | | | | |
| Evet | 97 | 82.2 | 21 | 17.8 | 118 | 100.0 | 3.52 | 0.06 |
| Hayır | 169 | 73.2 | 62 | 26.8 | 231 | 100.0 | | |
| Yönetimde Çalışma | | | | | | | | |
| Evet | 99 | 75.6 | 32 | 24.4 | 131 | 100.0 | 0.04 | 0.82 |
| Hayır | 167 | 76.6 | 51 | 23.4 | 218 | 100.0 | | |
| Toplam | | | | | 349 | 100.0 | | |

5. TARTI MA

"Sa lık hizmetlerini sunu biçimleri ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmı lık düzeyini belirleyen önemli göstergelerdendir. Sa lık kurulu larında hizmet sunulan toplumun sa lık ihtiyaçlarının kar ılanması ve hizmet kullanıcılarının memnun edilmesi kurumsal ba arı ve rekabet gücü açısından kaçınılmazdır"(58).

"Sa lık hizmeti sunan kurumlar, yapısal ve i levsel olarak en karma ık örgütler arasında yer almaktadır. Yardımcı personelden, yüksek e itimliye kadar çe itlilik gösteren her düzeydeki personel, karma ık ve çok pahalı teçhizat, ya am ve ölümle ilgili faaliyetler ve ortaya çıkan stres gibi özellikleriyle sa lık i letmeleri, yapısında pek çok ekibi barındıran organizasyonlardır"(59).

"Dolayısıyla sa lık hizmetlerinde memnuniyetten bahsedebilmek için hasta memnuniyetinin yanı sıra çalı an memnuniyetinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Çalı anların memnuniyetinin, kalitenin sürdürülebilirli i açısından önemli bir unsur oldu u belirtilmektedir"(60).

E er bir sistem de i tiriliyor ise sistemin fayda maliyet analizi yapılmalı ve sistemden yararlananların ve hizmet edenlerin maksimum seviyede memnuniyeti sa lanmalıdır. te bu sebeple sa lık sisteminde 02.11.2012 tarihinde geçilen Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin bizzat uygulayıcısı olan sa lık çalı anlarına ne derece yansdı nı veya ne derece anla ıldı nı belirlemek için bu çalı ma yapılmı tır.

Çalı mamızda, Balıkesir ilindeki Kamu Hastaneleri Birli ine ba lı iki Devlet Hastanesinde çalı an sa lık personellerinin, yeni geçtikleri sistem (Kamu Hastaneleri Birli i) hakkındaki dü ünceleri incelenmi tir. Yapmı oldu umuz analizler sonucunda bulunan bulgular elimizde bulunan mevcut literatür çerçevesinde tartı lı mı tır. Ancak ara tırma konusu sa lık sistemindeki yeni uygulamayı gösterdi inden, geçilen bu sistemin uzun ve köklü bir geçmi i bulunmadı ndan konu ile ilgili yeterli çalı ma bulunmamaktadır.

Ara tırmaya katılan sa lık çalı anlarının %73,1'i kadın, %75.6'sı evli, % 51.0'i lise mezunu, %37.8 i serviste çalı makta ve % 47.9'u hem iredir. Ara tırma grubunun % 63.6'sı çalı tı ı i te kendi iste iyle çalı makta, %91.1'i i ini sevmekte, %73.9'u KHB'ne geçi sonrası aynı yerde çalı makta, %66.2'si 663 sayılı KHK'yi okumamı , % 62,5'i yönetici olarak çalı mak istemedi ini ifade etmi lerdir.

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %50,7'si Kamu Hastane Birlikleri ile Türkiye'nin sa lık alanında küresel de i me ayak uyduran de il küresel de i me öncülük eden bir ülke olaca mını dü ünmemektedirler. Bekar olanlar evli olanlara göre (%60.0), 1-5 yıl çalı anlar di er gruplara göre (%71.7) ve yönetimde çalı mak isteyenler istemeyenlere göre(%58.8) Türkiye'nin küresel de i me öncülük eden ülke olaca mını dü ünmemektedirler.

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %56.4 ü Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mını dü ünmemektedirler. 40-44 ya aralı ındaki ki iler di er gruplara göre (%70.3), evli olanlar bekar olanlara göre (%61.0) ve yönetimde çalı mak istemeyenler isteyenlere göre (%61.9) Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mını dü ünmemektedirler. Ayrıca çalı ma süresi 1-5 yıl olanlar di er gruplara göre (%69.6) Kamu Hastaneleri Birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı mını dü ünmemektedirler.

"663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile olu turulan yeni ta ra te kilat yapısı merkeziyetçili in sakıncalarını hafifletecek çalı malar olarak de erlendirilmi , ancak olu turulan yapı ile Sa lıkta Dönü üm Programının hedefleri arasında önemli bir yer tutan yerelle menin gerçekleştirilemedi i bulgusuna ula ılmı tır"(61).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %71.6'sı Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı na sebep oldu unu dü ünmemektedirler. 663 sayılı KHK'yi okumayanlar okuyanlara göre (%75.3), Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı na sebep olaca mını dü ünmemektedir.

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %57.6'sı Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mını dü ünmemektedir. 19-29 ya aralı ındaki ki iler di er ya gruplarına göre (%81.8) ve yönetimde çalı mak isteyenler istemeyenlere göre (%66.4), Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı mını dü ünmemektedir.

Filiz'in (2013) "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sa lık Politikalarına Katkısı Belirlemede Sa lık Çalı anlarının Algısı" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Sa lık çalı anları Kamu Hastane Birlikleri uygulamasının sa lık hizmetlerine ula ılabilirli i konusunda

olumlu etkilerinin oldu unu dü ünmemektedir. Hizmetlerin kolay ve eri ilebilirli i açısından beklentiler olumlu yöndedir. Genel kamu vatanda ların sa lık hizmetlerine eri ilebilirli inin artaca ı yönündedir"(45).

KÜÇÜK'ün (2011) "Sa lık Bakanlı ı ve Sa lık Kurulu u yöneticilerinin ve Sa lık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastane Birliklerine li kin Görü ve Önerileri" konu ba lıklı tez çalı masına göre "Sa lık yöneticileri, KHB uygulamasının meslek örgütlerinin, üniversitelerin ve ilgili tüm tarafların görü ü ve ele tirileri dikkate alınarak yeniden düzenlenmesi konusunda olumlu dü ünmemektedirler. Sa lık yöneticileri, hasta memnuniyetinin artaca mını, sa lık hizmetlerine eri imin kolayla aca mını, hasta haklarına saygılı sa lık ihtiyaç ve önceliklerine duyarlı bir anlayı geli ece ini, dü ünmemektedir. Sa lık yöneticileri, KHB uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden ve toplum sa lı mını tehdit eden i letmeler haline gelece ini dü ünmemektedir. Dolayısı ile sa lık yöneticileri, KHB uygulamasının toplum sa lı ı üzerinde olumsuz etkilerinin oldu unu dü ünmemektedirler"(49).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %60.7'si Kamu Hastaneleri Birli i ile sa lık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandı nını dü ünmemektedir. 50 ya ve üzeri ki iler di er ya gruplarına göre (%82.4), kadınlar erkeklere göre (%63.9), yüksek lisans ve üzeri e itim alanlar di er e itim gruplarına göre (%70.6), serviste çalı anlar di er birimde çalı anlara göre (%68.9), yeri de i meyenler de i enlere göre (%64.0) ve yönetimde çalı mak istemeyenler isteyenlere göre (%65.6) Kamu Hastaneleri Birli i ile sa lık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandı nını dü ünmemektedirler. Ayrıca i e yeni ba layanlar di er gruplara göre (%77.3) Kamu Hastaneleri Birli i ile sa lık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandı nını dü ünmemektedir.

Gökdal'ın (2014) "Kamu Hastanelerinde Organizasyon, Yönetim ve Ba lıca Sorunları" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Çalı ma saatleri konusunda mevzuat açısından bo luklar bulunmaktadır. Kamu hastanelerinde kesintisiz bir sa lık hizmeti sunumu için sa lık personeli 24 saat hizmet vermekte, hafta sonu, resmi bayram tatili, vardiya, icap, nöbet demeden hizmet vermesi bir takım sorunlara sebep olmaktadır. Aile içerisinde huzursuzluklar, çocuklara yeterli kadar zaman ayıramama sorunlarını beraberinde getirmektedir. Yıllarca bu sektörde çalı mı kalifiye sa lık personelleri bütün bu olumsuzluklar nedeniyle görevinden ayrılmak zorunda kalmaktadır. Bu koordinasyonun dı nda sosyal çevre, çe itli çıkar ve baskı grupları hastaneler açısından sorun kayna ı olabilmektedir"(62).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %61.6'sı Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünmemektedirler. 40-44 ya ki iler di er ya gruplarına göre (%74.3), 6-9 yıl

çalışanlar diğer çalışan gruplarına göre (%70.0) ve serviste çalışanlar diğer birimde çalışanlara göre (%72.0) Kamu Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin çalışmaları artlarında eskiye göre olumlu bir fark olduğunu düşünmemektedirler.

Öztoprak'ın (2015) "Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "Hemire ve sağlık personeli çalışanlarında depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları anlamlı derecede en yüksek bulunmuştur, sosyal ilişkiler puanı en düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre, hastanelerde, hemire ve sağlık personelleri en olumsuz yaşam örüntüsüne sahip bölüm olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerde depresyon, ruhsal alan ve bedensel alan puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu veriler hekimlerde duygusal sorunlardan çok davranışsal ve bilişsel sorunların olduğu bilgisini vermektedir"(63).

Karademir'in (2014) "Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "son yıllarda sağlık hizmetlerinde kaliteli sunum, hasta memnuniyeti, hasta hakları gibi hasta adına memnun edici teknikler ya da ama geçirilirken çalışanlar için aynı uygulamalardan söz etmek mümkün değildir. Bu nedenle toplumsal, kurumsal ve sağlık politikalarıyla ilgili önlemlerin alınması hizmetin kaliteli sunumu açısından önemlidir"(64).

Özyurt'un (2015) "Türkiye'de Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Uzmanlık Alanında Çalışma Koşulları Ve Mesleki Risklerin Değerlendirilmesi" konulu doktora tez çalışmasına göre, "çalışma saatleri ve çalışmanın kendine ayıracağı zaman tükenmişlik ve tatmini ile ilgili önemli belirleyiciler gibi görünmektedir. Çalışmamızda bu açıdan elde edilen veriler ne yazık ki oldukça olumsuzdur. Anketimize katılanların üçte biri ayda 6 nöbetten fazla tuttuğunu, yaklaşık %40'ı yıllık izin hakkını kısmen kullanabildiğini ya da hiç kullanamadığını, %75 gibi çok yüksek bir oran ise hiç öle tatili kullanamadığını belirtmiştir. Çalışanların dinlenme, beslenme ve eğlenme gibi insani aktivitelerine ayırması gereken bu hakların kullanımındaki yetersizliklerin hem çalışan sağlığı hem de verimi açısından olumsuz etkileri açıktır"(65).

Karakuş'un (2014) "Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "Bu sistemde aynı işi yapan kişiler arasında gösterdikleri performans nedeni ile ya da buldukları sağlık kuruluşlarının farklı olması, bireysel performansın kuruluşun performansından da etkilenmesi nedeni ile aylık ücretleri farklılık göstermektedir. Hekim dışı personelin ek ödemeleri daha düşük olmakta, artan iş yükünün tam karşılığının alınmaması sonucu personelde memnuniyetsizlik oluşurken, çalışma barını da bozmaktadır. Bu sistemde asıl olan bireyselliğin ortaya çıkarılması, sağlığın bir ekip işi olduğu düşünülmesinden uzaklaşmasıdır. Performans nedeni ile rekabet ortamının yaratıldığı, hastanın meta haline getirildiği, etik değerlerde yıpranma olacağı endişelerini taşımaktadırlar"(66).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %57.3'ü Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i ime sebep olaca nı dü ünmemektedir. Evli olan ki iler bekar olanlara göre(%62.1) Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i ime sebep olaca nı dü ünmemektedir. Ayrıca 19-29 ya ki iler di er ya gruplarına göre (%81.8) ve i e yeni ba layanlar di er çalı ma gruplarına göre (%81.8) Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i ime sebep olaca nı dü ünmemektedirler.

Filiz'in (2013) "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sa lık Politikalarına Katkısı Belirlemede Sa lık Çalı anlarının Algısı" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sa lık çalı anlarının özlük haklarında ve çalı ma ko ullarında iyile tirmeler olmu ve sa lık çalı anlarının mevcut statüleri daha elveri li hale gelmi tir" ifadesine de çalı anların büyük ço unlu u olumsuz görü bildirmektedir"(45).

Gökdağ'ın (2014) "Kamu Hastanelerinde Organizasyon, Yönetim ve Ba lı ca Sorunları" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Kamu hastanelerinde görevli personellerin, di er özlük haklarında oldu u gibi gelirlerindeki ücret yetersizli i de ba ka bir konudur. Bu dönemde getirilmi olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin faydası özellikle hekimler açısından önemlidir. Göstermi oldukları performans ölçüsünde döner sermaye geliri kazanan hekimler, bir rekabet içerisinde bulunmu lar; bu anlamda hastaneye yatan hasta sayısında, yatak i gal oranlarında artı lar gözlenmi tir. Hekim odaklı bir performans sistemi di er sa lık çalı anları açısından olumsuzluklar içermektedir. Sa lık hizmeti bir ekip i i olmasına kar n ço u personel ek ödeme konusunda sadece sabit ek ödemesini alabilmekte performansa dayalı ek edeme sistemi adaletsiz bir ekilde uygulanmaktadır. Sa lık çalı anlarının ücret dengesizli ini giderecek, adil bir ücret politikası yürütülmelidir"(62).

"Sa lık çalı anlarının da di er çalı anlar gibi i ya am kalitelerini etkileyen ve motivasyon düzeylerini yüksek tutan bir takım faktörler mevcuttur. Bu faktörlerin tespiti amacıyla yapılan bu çalı ma sonucunda sa lık çalı anlarının motivasyonlarını etkileyen en önemli unsurun ekonomik de erler oldu u tespit edilmi tir. Ekonomik açıdan özgür olmayan ve kendini rahat hissetmeyen personelin motivasyonu olumsuz yönde etkilenmektedir. Maa , döner sermaye ve di er haklar konusunda yapılacak olan iyile tirmeler sa lık çalı anlarının motivasyonlarını olumlu yönde etkileyecek ve daha verimli çalı malarına katkı sa layacaktır"(67).

Bıyık'ın (2014) "Sa lıkta Dönü üm Programının Kamu Hastanelerine Etkilerinin Sa lık Personeli Algısıyla De erlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Yeni bulgular ı ında personel,i yükünün artmasına ra men ücretlerinde herhangi bir artı olmadı nı dü ünmemektedir"(68).

Karakuş'un (2014) "Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "Performansı arttırmak ve hasta memnuniyeti sağlamak amacıyla yapılan düzenlemelere göre hizmet sunumunda değişiklikler olmakla birlikte, hekimin sorumluluğunun bilincinde olduğu, mesleki doyum ve iyi hekimlik üretmeye çalışmaları, bunun için de tükenmişlik duygusundan arınmak, geleceğe yönelik belirsizlikler ve kaygılar yaşamamak istemektedirler. Ekonomik durumlarındaki iyileşmelerin performansa dayalı olmaması özlük haklarında kalıcı iyileşmelerin olması, çalışan motivasyonunu arttırmak için ek ödemelerin aylık maaşlarına mayan ölçülerde yapılması gerektiriyor inenmektedirler"(66).

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinden %51.9'u Kamu Hastaneleri Birliği ile işlemlerin periferde daha hızlı ve tezeelden yapılacağını düşünmektedir. Eski yeni bakanlar diğer gruplara göre (%77.3) ve çalıştığı yerdeki işlemlere göre (%68.1) Kamu Hastaneleri Birliği ile işlemlerin periferde daha hızlı ve tezeelden yapılacağını düşünmektedir.

Uçar'ın (2014) "Kamu Hastaneleri Birliği Çerçevesinde Kamu Hastanelerinde Verilen Sağlık Hizmetlerinin Kamu Yararı Açısından İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "Devlet açısından kamu yararı beklentisi değerlendirildiğinde, Kamu Hastaneleri Birliklerinin sağlık hizmeti sunumundaki kaynakların etkili, verimli, tezeelden, hızlı karar alma ile birimlerin direkt faaliyete açılabilmesi ile hasta memnuniyeti odaklı çalışması kamu yararı açısından olumludur"(69).

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinden %77.1'i Kamu Hastaneleri Birliği ile hastanelerin özelleştirileceğini düşünmektedirler.

Filiz'in (2013) "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır." yargısına katılımcıların %41.4'ü kesinlikle katıldıklarını; bildirmişlerdir"(45).

Uçar'ın (2014) "Kamu Hastaneleri Birliği Çerçevesinde Kamu Hastanelerinde Verilen Sağlık Hizmetlerinin Kamu Yararı Açısından İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "Türkiye tarihinde hastanelerin özelleştirilmesi konusunda büyük bir adım olan Kamu Hastane Birlikleri tezeel olarak olumlu bir gelişmedir. Hastane Yönetiminin Birliklerle, Birliklerin ise Kamu Hastaneleri Kurumu ile Kurumunda Hastanelerin genel söz sahibi olarak Sağlık Bakanlığı ile iletişimleri hızlı, etkili, sistemli, denetime açık, hesap verilebilir olduğu tezeel olarak yapılanması incelendiğinde açıkça gözde çarpan özelliklerdendir. Birliklerin kamudından personel ve yönetici atayabilmesi, nitelikli insan gücünün artması şeklinde yorumlanacağı için kamu yararı açısından önemli ve olumludur. Bu durumun yetkili kişilerin yeterliliklerine göre olumsuz etkileri de ortaya çıkabilir, kamu faydası açısından olumsuz neticeler doğabilir. Örneğin;

niteliksiz personel istihdamı gibi. Çalı manın seyrinde Kamu Hastaneleri Birliklerinin yeni olması nedeni ile kaynak temininde sıkıntı çekildi i, verilerle do rulamanın yetersiz kaynak nedeni ile tam olarak sa lanamadı ı, bunun yanında Birliklerin yönetiminde bulunan ki iler ile görü üldü ü, hastane personelleri ile görü meler yapıldı ı ve sonuç olarak; hastanelerin özerkle mesi yönünden Kamu Hastaneleri Birlikleri yapılanmasının olumlu oldu u; fakat yetkilerin yükseltilmesi sebebi ile birlikleri yönetenlerin seçiminde dikkat edilecek hususların gözden kaçırılmamasının kamu yararı açısından uygun olaca ı, bu konuda daha sonra yapılacak çalı malar ile kamu yararı açısından hastanelerin yönetimi hakkında olumlu ve olumsuz geli meler somut olarak ortaya çıkaca ı kanısına varılmı tır"(69).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %59.3'ü Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca ını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünmemektedirler. 50 ya ve üzeri ki iler di er ya gruplarına göre (%76.5), evli olan ki iler bekarlara göre (%63.3), çalı ma yılı 10 yılın üzerinde olanlar di er gruplara göre (%64.3) ve yeri de i meyenler de i enlere göre (%64.0) Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılaca ını ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünmemektedirler.

Gökdağ'ın (2014) "Kamu Hastanelerinde Organizasyon, Yönetim ve Ba lıca Sorunları" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Mevcut personelinin, ülke genelinde dengesiz da ılımının yanında bazı unvan ve bran larda personel ihtiyacı da mevcuttur. Do u, Güneydo u Anadolu bölgesinde personel ihtiyacı fazla iken batıda özellikle büyük ehirlerde yı ılımlar gözlenmektedir. Özellikle hekim, ebe ve hem ire konusunda sıkıntılar mevcuttur. Personelin daha geri bölgelerde istihdamına yönelik özendirici kararlar alınmalıdır. Bununla alakalı rasyonel kararlar alınarak, gelecekte benzer personel sıkıntıları ya amamak adına, di er meslek gruplarından personeline dikkate alındı ı personel politikaları belirlenmelidir. Son yıllardaki olumlu geli melere ra men hasta ve hasta yata ı açısından da ülkemizde benzer bir durum ya anmaktadır"(62).

Uçar'ın (2014) "Kamu Hastaneleri Birli i Çerçevesinde Kamu Hastanelerinde Verilen Sa lık Hizmetlerinin Kamu Yararı Açısından ncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Birlik yöneticileri kendilerine verilen yetkileri yerinde kullanarak, sa lık hizmeti yönünden, hizmet alanında bölgenin sa lık hizmeti ihtiyacına göre sa lık personelini planlaması bu hizmete duyulan ihtiyacın kar ılayabilir ve toplumsal fayda sa layabilir"(69).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %68.8'i Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünmektedirler.

Uçar'ın (2014) "Kamu Hastaneleri Birli i Çerçevesinde Kamu Hastanelerinde Verilen Sa lık Hizmetlerinin Kamu Yararı Açısından ncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Ba ka bir açıdan bakıldı nda, Sözle meli yöneticiler, sözle meleri gere i birçok karne kriteri ile denetlenip hesap verebilir konuma getirildi i için personeli ve hastane hizmetlerini faal tutmak zorundadır. Böylelikle personelin sundu u sa lık hizmeti sürekli gözlem altında bulunmakta ve kısmen özel sektör mantı ı ile lemektedir"(69).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %53.0'ü Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin sözle meli olaca nı dü ünmektedirler. Çalı ma yerleri de i en personeller çalı ma yerleri de i meyenlere göre (%63.7), Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin sözle meli olaca nı dü ünmektedirler.

HASUDER (Halk Sa lı ı Uzmanları Derne i). Sa lık Politikaları ve stihdam Çalı ma Grubu tarafından olu turulan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname Hakkındaki Raporda "Son düzenlemelerle sa lık personelinin sözle meli olarak çalı tırılması yaygınla tılmaktadır. Sözle meli uygulama "ekip" anlayı nı ve sa lık ekibinin en önemli gücü olan dayanı mayı zedelemektedir. Sa lık personelinin çalı ma ko ulları son yıllardaki performans uygulamalarıyla oldukça zorla mı tır. Yeni düzenlemeler bu zorlukları daha da artıracaktır. Özellikle hastane birliklerine ba lı sa lık personelinin i yükü artacak, i güvencesi olmadan çalı tırma nedeniyle i doyumu azalacaktır"(44).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %80.5'i hastanelerin Kamu Hastaneleri Birli ine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sa ladı nı dü ünmektedirler.

"Yapının kaynakların etkin kullanımına, satın almaların birle tirilerek fiyat avantajlarının sa lanmasına, etkin stok ve maliyet yönetimine sa ladı ı katkı yadsınamaz. Bu durum sa lık kurumlarını genel i letmecilik esasları çerçevesinde i letilmeye ba layan kurumlar haline getirmi tir.

Harmancı Seren'in (2014) sa lık çalı anları üzerinde gerçekle tirmi oldu u çalı mada hastanelerin i letmele tirilen kurumlar haline geldi i ve hastaların mü terile tirildi i bulgusuna ula ılmı tır"(70).

"Çalı mamızdan elde edilen bulgularla uyumlu olan bu çalı ma da dikkate alınarak, tüm sa lık tesisleri aynı kaynak havuzundan beslenen, atıl durumda bekleyen kaynakları hastaneler

arasında bedelsiz devrederek israfları azaltmaya çalı an ve yeni uygulamalarla hasta memnuniyet oranlarını arttırmaya çalı an mü teri odaklı i letmelere dönü mü tür ekinde yorumlanabilir"(71).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %53.6'sı Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı nı dü ünmemektedirler. 50 ya ve üzeri ki iler di er ya gruplarına göre (%73.5) Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı nı dü ünmemektedirler. Ayrıca çalı ma süresi 1-5 yıl olan ki iler di er gruplara göre (%65.2) Kamu Hastaneleri Birli i yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere i letme gözü ile bakıldı nı dü ünmemektedir.

Filiz'in (2013) "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sa lık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sa lık Çalı anlarının Algısı" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Kamu Hastane Birliklerinin ülke sa lık politikalarına katkısını belirlemede sa lık çalı anlarının algısına ilikin de erleri incelendi inde "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden i letmeler haline gelmi tir." yargısına katılımcıların %43.9'u kesinlikle katıldıklarını; bildirmiş tir"(45).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %51.9'u Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açaca nı dü ünmemektedirler. 19-29 ya grubundaki ki iler di er ya gruplarına göre (%81.8), i e yeni ba layanlar di er gruplara göre (%81.8) ve çalı ma yeri de i enler de i meyenlere göre (%58.2) Hastanelerin ba hekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sa lık çalı anları açısından olumlu bir farka yol açaca nı dü ünmemektedirler.

Filiz'in (2013) "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sa lık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sa lık Çalı anlarının Algısı" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hastanelerde profesyonel yönetici eksikli ini gidermiş tir ifadesine çalı anların büyük bir ço unlu u olumsuz görüşü bildirmiş tir"(45).

Diren'in (2014) "Kamu Hastaneleri Birli i Ve Hastanelerinde Kurumsalla manın nelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Bahsedildi i üzere profesyonelli in üst düzeyde oldu u bir i letmede, bir yöneticinin e itimi olmadığı konularda karar verici olması hatalıdır. Bu nedenle yeni uygulama ça n ko ullarına daha uygundur. Kurumsal i letmelere özgü bir durumdur. Ancak bu sonuç hastane yöneticileri için profesyonelli i ve yöneti im özelliklerini daha da önemli hale getirmiş tir"(72).

Karaku'un (2014) "Sa lıkta Dönü üm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin ncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Sa lık yöneticileri profesyonel yönetici olmayıp, hekimler arasından seçildi i için yönetimde problemler ya anmakta, keyfiyetler uygulanabilmektedir. Yine denetim baskısı ile çalı maların yürütüldü ü, kurumsalla manın olmadığı, birçok eyin göstermelik yapıldı ı, bilgi eksikli inin bulunduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalı maların süreçlerin iyile tirilmesine yönelik olduğu u, hekimlik hizmetlerinde çok etkili olmadığı u vurgulanmaktadır. Birinci ve ikinci basamak yöneticileri örgütsel performans kriterlerini uygulamaya çalı maktaki, personelin de buna katılımı için çaba göstermektedirler. Ancak bu konuda ki isel duyarlılık, bilgi ve yetene in önemli olduğu u, güçlü bir denetim sürecine gereksinim duyuldu u, organizasyon, kaynakların etkin kullanımı, personel yönetimi konularının öne çıktığı u görülmektedir. Yöneticilerin tutum ve davranı ları nedeni ile bazı kurulu ların kriterleri uygulama ve yerine getirme konusunda ba arılı olduğu u, bazı kurulu ların ise geri kaldığı u görülmektedir"(66).

Gökdağ'ın (2014) "Kamu Hastanelerinde Organizasyon, Yönetim ve Ba lıca Sorunları" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Ülkemizdeki kamu hastanelerinde, tıbbi hizmetler ve di er alanlarda idareciler genelde hekim grubundandır. Tıp e itimi formasyon olarak tıp a ırlıklı olup, yönetim bilimlerine ait uygulamalara çok az rastlanmaktadır ve sonucunda yönetim sorunları ya anmaktadır. Kamu hastanelerinde ve di er sa lık kurulu larında idari görevlerde bulunan hekim sayısı yadsınamayacak sayıdadır. Binlerce hekim ihtiyacının olduğu u ülkemizde, hekimlerin asli görevleri olan tıbbi hizmetlerinin sunumunda görev alması, hastane yönetimlerinin modern bir anlayı la yönetim veya hastane yöneticili i konusunda e itim almı ki ilerin yönetiminde olması daha do ru bir karar olacaktır"(62).

Filiz'in (2013) "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sa lık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sa lık Çalı anlarının Algısı" konulu yüksek lisans tez çalı masına göre "Yapılan ele tirilerden bir di eri de Kamu Hastane Birlikleri yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerinde liyakate önem verilmeyi idir. Yönetici seçimindeki atama kriterleriyle ilgili "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerinde liyakate önem verilmiştir." yargısına 280 sa lık çalı anı katılımcısının % 45.4'ü kesinlikle katılmadığını belirtmektedir"(45).

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %73.4'ü Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli olduğunu dü ünmektedirler. Bekar olan ki iler evli olanlara göre(%83.5) Kamu Hastaneleri Birli inin gerekli olduğunu dü ünmektedir.

Ara tırmamıza katılan sa lık personellerinden %60.1'i Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olacağını dü ünmektedirler. Poliklinikte çalı anlar di er birimde çalı anlara göre

(%82.2) Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olacağını düşünmektedirler.

Filiz'in (2013) "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "Sağlık çalışanları Kamu Hastane Birlikleri uygulamasının sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği konusunda olumlu etkilerinin olduğunu düşünmektedir. Hizmetlerin kolay ve erişilebilirliği açısından beklentiler olumlu yöndedir. Genel kamu vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişilebilirliğini arttırmaya yönündedir"(45).

Karakulu'nun (2014) "Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre "hem performans, hem de yöneticilerin hekimden daha çok poliklinik, daha çok hizmet, daha çok tıbbi işlem beklentileri nedeniyle hastaya ayrılan zaman azalmakta, ileri tetkik yöntemleri ile tanı konulmaya çalışılmakta, ya da tedaviden tanıya gidilmeye çalışılarak, hizmetin niteliği düşmekte, bazen gecikmiş tanımlar ve gecikmiş tedavilerle hasta zaman kaybetmektedir. Hizmet sunumunda kısa sürede çok hasta bakılmasını getiren bu modeli sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi arttırmadığı, hastaların bu nedenle mağdur olduğu bir gerçektir. Görüntüde kuyruklar azalmakta ancak, hastalıkların tedavisi yönünde anlamlı bir katkı sağlamamaktadır"(66).

SONUÇLAR ve ÖNER LER

Kamu Hastaneleri Birli i gerek yönetsel yapısı olarak gerek ise, i leyi sistemi olarak eski sistemden farklı yarı özerk bir yapıya sahiptir. Sistem olu turulurken her ne kadar ba ımsız özerk bir yapı olu turulmak istense de yönetsel anlamada merkezden ayrılamadı ı için yöneticilerinin seçimi konusunda tamamen merkeze ba lı olması sebebiyle yarı özerk bir sistemden olu maktadır. Kamu Hastaneleri Birli i eski sistemden farklı oldu u için bu sistemin eski sistem üzerine oturması biraz zaman alacaktır. Geçmi te Kamu Hastaneleri birer Devlet Kurumu olarak görev yapmakta iken imdi Kamu Hastaneleri yarı özerk birer devlet kurumu gibi çalı maktadır. Sistemin bu ekilde olması da çalı anların ilerleyen dönemlerde hastanelerin tamamen özelle ece ini, personellerin tamamının sözleşmeli olaca nı ve hastanelerin özel hastaneler gibi hareket ederek çalı anları i ten çıkarabilece ini dü ünmemektedirler.

Kamu Hastane Birli i ülkemizde yeni faaliyete geçmi bir uygulamadır. Ancak Sağlık Çalı anlarının büyük ço unlu u Kamu Hastaneleri Birli i Sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı nı dü ünmemektedir.

Halk Sa lı ı Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri ve Genel Sekreterlikler olmak üzere üç kurumun olması çalı anlarda kafa karı ıklıklarına sebep olmaktadır. Ayrıca üç kurumun olması personel problemlerini de beraberinde getirmektedir. Nitekim Devlet hastanelerinin personel ihtiyacı var iken Halk Sa lı na ba lı Toplum Sa lı ı Merkezlerinde fazla personeller bulunmakta, Kurumlar arası geçi lerin kaldırılması sebebi ile bu personeller hastanelere veya ba ka kurumlara geçi yapamamaktadırlar.

Sa lık çalı anları bu yeni sistem ile Personel sıkıntısı olan yerlerde personel sıkıntısının giderilece ini dü ünmemekte. Ancak il içindeki düzenlemelerde personellerin i lemlerinin daha hızlı olaca nı dü ünmemektedirler.

Yeni geçilen bu sistem ile yapılan en büyük de i ikliklerden biri de ba hekimlik sisteminin kaldırılarak yöneticilik sistemine geçilmesidir. Eskiden hastaneyi ba hekimler yönetirdi, yani idari ve mali konuda en üst yönetici ba hekimlerdi. Ama yeni sistemde ba hekimlerin görevlerinden önemli bir kısmı hastane yöneticisine devredilmi tir. Ba hekimlerin idari amirli i görevleri ve mali i lerdeki yetkileri hastane yöneticisine verilmi tir. Ba hekimlerin üzerindeki idari ve mali görevlerin yöneticilere

verilmesi ile ba hekimlerin görevleri sınırlandırılmı tır. Sa lık çalı anları Ba hekimlerin görevlerinin sınırlandırılarak hastaneleri yöneticilerin yönetmesinin Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olaca mı dü ünmemektedirler.

Genel sekreterlik sistemi ile mali i lerin bir ço u özellikle satın alma i leri genel sekreterlik bünyesinde veya genel sekreterli in koordinatörlü ünde gerçekleştirilmektedir. Bu sayede istemler toplanıp merkezi alım ile genel sekreterlik merkezinde satın alma i leri yapılmaktadır. Alım miktarlarının fazla olmasından ve satın alma i lerinin daha etkin olmasından dolayı uygun fiyatlara kaliteli malların alımları gerçekleştirilmektedir. Bu sayede hem mali disiplin sa lanmı hem de kaynaklar birlikte ve etkin kullanılmı olmaktadır. te bu sebeple sa lık çalı anları Genel Sekreterliklerin gerekli oldu unu ve Devletin bu yapılanma ile ekonomik açıdan kazanç sa ladı mı dü ünmemektedirler.

Sonuç olarak Kamu Hastaneleri Birli i sistemi yeni bir sistem olmakla birlikte Sa lık çalı anları tarafından tam anlaşılmamı ve tam anlatılmamı tır. Sa lık çalı anlarının Kamu Hastaneleri Birli i ile ilgili algıları dikkate alındı ında çok olumlu dü ünmedikleri ve maddi kazanç sa lamadı ı dü üncesiyle personeller tarafından kaygıyla kar ılanmı ve sisteme kar ı direnç göstermi lerdir.

ÖNER LER:

- Sa lık Personelinin bilgilendirilmesine yönelik e itimler yapılmalı.
- Saha denetimlerinin sıklaştırılarak sistemin eksikliklerinin giderilmesi sa lanmalı.
- Sekreterlik alımlarının tek seferde, tek merkezde ve yüklü miktarda alınması Devlet açısından kazanç sa lasa da sektörde çalı an irili ufaklı bir sürü firmayı ma dur etmektedir. Özellikle ilçelerde bulunan küçük firmaların i hacimlerinin dü mesinden dolayı sektörde tutunamamaktadırlar. Bu sebeple yerel esnaflarında korunması için bazı alımların yetkisinin hastanelere bırakılması sa lanmalıdır.
- Genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinin belirlenmesinde yönetici adaylarının ta ıması gereken kriterler itibari ile ölçülebilir açık ve net olmalı, kariyer ve liyakata uygun, ideolojik faktörler bir tarafa bırakılarak, objektif kriterler göz önünde tutularak seçim yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-Kesgin C., Topuzo lu A. “Sa lı n Tanımı: Ba aıkma”, stanbul Kùltür Üniversitesi Yayınları , 2006, S. 3, s. 47.
- 2-Sa lık Bakanlı ı, Sa lı n Te viki ve Geli tirilmesi Sözlü ü, Temel Sa lık Hizmetleri Genel Müdürlü ü, Ankara, 2011, s. 1
- 3-Sargutan E., “Sa lık Sektörü ve Sa lık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sa lık daresi Dergisi, 2005, c. 8, Sayı. 3, s. 400.
- 4- Akda R., Mollahalilo lu S., Gürsöz H., Ayar B., Demirel H., “Sa lık Reformunun Do ru Yapılması Performans ve Hakkaniyetin Geli tirilmesi için Bir Kılavuz”, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlü ü, Ankara, 2009 s. 8
- 5- Özkan D. S., “Sa lıkta Dönü üm Programının Hasta Memnuniyeti üzerindeki etkileri” (Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi, 2012 s. 5
- 6- Leibowitz Arleen A., , “The Demand for Health and Health Concerns After 30 Years”, Journal of Health Economics, 2004, v. 23, N. 4, s. 664.
- 7-Orhaner E., “Türkiye’de Sa lık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sa lık Sigortası”, Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm E itim Fakültesi Dergisi, 2006, S.1, s.3.
- 8- Bekmez S., Evkuran, S., “Türkiye’de E itim ve Sa lık Hizmetlerinin Geleneksellik Endekslerinin Hesaplanması”, T SK Akademi Dergisi, 2010, c.5, S.10, s. 95
- 9- Karabulut K., Yapraklı ., “Sa lık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi - Erzurum’da Bir Uygulama”, ktisadi ve idari Bilimler Dergisi, 2001, c. 15, S. 1-2, s. 118-119.
- 10- Bodur S., Aile Sa lı ı E itim Serisi, Ba bakanlık Aile Ara tırmaları Kurumu Yayınları, 1991, Mn Ofset, s. 1.
- 11- Sosyal Güvenlik Kurumu, Sa lık Uygulama Tebli i, Resmi Gazete: 25.03.2010 - 27532 (Mükerrer).
- 12-Sa lık Bakanlı ı, 80.Yılında Tedavi Hizmetleri (1923- 2003). T.C. Sa lık Bakanlı ı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlü ü, Ankara, 2004, s.4
- 13- Akda R., (Ed). Türkiye Sa lıkta Dönü üm Program ve Temel Sa lık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, Sa lık Bakanlı ı, Ankara, 2008
- 14- Akdur R., “ Türkiye de Sa lık Politika ve Hizmetleri”, Yeni Türkiye Ansiklopedisi cilt III, s. 1986.
- 15- Aydın M., “Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sa lık Yüksekokulu Son Sınıf Ö rencilerinin Sa lıkta Dönü üm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Dü ünceleri”, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamı Yüksek Lisans Tezi)., Trabzon, 2010, s. 4.

- 16- Do an M. S., “Sa lık Sosyolojisi Açısından Türkiye de Sa lık Planlaması”, Sakarya Üniversitesi E itim Fakültesi Dergisi, 2001, S.2, s.96.
- 17- Aydın E., “Türkiye Cumhuriyeti'nin Kurulu Yıllarında Sa lık Hizmetleri”, Ankara Ecz. Fak. Dergisi, 2002, c.31, S. 3, s. 188-189
- 18- Karabulut U., “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sa lık Hizmetlerine Toplu Bir Bakı : Dr. Refik Saydam'ın Sa lık Bakanlı ı ve Hizmetleri (1925-1937).”, ÇTTAD, 2007, c.VI, S.15, s. 157.
- 19- Soyer A., “Türkiye'nin ktisadi Ve Sosyal Tarihi Ba lamında Ba langıcından 1960'a Kadar Sa lık Hizmetleri ve Sa lık Bakanlı ı”, Toplum ve Hekim, 2001, c.16, S.6, s. 425-426
- 20- Sargutan E. A., 84 Ülke ve Türkiye'nin Kar ıla tırmalı Sa lık Sistemleri, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006
- 21- Öztürk, M., “Cumhuriyet Döneminde Sa lık Hizmetleri”, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 1999, c.6, S. 1, s. 39.
- 22- Sur H., Gürol H., “Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmi inde Sa lıkta Ya ananlar ”Türkiye Ansiklopedisi, Cilt III, s. 2035.
- 23- Akdur R., “Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sa lık Politikaları”, Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim, Bilânço 1923–1998 Ulusal Toplantısı, Türkiye Bilimler Akademisi Ankara., 1999, s. 52.
- 24- akar A. Y., Türkiye'de Sa lık Hizmetleri ve Sa lık Harcamaları, Türkiye Sa lık i çileri Sendikası Yayınları, 1999, , s. 37.
- 25- Güler Ç., Akın L., Halk Sa lı ı, Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006, s. 1013.
- 26- Sargutan E., Türkiye Sa lık Sektörü Sa lık Hizmeti Arz ve Talep Sistemlerinde Mevcut Durum ve Öneriler'', Yeni Türkiye Dergisi Sa lık Özel Sayısı, 2001, s. 129.
- 27-Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, VIII. Bölüm, A Bendi 56. Madde, 20 Ekim 1982 tarih ve 17844 sayılı Resmi Gazete.
- 28- Devlet Planlama Te kilatı (DPT)., Be inci Be Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)., Yayın No: DPT: 1974, s. 152
- 29- Sava B. S., Karahan Ö., Saka Ö. R., Health Care Systems in Ttransition: Turkey. Ed: Sarah Thomson and Elias Mossialos, 2002, s. 83
- 30- Bostan S., “Sa lıkta Dönü üm Programının Hastane i letmeleri Üzerindeki De i im Etkisi (Yönetici Perspektifi).”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Tez)., Trabzon, 2009, s. 33.
- 31- Aksoy B., “Bir Meslek Örgütünün Kurumsal De i imdeki Yeri: Türkiye Sa lık Alanı Örne i”, Ba kent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Tez)., Ankara, 2007, s. 52.
- 32- Gül S. S., Ergun A. D., Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimli i: Sa lık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar, II. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu, Pamukkale Üniversitesi, i.i.B. Fakültesi Denizli, 2010

- 33- Yardım N., ve Di erleri (Ed.). 21 Hedef'te Türkiye: Sa lıkta Gelecek, Sa lık Bakanlı ı, Ankara, 2007, s. 146-147
- 34- Balcı A., Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim, Sa lık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması, Atlas Yayın Da ıtım, istanbul, 2005,
- 35- Fettah K., ahin B., “Birinci Basamak Sa lık Kurulu larında Çalı an Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına ili kin De erlendirmeleri”, Hacettepe Sa lık daresi Dergisi, 2009, c. 2, S.2, s. 180.
- 36- Feyzibeyo lu ., Sosyal Güvenlik Reformu ve Sa lıkta Dönü üm Programı, s. 3-6.
- 37- T.C. Sa lık Bakanlı ı, Sa lıkta Dönü üm Programı, Ankara, 2007, s. 26-27.
- 38- Sa lık Bakanlı ı Ve Ba lı Kurulu larının Te kilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 02/11/2011 tarih ve 28103 sayılı resmi gazete (mükerrer).
- 39- i manlar D., Kamu Hastaneleri Birli i Kurum Ve Kurulu larında Marka majı Ve De eri Yaklaşımı, Okan Üniversitesi, Sa lık bilimleri enstitüsü, (Tez)., 2014
- 40- Birinci ., <http://www.farmaskop.com.tr/saglikta-donusum-programinin-bir-parcasi-kamu-hastaneleri-birlikleri>, Eri im Tarihi 25.11.2013
- 41- Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı Raporu, Sa lık Mensupları Dayanım Toplum Sa lı ı ve Çevreyi Koruma Derne i (SALIKDER)., 2010
- 42- Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı Türk Hem ireler Derne i'nin Görü ü, Türk Hem ireler Derne i, 13.03.2010
- 43- ahin S., Sur H., Kamu Hastanelerinin Özerkle tirilmesi Ve Ülkemizdeki Geli melere Yönelik Bir Ara tırma, Sa lık Dü üncesi Ve Tıp Kültürü Platformu, 2010
- 44- Kılıç B., 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Hakkında Rapor, Sa lık Politikaları Ve stihdam Çalı ma Grubu, Halk Sa lı ı Uzmanları Derne i, 2011
- 45- Filiz ., Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sa lık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sa lık Çalı anlarının Algısı: Balıkesir Örne i, (Tez)., 2014
- 46- 31.10.2012 tarih ve 3131 sayılı makam onayı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ta ra Te kilatı Çalı ma Usul ve Esasları hakkında yönergesi s.2., 3.
- 47- Scholten G.R.M. “Between Physician And Manager: New Cooperation Models In Dutch Hospitals”. Journal of Management in Medicine Vol 12, No:1, 1998
- 48- Çetin, N.G. (2009). “Türkiye Hastanelerinin Profesyonel Yönetime Geçi inde Ba hekimlik ve Hastane Yönetiminin Reorganizasyonu” (Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletme Anabilim Dalı, Isparta, 2009
- 49- Küçük Y.S. “Sa lık Bakanlı ı Ve Sa lık Kurulu u Yöneticileri le Sa lık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastaneleri Birliklerine ili kin Görü Ve Önerileri” (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2012
- 50- Serin . “Genel Sa lık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirli i”, (Tez). Marmara Üniversitesi SBE, 2001.

- 51- Aksakolu G., Giray H., Sağlık Sistemleri 1, Birlik Kurallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü, Toplum ve Hekim, s.338-342.
- 52- Seçim H., Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması. (www.merih.net). Erişim Tarihi, 15.06.2014
- 53- Tüzün H. Sağlık Sistemleri 1, siveç: Sosyal Devletin Düzen Kalesinde Sağlık Nereye, Toplum ve Hekim, s. 367.
- 54- Buchanan D., Jordan S., Preston D., Smith A., Doctor In The Process, The Engagement of Clinical Directors In Hospital Management. Journal of Management in Medicine Vol 11, No 3, 1997
- 55- Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Avrupa Birliği Ülkelerindeki Hastane Hizmetleri, www.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi (21.06.2014).
- 56- Türkay M. Sağlık Sistemleri 1, rlanda Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim, s. 349., 350
- 57- Cronbach, L.J. Essentials of Psychological Testing. Fifth Ed., New York: Harper Collins.(1990).
- 58- Aslantekin F, Gökta B, Ulu en M, Erdem R. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi, Dr. Ekrem Hayri Üstünda Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007
- 59- Aslan , Özata M, Atayer C. Sağlık İletmelerinde Ekip Yönetimi: Fırsatlar Ve Sınırlılıklar. Standart Ekonomik Ve Teknik Dergi. 2004
- 60- Vural F., Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Kurumda Kalma Ve Örgütsel Bağlılık Etki Eden Faktörler, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt:1 Sayı:3, 2012
- 61- Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi, Cilt 11, Sayı 25, 2015
- 62- Gökdağ T., Kamu Hastanelerinde Organizasyon, Yönetim Ve Başlıca Sorunları, (Tez), 2014
- 63- Öztoprak S., Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Değişkenler, (Tez), 2015
- 64- Karademir U. A., Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi, (Tez). Beykent Üniversitesi, 2014
- 65- Özyurt A. Türkiye'de Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Uzmanlık Alanında Çalışma Koşulları Ve Mesleki Risklerin Değerlendirilmesi, (Tez), 2015
- 66- Karakuş F., Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Kahramanmaraş İli Örneği, (Tez), 2014
- 67- Kılıç R., Keklik B., Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi, BF C.14, S. 2, 2012
- 68- Bıyık E., Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastanelerine Etkilerinin Sağlık Personeli Algısıyla Değerlendirilmesi, (Tez), Ankara, 2014
- 69- Uçar C., Kamu Hastaneleri Birliği Çerçevesinde Kamu Hastanelerinde Verilen Sağlık Hizmetlerinin Kamu Yararı Açısından İncelenmesi Bursa İli Örneği, (Tez), Bursa, 2014

- 70- Seren A. K. H., Sa lık çalı anlarının Sa lıkta Dönü üm Projesine li kin Görü leri. Sa lık Ve Hem irelik Yönetimi Dergisi, C:1 S:1, 2014
- 71- Kırılmaz H. Sa lık Yöneticilerinin De i im Sürecine Bakı Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Ara tırma, Uluslararası Yönetim ktisat Ve letme Dergisi, C: 11, S: 25, 2015
- 72- Diren H., Kamu Hastaneleri Birli i Ve Hastanelerinde Kurumsalla manın ncelenmesi, (Tez)., Okan Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, stanbul, 2014



EKLER (EK-1, EK-2)

SAĞLIK PERSONELİNİN KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE BAKI İ

Sayın katılımcı, bu anketin sonuçları tez ara tırması için kullanılacaktır. Ara tırmanın sağlıklı açısından lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Kimli inizi belirtmeniz gerekmiyor. Ara tırma kapsamındaki bu formlar kişi veya kurum bazında değerlendirilmeyecektir. Bu nedenle formda yer alan soruları eksiksiz olarak, içtenlikle doldurmanız mezuniyet tez ara tırmasının sağlıklı olması açısından son derece önemlidir. Ara tırma katılımınız ve yardımlarınız için çok teşekkür ederiz.

1-Ya ınız:.....

2-Cinsiyetiniz?

Bay

Bayan

3-Medeni Durumunuz?

Bekar

Evli

Bo anmı /ayrı

Dul

4-E ğitim Durumunuz?

Ö ğrenim görmedim

İlkokul veya ortaokul

Lise

Üniversite

Yükseklisans

Doktora

5-Hangi serviste çalış ıyorsunuz?

.....

6-Çalı tı ınız kurumdaki unvanınız/ pozisyonunuz nedir?

.....

7-Kaç yıldır çalı ma hayatının içerisindeyiz?

0-1 yıl

1-5 yıl

5-10 yıl

10-20 yıl

20 +

8-Ne zamandan beri bu birimde çalı ıyorsunuz?

0-6 ay

6-12 ay

1-3 yıl

3-5yıl

5-10 yıl

10 +

9-Çalı tı ınız birimi kendi iste inizle mi seçtiniz?

Evet

Hayır

10- inizi seviyormusunuz?

Evet

Hayır

11-Kamu hastaneleri birli i uygulamaya geçtikten sonra çalı ma yeriniz de i ti mi?

Evet

Hayır

12-663 sayılı kanun hükmünde kararnameyi (Sa lık Bakanlı ı ve ba lı kurulu larının te kilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname), yönetmeli ini (Sa lık Bakanlı ı Ba lı Kurulu ları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalı ma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik) veya yönergesini (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ta ra Te kilatı Çalı ma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge)hiç okudunuz mu?

Evet

Hayır

13-Sa lıkta profesyonel yönetime geçilirken hastane yönetiminde yada Genel Sekreterlikte çalı mak istermisisiniz?

Evet

Hayır

| | | Kesinlikle ü nüyorum | Dü nüyoru | Kararsızım | Dü nüyoru | Kesinlikle ü nüyorum |
|----|---|-------------------------|--------------|------------|--------------|-------------------------|
| 1 | Kamu Hastane Birlikleri ile Türkiye nin sa lık alanında küresel de i me ayak uyduran de il küresel de i me öncülük eden bir ülke olca nı dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 2 | Sizce Kamu Hastaneleri birli i sisteminin tam anlamıyla yerle ip uygulandı nı ve i ledi ini dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 3 | Kamu Hastaneleri Birli inin uygulamaya geçmesi ile illerde Genel Sekreterlik, Halk Sa lı ı Müdürlü ü ve Sa lık Müdürlü ü olmak üzere üç farklı kurumun olmasının görev ve yetki karı ıklı na sebep olca nı dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 4 | Sizce Türkiye genelinde 02/11/2012 tarihinde uygulamaya ba lanan Kamu Hastaneleri Birli inin, hasta memnuniyetini yükseltmeyi amaçladı nı dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 5 | Kamu Hastaneleri Birli i ile sa lık personellerinin memnuniyetinin yükseltilmesinin amaçlandı nı dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 6 | Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin çalı ma artlarında eskiye göre olumlu bir fark oldu unu dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 7 | Sizce Kamu Hastaneleri Birli i uygulamasının sa lık personelinin özlük ve mali haklarında bir de i me sebep olca nı dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 8 | Kamu Hastaneleri Kurumu, hastaneler birli i ile i lemlerin periferde daha hızlı ve tez elden yapılmasını planlamaktadır. Siz bu i lemlerin hızlı ve tez elden yapılca nı dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 9 | Sizce Kamu Hastaneleri Birli i sistemi ile hastanelerin özelle tirilece ini dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 10 | Kamu Hastaneleri Birli inde tayinlerin Bakanlıktan Genel Sekreterlik bünyesine verilmesi ile personel sıkıntısı olan yerlerde istihdamın do ru yapılca nı ve personel sıkıntısının giderilece ini dü ünüyor musunuz? | | | | | |
| 11 | Sizce Kamu Hastaneleri Birli inin özel hastaneler gibi hareket ederek sa lık personelini i ten çıkarabilece ini dü ünüyor musunuz? | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 12 | Sizce Kamu Hastanelerinde çalı an sa lık personellerinin sözleşmeli olacağını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 13 | Sizce hastanelerin Kamu Hastaneleri Birliğine geçmesi ile devletin ekonomik açıdan bir kazanç sağladığını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 14 | Kamu Hastaneleri Birliği yapılanmasının ekonomik modeli baz alıp, hastanelere işletme gözü ile bakıldığını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 15 | Hastanelerin başhekimler tarafından yönetilmeyip sözleşmeli yöneticiler tarafından yönetilmesinin hastane ve sağlık çalışanları açısından olumlu bir farka yol açacağını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 16 | Sizce Kamu Hastaneleri Birliğinin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 17 | Yeni yapılanmanın ekonomik modeli baz alınarak Tıbbi Hizmetlerde hizmetlerin aksamasına ve azalmasına sebep olacağını düşünüyor musunuz? | | | | | |
| | | | | | | |