

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN ÜLKE SAĞLIK
POLİTİKALARINA KATKISINI BELİRLEMEDE SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ ALGISI: BALIKESİR ÖRNEĞİ**

İsmail FİLİZ

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL**

İSTANBUL, 2014

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN ÜLKE SAĞLIK
POLİTİKALARINA KATKISINI BELİRLEMEDE SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ ALGISI: BALIKESİR ÖRNEĞİ**

İsmail FİLİZ

(122009184)

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL**

İSTANBUL, 2014

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÜKSEK LİSANS
TEZONAYI

Adı ve Soyadı : İsmail Filiz Öğrenci No : 122009184
Anabilim/Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 13.06.2014
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol Tez Savunma Saati :14.00

Tez Konusu : Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkılarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algısı: Balıkesir Örneği

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabul'ne OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL/RED/DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol		Kabul
Prof. Dr. Mithat Kıyak		Kabul
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL/RED/DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan		

KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN ÜLKE SAĞLIK POLİTİKALARINA KATKILARINI BELİRLEMEDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ALGISI: BALIKESİR ÖRNEĞİ

Bu araştırmada genel olarak sağlık sistemleri , sağlık kavramı ,dünyada sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin gelişimi, ölkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sınıflandırılması, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve yapılandırılması, Türkiye’de yakın tarihte yapılan sağlık reformları çerçevesinde Sağlıkta Dönüşüm programı ve bileşenleri, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri hakkında çıkartılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve bu kararname ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu ve buna bağlı kamu hastane birlikleri uygulaması literatür çerçevesinde incelenmiştir.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının Kamu Hastane Birliği Uygulamasına bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, Balıkesir İli Merkez ilçede bulunan Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı yaklaşık 1000 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Örnekleme büyüklüğünü Merkez ilçede bulunan Balıkesir Devlet Hastanesindeki Sağlık çalışanlarından Çalışmaya katılmayı kabul eden 280 kişi oluşturmuştur.

Çalışma verileri , gerekli izinler alındıktan sonra Haziran-Ekim 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler demografik ve mesleki özellikleri belirlemeye yönelik 9 soruluk kişisel sorular ve araştırmacı tarafından oluşturulan geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş 18 soruluk anket formu ile elde edilmiştir. Anket uygulandıktan sonra elde edilen veriler Sosyal Bilimler İstatistik Programı (Statistical Package for Social Sciences, Sosyal Bilimler İstatistik programı) SPSS 15.0 istatistik programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, hesaplamaları, Paired-Sample t testi ve Anova testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular çalışanların cinsiyet, yaş ortalaması, eğitim durumları, çalışma yeri, görev süresi ve medeni durumlarına göre karşılaştırılmıştır. .

Anahtar Kelimeler: Kamu Hastaneler Birliği, Sağlık Çalışanları

ABSTRACT

In this study, overall health systems, health services and hospitals in the world, development of the concept of health in our country, the development of health care services and the classification of the historical development of the health services and in the configuration of the Turkey, Turkey, within the framework of the health care reforms recently in the health transformation program and components, depending on the Organization and duties of the Ministry of health and is one of the few organizations issued this Decree and the Decree 663 established Turkey's Public Hospitals Agency and depends on public hospital units examined the implementation.

In this study, health workers in order to determine if you enable the public Hospital Association perspectives cross-sectional research. Located in the Central District of Balikesir province in Research universe, General Secretary of the Union of public hospitals affiliated with nearly 1,000 health workers. The sample is located in the Central District of the Balikesir Government Hospital has agreed to participate in the Work of health staff of 280 people.

After obtaining the necessary permissions to run data, June-October, 2013. The demographic and professional characteristics of the data to determine the validity of personal questions and 9 questions created by the researcher and the reliability of the tested questionnaire was obtained with 18 questions. Survey data obtained after applying social sciences statistics program (Statistical Package for Social Sciences, social sciences and statistics program) was evaluated using SPSS 15.0 statistical program. Data number, percentage calculations, Paired-Sample t-test and Anova test was used. The average age of the employees obtained the findings of gender, education, marital status, place of work, according to their tenure and compared.

Key Words: Association Of Public Hospitals, Health Care Workers

BEYAN

Bu çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İsmail FİLİZ

13.01.2014



TEŞEKKÜR

Çalışma boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, rehberlik eden, her konuda beni destekleyen, yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli Danışman Hocam

Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL'a

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

Anketlerimin uygulanması aşamasında değerli vakitlerini ayıyarak çalışmama destek olan Balıkesir Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarına ,

Anketlerin uygulanması konusunda desteğinden dolayı Balıkesir Devlet Hastanesi Müdür Yardımcısı İbrahim ÇAM'a

Eğitimim boyunca tüm süreçlerde yanımda olan, beni daima destekleyen çok kıymetli eşime ,kızımHanzade'ye ve minik oğlum Emirhan'a

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAYI.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	2
1. GENEL OLARAK SAĞLIK SİSTEMLERİ.....	2
1.1. Dünyada Sağlık Sistemlerini Gelişimi.....	2
1.1.1 Sağlık Kavramı.....	2
1.1.2. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	3
1.2. Hastanelerin Gelişimi.....	4
1.2.1. Hastane Kavramı.....	4
1.2.2. Hastanelerin Geçmişi ve Gelişimi.....	5
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	6
1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
1.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	8
1.3.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon.....	8
1.3.3.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	9
2. TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YAPILANDIRILMASI.....	10
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	10

2.2. 1920 – 1938 Dönemi	10
2.3. 1938 – 1960 Dönemi	12
2.4. 1961 – 1980 Dönemi	13
2.5. 1980 – 2002 Dönemi	14
2.6. Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılacak Sağlık Reformları.....	16
2.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	16
2.6.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri.....	16
2.7. Sağlıkta Dönüşüm Programlarının Bileşenleri.....	17
2.7.1. Planlayıcı ve Denetleyici bir Sağlık Bakanlığı.....	17
2.7.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası.....	17
2.7.3. Yaygın, Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi.....	17
2.7.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	18
2.7.3.2. Etkili Kademeli Sevk Zinciri.....	18
2.7.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri.....	18
2.7.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	18
2.7.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları.....	19
2.7.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon	19
2.7.7. Akılcı ilaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	19
2.7.7.1. Ulusal İlaç Kurumu.....	19
2.7.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu.....	19
2.7.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi	20
3. SAĞLIK BAKANLI VE BAĞLI KURULUŞLARIN TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA 663 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME.....	21
3.1. Bakanlık Birimleri	22
3.1.1. Bakan.....	22
3.1.2. Müsteşar ve Müsteşar Yardımcıları.....	22
3.1.3. Sağlık Politikaları Kurulu	22
3.2. Bakanlığın Hizmet Birimleri.....	23
3.3. Yüksek Sağlık Şurası.....	23
3.4. Tıpta Uzmanlık Kurulu.....	24
3.5. Sağlık Meslekleri Kurulu.....	24

3.6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.....	24
3.7. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu.....	25
3.8. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü.....	26
4. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU.....	27
4.1. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.....	27
4.2. Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu.....	27
4.3. Genel Sekreterin, Hastane Yöneticisinin Yetki ve Sorumlulukları.....	28
4.4. Birlik Personelinin Niteliği ve Statüsü.....	29
4.5. Sözleşmeli Personelin Mali Hakları ve Yükümlülükleri.....	33
4.6. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması ve Denetimi.....	33
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
5.1. Araştırmanın Tipi.....	37
5.2. Araştırmanın Evreni.....	37
5.3. Araştırmanın Örneklemi.....	37
5.4. Veri Toplama Yöntemi.....	37
5.5. Veri Analiz Yöntemi.....	37
5.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	38
5.5.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	38
6. BULGULAR.....	39
6.1. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
7. TARTIŞMA	57
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	67
EK:1 İZİN YAZISI -1	67
EK:2 İZİN YAZISI -2	68
EK:3 ANKET FORMU.....	69

Tablolar Listesi

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Kamu Hastane Birlikleri Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayılar...	31
Tablo 2. Kamu Hastane Birlikleri Sözleşme Ücreti Cetveli	32
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Kişilere Ait Özellikler.....	40
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kişilerin Buldukları Birimde Çalışma Süresi.....	42
Tablo 5. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına Ait Faktör Analizi ve Ortaya Çıkan Faktör Yükleri.....	44
Tablo 6. Ölçeklere Ait Cronbach's Alpha Güvenilirlik Katsayıları.....	45
Tablo 7. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Betimsel Bulgular (N=280).....	47
Tablo 8. Katılımcıların, Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Bulguları (N=280).....	48
Tablo 9. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı - Cinsiyet (N=280).....	50
Tablo 10. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Medeni Durum(N=280)	51
Tablo 11. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Yaş (N=280).....	52
Tablo 12. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Eğitim Düzeyi (N=280).....	54
Tablo 13. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Çalışılan Birim (N=280).....	55
Tablo 14. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Çalışılan Süre (N=280).....	56

Şekiller Listesi

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. Kamu Hastane Birlikleri Teşkilat Şeması	35
Şekil 2. Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Teşkilat Şeması.....	36
Şekil 3.Çalışılan Servis.....	41
Şekil 4. Çalışma Yeri Değişikliği.....	41
Şekil 5. Çalışılan Birimin Seçilmesi.....	42

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltmalar Listesi:

HASUDER : Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KHB : Kamu Hastane Birlikleri

KHK : Kanun Hükmünde Kararname

SPSS : StatisticalPackageforSocialSciences (Sosyal Bilimler İstatistik Programı)

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

SB : Sağlık Bakanlığı

RG : Resmi Gazete

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizdeki sağlık politikaları yıllardır dünyada uygulanmakta olan evrensel sağlık anlayışından çok farklı olmamakta, özellikle kamu sağlık hizmetleri devletlerin bir araya gelerek aldığı kararlar ışığında hükümetlere yol haritasını göstermektedir.

2000’li yılların sağlık hedefleri kapsamında 1970’li yıllardan başlayarak gelen Temel Sağlık Hizmetleri’ni ön plana çıkaran Sağlık Politikaları gelişen süreçte özellikle Tedavi Edici Hizmetler’in Sağlık kaynaklarını çok tüketmeden etkinlik, verimlilik, hakkaniyet gibi temel işletme konuları ışığında verilmesini sağlamış bu çerçevede ülkemizde de Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu yayımlanmış, sağlık yönetimi ve sağlık işletmeciliği geliştirilmiştir.

1990’lı yıllardan sonra Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programları ile ülkemizde de Sağlık Politikaları önemli yol katetmiştir.

Temel Sağlık Hizmetleri ülkemizde de sağlık ocağı hekimliği dışında Aile Hekimliği sistemiyle verilmeye başlanırken Tedavi Edici Hizmetler 1. Basamak, 2. Basamak ve 3. Basamak kuruluşlarıyla hem özel hem de kamu birimleriyle verilmektedir. Ülkemizde de 2000’li yıllardan sonra başlayan özel sağlık hizmetleri gelişen sağlık işletmeciliği kavramlarıyla hizmet sunumlarında kaliteyi ön çıkarmıştır. Kamu Sağlık Kuruluşları da bu rekabete ayak uydurabilmek için 2012 yılında Sağlık Bakanlığı Teşkilat yasasında değişikliğe gidilerek Kamu Hastane Birlikleri oluşturulmuştur. Buna bağlı olarak ta Sağlık Hizmetleri kamuda da sağlık işletmeciliğine uygun, kalite standartlarını ön planda tutan profesyonel sağlık yönetimi ile verilmesi amaçlanmıştır.

Bu bağlamda ülkemizde önemli bir sağlık insan gücünü elinde barındıran Sağlık Bakanlığı’nın kamuya ait sağlık kuruluşlarını yönetecek olan bu profesyonel yöneticilerin bu sisteme ne kadar hazır olduklarını belirleyebilmek, sağlık yönetimine bakış açılarını belirlemek ve Kamu Hastane Birlikleri uygulamasının ülke sağlık politikalarına katkısını ölçmek ve sağlık çalışanlarının algısını tespit etmek amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

1. SAĞLIK VE SAĞLIK SİSTEMLERİ

1.1.DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

1.1.1. Sağlık Kavramı:

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından(DSÖ) ‘ **Yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali**’ olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan yola çıkılarak sağlığı korumak, geliştirmek hastalananları tedavi etmek sakatlananları esenlendirmek amacı ile sunulan hizmetlerin tümü sağlık hizmeti olarak adlandırılmaktadır.(1)

1.1.2. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi:

Modern bilimsel tıbbın geçmişi iki yüzyıldan daha azdır. Yazılı Tıp tarihinde kayda değer ilk gelişme 1798 yılında Jenner tarafından çiçek aşısının bulunuşudur. 19. Yüzyılda laksatiflerinyanısıra, morfin, kinin, striknin, atropin, daha sonra kodein ve kokainin bulunuşu tıbbın gelişimine önemli katkılar sağlamıştır.1880’li yıllarda anestetik maddelerin bulunması ile birlikte cerrahi tıp alanında atılımlar olmuşsa da, cerrahi tıp bilimlerinin asıl başarılı çalışmaları aseptik yöntemlerin geliştirilmesinden sonraya dayanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme evrimi incelendiğinde aslında çok büyük bir çeşitliliğin olduğu görülmektedir. Hizmetlerin türü ve gelişimi bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmekte ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için standart bir model oluşturmak mümkün olamamaktadır.

Sanayi devriminin gerçekleştiği 1850-1920 yılları arasında sağlık hizmetleri büyük ölçüde kentleşme, sanayileşme ve nüfus hareketlerinden etkilenmiştir. Bu dönemde hastalık ve bilim konusundaki yargıların değişmesi, sağlık alanında işbölümü ve uzmanlaşmanın artması, Batı Avrupa’da risk paylaşımı mantığından hareketle sigortacılığın ortaya çıkması, hayırseverlik ve yöneticilik kavramlarının yer değiştirmesi gibi başka etkenler her ülkenin kendine özgü sağlık sistemini kurmasına yol açmıştır.

Kinin, digitalis gibi yeni ilaçların bulunması ile bazı sorunlarda rahatlama sağlanmış, morfin kullanımı ile ağrı kontrol altına alınmış, anestezinin gelişmesi ile cerrahi işlemler hızlanmış, rontgen ve diğer laboratuvar imkanlarının gelişmesi ile tanılar kolaylaşmış, buna bağlı olarak ta her toplumda sağlık hizmeti veren örgütlerin gerekliliği ve önemi artmaya başlamıştır.

Tedavi edici hizmetlerdeki bu gelişmelerin yanısıra, evsel atıkların düzenli bir biçimde uzaklaştırılması gerekliliği, haşere ile mücadele, içme ve kullanma suyunun temizliğinin önemi, hastalıkların aşı ile önlenmesi, tüberkülin gibi bazı tanı yöntemleri ile hastalıkların erken dönemde saptanması, koruyucu hizmetlerde gelişmelere ve örgütlenmede değişimlere neden olmuştur.

Yirminci yüzyılın başında bu gelişimlere paralel olarak, sağlık alanında geleneksel birikim yerine bilimsel bilgiye dayanan profesyonelleşme, yani sağlık meslekleri ve uzmanlıkları gelişmeye, güç kazanmaya başlamıştır. Mesleklerin kurallara bağlanması ve örgütlenmesi ise yeni düzenlemeleri gerekli kılmıştır. Bunun doğal sonucu olarak eskiden uzman olmayan hayırseverler tarafından yürütülen hasta bakım hizmetleri, uzmanların kontrolüne geçmiş ve yönetim gerekliliği ortaya çıkmıştır. Diğer toplumsal alanlarda geliştirilen yönetim teknikleri ve bilgi birikimi sağlık hizmetlerinin yönetiminde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerin doğal sonucu olarak sağlıkla ilgili mesleklerdeki eğitim ile hasta bakımı kurallara bağlanmıştır.

Bu doğrultuda, 1910 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Carnegie Vakfı tarafından hazırlanan ve Flexner raporu olarak bilinen bir proje ile tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması kararlaştırılmıştır. Bu yolla bilimsel bilgi birikiminin, yani teorinin, klinik uygulama ile, yani pratikle bütünleşmesi sağlanmıştır. İlk kez John Hopkins Hastanesinde yapılan bu uygulamayı, başka ABD ve Kanada örnekleri izlemiştir.

Hastanelerin ve sağlıkla ilgili mesleklerin bazı kurallara bağlanması, ruhsatlandırılması da yirminci yüzyılın başında gerçekleşmiştir. Hekimlerin bir yere kayıtlı olma gerekliliği ilk kez ABD’de 1870’li yıllarda hekimlik yapanların mesleki çıkarlarını korumak için bir talep olarak ortaya çıkmıştır. 1901 yılında ABD Tıp Birliği hekimlik eğitimini ve mesleğini kurallara bağlamıştır. Ülkemizde ise 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa ile sağlıkla ilgili tüm mesleklerin gerektirdiği koşullar ve yetkiler kurala bağlanmıştır.

Bu gelişmelerin Asya, Afrika ve diğer dünya ülkelerinde ne tür bir rota izlediğinin bilinmemesi, yazarın cehaletinden kaynaklanabileceği gibi, bu ülkelerdeki tecrübe ve bilgi üretiminin yazılı hale getirilmemesinin bir sonucu da olabilir.

Amerika kıtasında hekim ve hastane merkezli bu gelişmeler yaşanır iken Avrupa’da sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi daha farklı bir yol izlemiştir. Buradaki gelişimin temelini sigortacılık oluşturmaktadır. Ondokuzuncu yüzyıl sonunda Avrupa ülkelerinde gelişen genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti verenlere bir fon oluşturduğu

gibi, hükümetlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık harcamaları konusunda denetleyici-düzenleyici rol almasına da yardımcı olmuştur.

Genel sağlık sigortasının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya'da ortaya çıkmıştır. Bismarck modeli olarak bilinen işverenlerce oluşturulan bu uygulama bazı değişikliklere uğrayarak kısa sürede diğer Avrupa ülkelerine yayılmış, 1888'de Avusturya, 1911'de İngiltere, 1945'de Fransa, 1955'te İsveç genel sağlık sigortasını kurmuştur .

Özetle, sosyal refah kavramının geçerli olduğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı, devletin kontrolünde, sigortacılık temelinde gelişirken, ABD'de büyük ölçüde piyasa kurallarına uygun olarak gelişmiştir.(2)

1.2.HASTANELERİN GELİŞİMİ

1.2.1.Hastane Kavramı

Hastaneler, toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan sosyal kuruluşların en başta gelenlerinden biridir. Bu kuruluşlar sağlık sisteminin en önemli kuruluşları olma özelliğine sahip kurumlar olup sağlık sisteminin alt sistemini oluştururlar ve topluma sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli rol oynarlar. Topluma etkin sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli rol oynayan, sağlık sisteminin önemli bir alt sistemi olan ve hizmet üreten işletmeler olarak nitelenen hastaneler çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları şunlardır;

"Hastaneler, her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, bunun yanında eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, genellikle kâr gözetmeyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık örgütlerdir."

Kısa adı WHO olan (World HealtyOrganization) Dünya Sağlık Teşkilatı ise hastaneleri,

"Müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır.(3)

1.2.2.Hastanelerin Geçmişi ve Gelişimi:

Arap ve Hint kültüründe geçmişi çok eski olan hastaneler Güney Avrupa'da papaz ve rahibelerin hizmet sunduğu manastırlar bünyesinde kendisini göstermiştir. On üçüncü yüzyılda tüm Avrupa'da 19000 hastane ya da benzeri örgüt bulunduğu bilinmektedir. İlk hastaneler kimsesi olmayan hastalara, yoksullara ve evinden uzak olan yolculara hizmet amacıyla kurulmuştur. Bu dönemde askerler ve denizcilerin sağlık bakımı hükümetlerin sorumluluğu altında hastanelere verilmiştir. Tam teşkilatlı ilk İslam hastanesi Abbasiler döneminde yaklaşık 800 yılında Harun er-Reşit tarafından Bağdat'ta kurulmuştur. 9-17. Yüzyıllar arasında Endülüs'ten Hindistan'a kadar geniş bir coğrafyada birçok darüşşifa kurulmuştur. Adudi, Nureddin ve Kallavun hastaneleri Ortaçağ'ın en tanınmış darüşşifalarıdır. Dicle nehrinin kenarında yaptırılan Adudi hastanesinde tanınmış 24 hekim çalışmaktaydı. Hasta bakımının yanında tıp eğitiminin de verildiği bir kurumdu. Selçuklu sultanı Tuğrul Bey'in emriyle onarılan, büyük gelir kaynaklarıyla vakıf olarak işletilen hastanenin, bir saray gibi konforlu olduğu dönemin gezginleri tarafından anlatılmıştır . Moğolların 1258 yılında Bağdad'ı ele geçirmeleri sırasında tahrip edilmiş ve bir daha ayağa kalkmamıştır. Bu hastane İslam hastaneleri tarihinde teşkilat, hekim ve personel kadrosu, tedavi, tıp eğitimi ve uzmanlaşma konularında önceki hastanelerden çok daha ileri bir aşamayı temsil eder. Ekonomik ve kültürel açıdan ileri bir durum gösteren Anadolu Selçuklu döneminde hemen her şehirde darüşşifa, darüssıhha veya bimaristan adıyla hastaneler açılmıştır. Bu dönemde sağlıklı ilgili yapılaşmadan başka;

- Ordu için develerle taşınan seyyar hastaneler
- Kervansaray hastaneleri
- Saray hastaneleri
- Halk hastaneleri kurmuşlardır.

Osmanlı Devleti de, Selçuklulardan devraldığı bu konudaki mirasa gereken önemi vermiş ve tıp alanında ilerlemelerin sağlanması için her türlü destek verilmiştir. Bu konudaki çabalar, yükselme devri sonuna kadar sürekli artma eğiliminde olmuştur.

- 1399'da Bursa da kurulan ve tıp eğitimi ve hasta tedavisi yapılan Yıldırım Darüşşifası,
- 1470'de Fatih Sultan Mehmet tarafından kurulan ve diğer pozitif bilimlerin yanında tıp eğitimi de verilen Fatih Külliyesindeki 16 medrese,
- 1556'da kurulan Süleymaniye Darüşşifası, Bu dönemde kurulan başlıca tıp eğitim ve hasta tedavi kurumlarıdır (4)

Osmanlı Devletinin duraklama ve gerileme dönemindeki yozlaşma, devletin bir çok kurumlarında olduğu gibi tıp alanına da yansımıştır. Tıp alanındaki kötü gidişi durdurmak için, 1827’de Şehzade başında bir tıp okulu açılmıştır. Bu okul 1839’da yeniden düzenlenip “Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane” adı altında tekrar hizmete açılmıştır. Bu okul, 1933’te İstanbul üniversitesinin kuruluşuna kadar, temel tıp eğitimi ve uygulaması veren en köklü tıp okuludur. 1933 yılında İstanbul Tıp Fakültesi adını almıştır. Cumhuriyet öncesi dönemde tıp alanında kurulan sağlık ve eğitim amaçlı kuruluşların kuruluş amaçlarına baktığımız da, günümüz üniversite hastanelerinin kuruluş amaçları ile ciddi benzerlikler bulunduğu görülür. O dönemde kurulan tıp okullarında da hem eğitim, hem tedavi hizmeti verilmekteydi. Cumhuriyet döneminde kurulan ilk üniversite hastanesi, “Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane”nin temelleri üzerine kurulan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma hastanesidir. Yaklaşık olarak 180 yıllık geçmişe sahip bu hastane, üniversite hastanelerinin en eskisi olarak kabul edilmektedir. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi 1967 yılında, İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri olarak ikiye ayrılmıştır.(4)

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1978 yılında Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferansta sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği vurgulanmıştır. Hükümetler, kendi halkının sağlığından sorumlu olup bu sorumlulukların sadece uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemleri almak suretiyle yerine getirirler.(23)

Temel sağlık hizmetleri, toplum içindeki faydaları ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metod ve teknoloji üzerine kurulmuş gerekli sağlık hizmetleridir. Bir ülkenin ve onun toplumunun ekonomik şartlarını ve sosyo-kültürel özelliklerini kapsar ve onları aksettirir. Aynı zamanda, sosyal, biyo-medikal ve sağlık araştırmaları ve halk sağlığı alanında elde edilen tecrübelerle dayanır. Geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık sorunlarını belirler.(23)

Temel sağlık için yapılan uluslararası konferans, tüm dünyada ve özellikle kalkınmakta olan ülkelerde temel sağlığın teknik işbirliği ruhu içinde ve yeni uluslararası ekonomik düzeye uymak suretiyle geliştirmek ve tatbik etmek için çok acele ve etkili çalışmaların yapılmasını istemektedir.(23)

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından yapılan tanımlamada, sağlık; “**yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik**” halidir. Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyiliğin yanında “sosyal yönden tam bir iyilik” haline de vurgu yapılmaktadır. Sağlık hizmeti kavramı ilk başlarda dünyanın pek çok ülkesinde hastalıkların tedavisi şeklinde tanımlanmıştır. Zamanla hastalıkların mahiyetlerinin öğrenilmesi artan teknolojinin ve bilgi birikiminin katkısıyla hastalık hali oluşmadan hastalıklara sebep olan etkenlerle mücadele önem kazanmıştır. Günümüzde ise sağlığı korumak ve tam iyilik halinin devamını sağlamak hastalık halinin tedavisini sağlamaktan daha önemli hale gelmiştir. Sonuç olarak sağlık hizmetleri sadece hastalıkların tedavisi olmayıp, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile rehabilitasyon hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır.(5)

1.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Koruyucu sağlık hizmetleri çok geniş kapsamlı bir hizmet türüdür. Toplumda hastalık ihtimali azalttırılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Koruma hizmetini, bu niteliği sebebiyle, tedavi hizmetlerine kıyasla, daha

çok kamu ekonomisi üstlenir. Koruyucu sağlık hizmetleri iki ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

Çevreye yönelik hizmetler: İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır.

Genel olarak çevre sağlığı hizmeti olarak bilinen bu hizmetler; yeterli düzeyde temiz hava ve su temini, katı ve sıvı atıkların sağlığa uygun imhası, haşerelerle mücadele, gıda sağlığı, atık su ve kanalizasyon, vb. hizmetleri kapsamaktadır.(5)

Kişiyeye yönelik hizmetler: Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise erken dönemde

teşhis konularak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerdir.

-Erken tanı ve uygun tedavi,

-Aşılama,

-İlaçla koruma,

-Beslenmenin iyileştirilmesi,

- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması.

Bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülen ve yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Bu tür hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olan hizmetlerdir.(6)

1.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde;

Birinci basamak tedavi hizmetleri,

İkinci basamak tedavi hizmetleri,

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç gruba ayrılmaktadır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastaların evde ve ayakta (hastanede yatmadan) teşhis ve tedavisi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler esas olarak yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada yürütülür. Bu hizmetleri veren birimlere de birinci basamak sağlık kuruluşu adı verilmektedir.

İkinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların teşhis ve tedavilerinin yapıldığı yataklı tedavi kurumlarının sunduğu hizmetleri kapsar. Bu tür hizmetlerin sunulduğu genel hastanelere de ikinci basamak tedavi kuruluşu denilmektedir. Ülkemizde bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı il ve ilçe devlet hastaneleri ile diğer kurumlara bağlı (kamu ya da özel) genel amaçlı hastanelerde sunulmaktadır.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi vb.), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri vb.) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri vb.) hizmet veren, o konudaki gelişmiş teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde yürütülür. Bu tür hizmetleri veren kuruluşlara üçüncü basamak tedavi kuruluşu adı verilir.(5)

1.3.3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle işgücünü kaybedenlere verilen hizmetlerdir.(5)

1.3.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi rehabilitasyon, hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb. tıbbi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ

yerine ortez-protez takılmak suretiyle kiŒiye o organın iŒlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlere tıbbi esenlendirme (tıbbi rehabilitasyon) hizmetleri adı verilir. Bu hizmetler sonunda kiŒi sınırlı da olsa, günlük yaşam ve iŒlerini devam ettirebilme olanağına kavuşmuş olur. Tıbbi esenlendirme hizmetleri sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütölen hizmetlerdir.(5)

1.3.3.2.Sosyal Rehabilitasyon

Psikolojik ve fiziki yönden hasarlı kiŒilerin uygun iŒlere yerleŒtirilmesi ve bakımlarının sağlanması türünden çalışmalaradır.(5)

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YAPILANMASI

2.1.Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi Cumhuriyet öncesi dönem (Selçuklular ve Osmanlılar dönemi) ve Cumhuriyet dönemi olarak iki bölüme ayrılmaktadır. İlk Türk İmparatorluğu olan Selçuklular’da, şartlarına göre gelişmiş bir sağlık sistemi uygulaması mevcuttu. Bu dönemde sağlık hizmetleri vakıflar aracılığı ile sunulmuş olup, Osmanlılar da ilk dönemlerinde bu uygulamaya bağlı kalmışlardır. İmparatorluk döneminde idari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etıbba (Hekim Başı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler, genellikle serbest çalışan, tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır. Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hakim olan hizmet biçimi özel hizmetlerdir. Gerek devlet ve hayır kurumlarınca ve gerekse özel kişilerce sunulan bu hizmetler ise İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra batıya yönelinmiş ve yaygın kitlelere de sağlık hizmeti götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır.(7)

2.2.1920-1938 Dönemi

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile kuruldu. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

Burada dikkat edilmesi gereken nokta, var olma mücadelesinin en çetin günlerinde, daha cumhuriyet kurulmadan teşkilatlanan genç devlette, ilk kurulan bakanlıklardan birinin Sağlık Bakanlığı olmasıdır.

TBMM Hükümeti’nin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında ne yerleşmiş bir örgüt ve alt yapı ne de toplumun gereksinimlerine yanıt verecek yasal düzenlemeler vardı. Her şeyin yeniden kurulması gerekiyordu. Bu nedenle günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcı bu tarihtir diyebiliriz.

Dr. Refik Saydam Dönemi: 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Dr. Saydam, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur(6)

Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin sağlık alanındaki hedeflerini belirleyerek, ihtiyaçları karşılayacak bilinçli bir sağlık politikası oluşturmuştur. Bu politikaların ana hatları aşağıda maddelenmiştir.

Devletin sağlık örgütünü geliştirmek

Doktor sayısını artırmak

Numune hastaneleri açmak

Ebe yetiştirmek

Sağlık memuru yetiştirmek

Doğum ve çocuk bakımevi açmak

Verem sanatoryumu açmak

Sıtma mücadelesi yapmak

Frengi ve öteki sosyal hastalıklarla mücadele

Trahom ile mücadele

Sağlık-sosyal örgütlenmeyi köylere kadar götürmek

Sağlık-sosyal yasalarını yapmak “TC Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi”ni kurmak

“Hıfzıssıhha Mektebi”ni açmak

İllerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık hizmetlerinin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe imkanları kullanılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi politikası benimsenmiştir. Bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır.

1928 yılında **1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”** çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmış ve böylece, sağlık

hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memur Kanunu” çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu Yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir. (6)

Dr. Refik Saydam Dönemi’nde, devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için büyük bir çaba harcanırken, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önlemlere de başvurulmuştur. Bu itibarla, hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları teşvik edilmiştir.(6)

2.3. 1938-1960 Dönemi

Refik Saydam döneminde temeli atılan sağlık hizmetlerinin geliştirildiği ve yeni politika ve uygulamaların yürürlüğe koyulduğu bir dönemdir. Bu dönemde II. Dünya savaşı başlamış Türkiye bu savaşa girmemekle birlikte, savaştan olumsuz etkilenmiştir.(8)

1945’de İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu ile başlanarak zaman içinde diğer konulara ilişkin yasalar da yürürlüğe konmuştur.(9)

1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuş, bu kurum 1952 yılında kendine bağlı olarak kurduğu sağlık birimleri ve hastanelerde işçilere sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. (10)

Cumhuriyet döneminin 2. Sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz, ilki 1946-1948 2. Si 1954-1955 yıllarında iki defa bakanlık yapmıştır. Bakanlığın ilk döneminde 'I. 10 Yıllık Milli Sağlık Planı' adlı bir programı kamuya duyurdu. Bu planın ana hatları şunlardı: (8.)

- Koruyucu hekimlik örgütü kurmak
- Köylerde sağlık örgütü kurmak
- İhtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek
- Hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek

- Tüm ülkede yeni sağlık tesisleri kurmak
- Sağlık harcamalarının finansmanı için Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmak.

Milli Sağlık planına göre, ülke 7 sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Yedi bölgenin herbirinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve merkezlerde 2 hekim 1 ebe ve 1 sağlık memuru, bir ziyaretçi hemşire görev alıyordu. Ayrıca, her 10 köy için 1 ebe ve 1 sağlık memuru öngörülmüştü. Dr. Behçet Uz'un görevden ayrılmasıyla, bu plan uzunca bir süre gündeme gelmemiş ancak 1954 yılında yeniden bakan olmasıyla daha da kapsamlı bir Milli Sağlık Programı gündeme gelmiştir.

1954 yılında, 6134 sayılı yasa ile İl Özel İdarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler, Sağlık bakanlığına bağlanarak, hastane hizmetleri tek elde toplanmış (SSK ve Üniversite hastaneleri hariç) tamamen merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. (8)

2.4.1961-1980 Dönemi:

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış fakat sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması benimsenmiştir. Sosyalleştirme Dönemi de diyebileceğimiz bu dönemde; 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmıştır. 224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden tüm yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış ve 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. "Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilmiştir. İlk başta hemen Sosyalleştirme Programı ile köylerden ilçe ve şehir merkezlerine sağlık evleri, sağlık ocakları ve sağlık merkezleri kurulacaktır. Bunlar sıra ile birbirine bağlı olacaklar, sağlık merkezleri sağlık müdürlerine bağlı olacak ve hastanelerle işbirliği yapacaklardır. Maddi imkansızlık ve personel yetersizliği göz önüne alınarak bu planın gerçekleştirilmesi için 10-15 yıllık bir süre gereklidir. Programın uygulanabilmesinin birinci koşulu hekimin serbest

çalışmasına izin verilmemesi; tamamen devlet görevinde hizmet vermesidir. Bunu sağlamak için de 30 tam gün çalışarak sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görev alacak olan hekimlere yüksek ücret ödenecektir.(8)

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, TBMM'ye gönderilmiş fakat kanunlaşmamıştır. 1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açmaları yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir. (11)

1970'li yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla sağlık politikası çelişmiştir. Hükümetler düzeyinde zaman zaman sosyalleştirme politikasını engelleme girişimleri olmuş ise de bu politika değiştirilemediği gibi aktif özelleştirme programı da uygulanamamıştır.(8)

2.5.1980-2002 Dönemi

1982 Anayasası, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasa'nın 60. maddesi "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." demektedir. Ayrıca Anayasa'nın 56. maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." hükmü getirildi. Aynı maddede "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm de yer aldı.

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarıldı. Ancak bu Kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için kanun, bütünüyle uygulama imkânı bulunamadı.

Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla Genel Sağlık Sigortası, 1987 yılında tekrar gündeme geldi, ancak bu konudaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilemediği gibi 1986 yılında BAĞ-KUR sigortalılarına da ayrı sağlık yardımları yapılmaya başlanarak kamu sağlık sigortacılığında 3 başlı bir yapı oluştu. Bu

gelişmenin en dikkat çekici sonucu olarak, aynı sağlık hizmetine her üç kurumun farklı yaklaşımları ve fiyatlandırmaları gündeme geldi, verilen bir hizmetin bedeli bazı kurumlarca ödeme listesinde bulunurken bazılarınca ödenmedi.(11)

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlatıldı ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplandı. Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturdu.

1992 ve 1993’e Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verildi. 1992 yılında 3816 sayılı Kanun’la sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için Yeşil Kart uygulaması başlatıldı. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda yeterli ekonomik düzeyden mahrum olan ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlandı.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası”; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermekteydi.

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında, Bakanlar Kurulu’nca TBMM’ye sunuldu, ancak kanunlaşamadı. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderildi ancak bu da sonuçlanmadı.

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardı:

1. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması,
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
4. Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanı bulamadığı bir dönem olmuştur.(11)

2.6.TÜRKİYE’DE YAKIN TARİHTE YAPILAN SAĞLIK REFORMLARI

2.6.1.Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık Bakanlığı’ nın 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı ve 2003 Yılı Aralık ayında bir kitapçıkla kamuoyuna duyurduğu SDP, geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde

- Organize edilmesi
- Finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır.

Etkililik uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacını ifade etmektedir. Verimlilik kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir.

Hakkaniyet, insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.(12)

2.6.2.Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

-İnsan merkezilik: Bu ilke sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.

-Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması kendini besleyerek devamlılık göstermesidir.

-Sürekli Kalite gelişimi: Sunulan hizmeti yeterli görmeyip hep daha iyiyi aramayı ifade etmektedir.

- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması ve yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır.

-Uzlaşmacılık: Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarların gözetilerek ortak bir noktada buluşma arayışıdır.

-Gönüllülük: Hizmete arz ve talep eden birey ve ya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içinde yer alacak bütün kesimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir.

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

-Desantralizasyon: Kurumlar merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılıp değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirilip kaynakların daha verimli kullanılmasıdır.

-Hizmette rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanmasıdır.(12)

2.7.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ

2.7.1.Planlayıcı ve Denetleyici bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programı vizyonundaki Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili verimli hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın sonucu olarak Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak böylece Bakanlık planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır.(12)

2.7.2.Herkesi Tek Çatı Altında toplayan Genel Sağlık Sigortası

SDP'nin hakkaniyet amacı doğrultusunda vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturulacaktır.(12)

2.7.3.Yaygın, Kolay ve Güler yüzlü Sağlık Hizmet sistemi

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanun ile oluşturulmuş olan sağlık ocağı ve sağlık evi hizmet modeli zamanın en modern sistemlerinden biridir. Ancak bu yasa ile amaçlanan hedefler yeterince gerçekleşmemiştir. Sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının yaratılması gerekmektedir. Sosyalleştirme politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirirken vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsünde hizmet ağına yer alması öngörülmektedir.(12)

2.7.3.1.Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye tek pencere sistemi ile yaklaşım başarıyı artıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynayacaktır.

Bunun sonucunda -**5258 Sayılı** Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (24.11.2004) çıkartılarak Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirlediği illerde sağlık hizmetlerinin nasıl yürütüleceği belirlendi.(12)

2.7.3.2.Etkili Kademeli Sevk Zinciri

Etkin bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Kısacası hasta memnuniyetini esas alan aile hekimliği uygulaması sistemin esasını oluşturmaktadır.(12)

2.7.3.3.İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Ülkemizdeki hastanelerin tümü aralarında hiçbir ayırım olmaksızın sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlara hizmet verebilecektir. Kamu Hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için merkeze bağımlı yapısından kurtulması gerekmektedir. Hastanelerin verimliliği için tüm Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için özerklik tanınacaktır. Tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline gelecektir. Öncelikle bu hastanelerde bir hizmet sunumu birliği sağlanacak, ikinci aşamada her tesise ayrı ayrı özerklik tanınacaktır.(12)

2.7.4.Bilgi ve Beceri ile Donanmış Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının varlığına bağlıdır. Hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin ülkemiz ihtiyaçları doğrultusunda verilmek amacıyla üniversitelerimizin geliştirilecek iş birliğinin yanında birinci basamakta hizmet yapacak hekimlerimizin uzmanlaşması için yeni müfredat programları oluşturulacaktır. Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta

bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılacaktır.(12)

2.7.5.Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip özellikle sağlık politikası sağlık işletmeciliği , sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç duyulacaktır. Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek araştırmalar planlayacak hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek kurumlara ihtiyaç vardır.(12)

2.7.6.Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir.Sağlıkta Dönüşüm programı ülkemizin şimdiye kadar gündeminde yeterince yer almamış bir ihtiyaca öncelik vermektedir. Kurulacak olan Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını düzenleyerek özerk bir yapıda gelişmiş ülkelerdeki örneklerine benzer şekilde faaliyete geçmeyi amaçlamaktadır. Böylece hizmet sunucularının performanslarını içeren veri tabanları oluşturulup iyi uygulamaların tanımlanarak uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır.(12)

2.7.7.Akılci İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ve özerk kurumlara ihtiyaç vardır.(12)

2.7.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

İlaçla ilgili politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere Ulusal İlaç Kurumu'nun oluşturulması sağlanacaktır.(12)

2.7.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Sağlık hizmetlerinde kullanılan cihaz ve tıbbi sarf malzemenin uluslararası normlara uygun olarak standartize edilmesi malzeme israfını önler, hizmet verimini artırır. Bunun içinde hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici etkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması planlanmıştır.(12)

2.7.8.Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinin eşgüdüm, sağlık envanterinin oluşturulması bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır. Sağlık bilgi sistemi sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde sağlık sektöründeki sorunların saptanmasında, önlemlerin alınmasında, sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli verileri toplayarak ortak bir veri tabanı üzerinde işleyecektir.(12)

3. SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA 663 SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 2/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Bakanlık Teşkilatı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır. (13)

Kanun Hükmünde Kararnamede taşra teşkilatı da, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına göre yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmada İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Bakanlığın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra yönetim teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri öngörülmüştür.(13)

Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.

Bu kapsamda Bakanlığın görevi:

a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,

b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,

c)Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi,

ç) Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,

d) Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi,

e) İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması,

f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması,

ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetmek ve politikalar belirlemektir.(13)

3.1.BAKANLIK MERKEZ TEŞKİLATI ŞU BİRİMLERDEN OLUŞMAKTADIR.

3.1.1.Bakan

Bakanlık teşkilatının en üst amiri olan Bakan, Bakanlık icraatından ve emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden Başbakana karşı sorumlu olup aşağıdaki görev, yetki ve sorumluluklara sahiptir:

- Bakanlığı, Anayasaya, kanunlara, hükümet programına ve Bakanlar Kurulunca belirlenen politika ve stratejilere uygun olarak yönetmek.

- Bakanlığın görev alanına giren konularda politika ve stratejiler geliştirmek, bunlara uygun olarak yıllık amaç ve hedefler oluşturmak, performans ölçütleri belirlemek, Bakanlık bütçesini hazırlamak, gerekli kanunî ve idarî düzenleme çalışmalarını yapmak, belirlenen stratejiler, amaçlar ve performans ölçütleri doğrultusunda uygulamayı koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek.

- Bakanlık faaliyetlerini ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini gözden geçirmek, teşkilat yapısı ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek ve yönetimin geliştirilmesini sağlamak.

- Faaliyet alanına giren konularda diğer bakanlıklar ile kamu kurum ve kuruluşları arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla görevlidir.(13)

3.1.2. Müsteşar ve Müsteşar Yardımcıları

Müsteşar, Bakandan sonra gelen en üst düzey kamu görevlisi olup Bakanlık hizmetlerini, Bakan adına ve onun emir ve yönlendirmesi doğrultusunda, mevzuat hükümlerine, Bakanlığın amaç ve politikaları ile stratejik planına uygun olarak düzenler ve yürütür. Bu amaçla, Bakanlık birimlerine gereken emirleri verir, bunların uygulanmasını gözetmekle görevlidir.(13)

3.1.3. Sağlık Politikaları Kurulu

Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen onbir üye ile Müsteşar ve müsteşar yardımcılarında meydana gelir.

Kurul üyeleri en az dört yıllık yüksek okul mezunu ve sekiz yıl iş tecrübesi bulunanlar arasından Bakan tarafından görevlendirilir. Görev süresi iki yıldır ve süresi sona eren üyeler yeniden görevlendirilebilir. Kurula Müsteşar veya görevlendireceği yardımcılarında biri başkanlık eder.

Kurul toplantılarına, görüşlerini almak üzere üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, sivil toplum kuruluşları ile bağlı kuruluşlardan ve Bakanlık birimlerinden yönetici veya uzman kişiler davet edilebilir.

Kurul bünyesinde, Bakanlığın görev alanı ile ilgili olarak bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere danışma kurulları ve komisyonlar oluşturulabilir.

Danışma kurullarında ve komisyonlarda, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının personeli ile üniversitelerden ve diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabilir.

Kurulun, danışma kurullarının ve komisyonların çalışma usûl ve esasları Bakanlıkça düzenlenmektedir.(13)

3.2.BAKANLIĞIN HİZMET BİRİMLERİ

Bakanlığın hizmet birimleri şu müdürlüklerden oluşmaktadır.

1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
3. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
4. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
5. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
6. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
7. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü
8. Hukuk Müşavirliği
9. Denetim Hizmetleri Başkanlığı
10. Strateji Geliştirme Başkanlığı
11. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
12. Özel Kalem Müdürlüğü(13)

3.3.Yüksek Sağlık Şûrası

Sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idarî soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere on beş üyeli Yüksek Sağlık Şûrası kurulmuştur.

Şûra üyelerinin onüçü Bakan tarafından ülkede sağlık hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından seçilir.

Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısı ile I.Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği hukuk müşaviri, Şûranın doğal üyesidir. (13)

3.4.Tıpta Uzmanlık Kurulu

Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık dallarının rotasyonlarını belirlemek, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimi alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermekle görevli olmak üzere, Tıpta Uzmanlık Kurulu kurulmuştur.(13)

3.5.Sağlık Meslekleri Kurulu

Sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, meslekî alan ve dal belirlenmesi gibi meslekî düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirmek, meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapmak, meslekî müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek üzere Sağlık Meslekleri Kurulu Kurulmuştur.(13)

3.6.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur.

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek.

b) Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu hususta gerekli düzenlemeleri yapmak.

c) Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için Bakanlığa teklifte bulunmak.

ç) Yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek, bu hususları izlemek, araştırmak, veri toplanmasını sağlamak ve değerlendirmek.

d) Birey, toplum ve çevre sağlığını etkileyen ve genel sağlığı ilgilendiren her tür etkeni incelemek, teşhis etmek, değerlendirmek ve kontrol etmek üzere gerekli laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak ve ulusal referans laboratuvarı kurmak ve işletmek, içme suları, biyosidal ürünler gibi görev alanına giren konularda tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak ve buna yönelik her türlü iş ve işlemi tesis etmek.

e) Sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak, halk sağlığını tehdit eden konularda gereken tüm tedbirleri almak ve gerektiğinde müeyyide uygulamak.

f) Biyolojik ürünler ve test materyali ile benzeri ürünlerle ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, bu ürünleri temin etmek veya edilmesini sağlamak, üretirmek ve gerektiğinde üretmek.

g) Görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumlarla işbirliğiyle eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak.

ğ) Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak.

h) Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.

ı) Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir.(13)

3.7.Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu kurulmuştur.

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Görev alanına giren ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.

b) Sağlık beyanı ile satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarını inceleyerek bu beyanlara izin vermek, izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerini yapmak veya yaptırmak, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların her türlü reklam ve tanıtımlarını denetlemek ve aykırı olanları durdurmak, piyasaya arz edilen ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin reklam ve tanıtımının usûl ve esaslarını belirlemek ve uygulamasını denetlemek.

c) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlere ilişkin klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeleri yapmak, izin vermek ve denetlemek.

ç) Türk Farmakopesini hazırlamak.

d) Hayati önemi haiz ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin piyasada sürekli bulunabilmesi için gerekli tedbirleri almak.

e) Tıbbî cihazlar için onaylanmış kuruluşları belirlemek, lisans, ruhsat veya izin vermek, denetim yapmak ve gerektiğinde yaptırım uygulamak.

f) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerle ilgili uyarı sistemlerini kurmak veya kurdurmak, işletmek veya işlettirmek.

g) Kurum personelinin uluslararası karşılıklı tanınma ve akreditasyonunu sağlamak.

ğ) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmak, gerektiğinde toplatmak, imha etmek veya ettirmek, piyasadaki ürünler için güvenlik bildirim yöntemlerini belirlemek, gerekli bildirimleri yapmak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.

h) İlaç fiyatlarının belirlenmesi için farmako-ekonomik değerlendirme ve çalışmalar yapmak.

ı) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünleri üretenler, satanlar ve faydalananlar arasında doğabilecek ihtilafların çözümüne yönelik usûlleri belirlemek.

i) Görev alanı ile ilgili faaliyetleri izlemek, değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, politika üretilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması için Bakanlığa teklifte bulunmak.(13)

3.8.Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü kurulmuştur.(13)

4.TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU

4.1.Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.(13)

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı 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 maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak.

c) Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematığı 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, müşterek çalışma 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, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir.(13)

4.2.Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu

Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü gözönünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu

birakılmaz. Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları kurulur. Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir.

Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.(13)

4.3.Genel Sekreterin ve Hastane Yöneticisinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Genel sekreterin görevleri şunlardır:

Birliğin belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmek.

Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak.

Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek.

Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.

Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Kuruma sunmak.

Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin malî tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunmak.

Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.

İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek.

Genel sekreter gerektiğinde sınırlarını yazılı olarak belirlemek suretiyle yetkilerinden bir kısmını alt birim yöneticilerine devredebilir.

Hastane yöneticisi, hastane ölçeğinde Genel Sekreterin görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olup, hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden Genel Sekretere karşı sorumludur.(13)

4.4.Birlik Personelinin Niteliği ve Statüsü

Birliklerde, ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilir. Sözleşmeli personelde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlar aranır. Birliklerdeki diğer personel, 657 sayılı Kanun ve 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi olarak çalışır.

Genel sekreter, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak şarttır.

Tıbbî hizmetler başkanının, tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastane başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir.

Genel Sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personelin alanında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş olması ve kamu veya özel sektörde en az 3 yıl iş tecrübesine sahip olması gerekir. Açıktan alınacak uzman ve büro görevlilerinin Kamu Personeli Seçme Sınavından en az yetmiş puan almış olmaları şarttır. Uzman ve büro görevlilerinin Birliklere dağılımı, işe alınma usûl ve esasları Kurum tarafından belirlenir. Açıktan istihdam edilen uzmanların oranı Birliğin toplam uzman sayısının yüzde ellisini geçemez.

Sözleşmeli statüde istihdam edilecek personelle yapılacak sözleşme ekinde kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri de gözetilerek hazırlanan bireysel performans kriterleri ve hedefleri belirtilir. Kurum Başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter tarafından yapılır. Başhekim yardımcılarıyla başhekimin, müdür yardımcılarıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Sözleşmelerin süresi iki yıldan dört yıla kadar olabilir. Süre sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Sözleşme eki performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sözleşmeler sona erdirilebilir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Ancak bunlar yeni görevlendirmeler yapılınca kadar görev yapar. Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, ilgili hastane başhekimi, müdürleri, başhekim yardımcıları ve müdür yardımcılarının; yeni başhekim ve müdürlerin göreve başlamasından itibaren de yardımcıların bir ay sonunda sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile yeniden sözleşme yapılabilir. Ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda açıktan istihdam edilen personelin herhangi bir suretle sözleşmeleri sona erdiğinde birlik ile ilişkileri kesilir. Açıktan sözleşmeli istihdam, memurluk veya diğer personel istihdam şekillerinden birine geçiş bakımından kazanılmış hak teşkil etmez.

Kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakati ile ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilebilir. Bu şekilde istihdam edilenler kurumlarından aylıksız izinli sayılır. Söz konusu personel aylıksız izinli sayıldıkları kadro unvanları dikkate alınmak suretiyle 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendine tabi olmaya devam ederler. Bu görevlerde

geçen hizmetleri kazanılmış hak aylık ve derecelerinde değerlendirilir. Sözleşmeleri herhangi bir surette sona eren personel, bir ay içinde kurumuna müracaatı halinde, kurumunca bir ay içinde kadrosuna atanır.

Sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilenlerden bu maddenin altıncı fıkrası kapsamına girmeyenler, sosyal güvenlik açısından 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında kabul edilirler.(13)

Tablo 1: Kamu Hastane Birlikleri Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayıları

(II) SAYILI CETVEL

SÖZLEŞMELİ PERSONEL POZİSYON UNVAN VE SAYILARI

<u>POZİSYON UNVANI</u>	<u>POZİSYON SAYISI</u>
GENEL SEKRETER	100
TIBBİ HİZMETLER BAŞKANI	100
İDARİ HİZMETLER BAŞKANI	100
MALİ HİZMETLER BAŞKANI	100
UZMAN*	2000
HASTANE YÖNETİCİSİ	500
BAŞHEKİM	850
MÜDÜR	1700
BAŞHEKİM YARDIMCISI	2000
MÜDÜR YARDIMCISI	2400
BÜRO GÖREVLİSİ**	450
TOPLAM	10300

*Uzman personel: Sözleşmeli personel pozisyonuna bağlı olarak, hastane yöneticiliği dışındaki genel sekreterlik birimlerinde Bakanlıkça belirlenen alan ve vasıflarda özel bir meslek bilgisi, tecrübe veya ihtisasını gerektiren hizmetlerde istihdam edilen personeli ifade eder.

**Büro görevlisi: Kamu hastane birliklerinde genel sekreterliğin büro hizmetlerini yürütmek üzere istihdam edilen yükseköğrenim görmüş personeli ifade eder.

(III) SAYILI CETVEL⁽¹⁾

Tablo 2: Kamu Hastane Birlikleri Sözleşme Ücreti Cetveli

KAMU HASTANE BİRLİKLERİ SÖZLEŞME ÜCRETİ CETVELİ		
Unvanı	Sözleşme Ücreti Oranı %	Ek Ödeme Tavan Oranı %
Genel Sekreter		
a) Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi	200	550
b) Uzman Hekim, Hekim*	200	400
c) Diğer	200	300
Başkan		
a) Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi	150	600
b) Uzman Hekim, Hekim*	150	450
c) Diğer	150	300
Hastane Yöneticisi		
a) Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi	150	600
b) Uzman Hekim, Hekim*	150	450
c) Diğer	150	300
Başhekim⁽¹⁾		
a) Profesör, Doçent ve Eğitim Görevlisi Hekim	150	600
b) Uzman Hekim, Uzman Dış Hekimi, Hekim ve Dış Hekimi*	150	450
c) Hekim , Dış Hekimi	150	200
Başhekim Yardımcısı⁽¹⁾		
a) Uzman Hekim, Uzman Dış Hekimi	150	270
b) Hekim, Dış Hekimi, Eczacı	150	180
c) Lisansüstü eğitim yapmış sağlık bilimleri lisansiyerleri	100	125
Müdür	100	125
Müdür Yardımcısı	75	75
Uzman	100	125
Büro Görevlisi	50	50

(*) Tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip.

4.5.Sözleşmeli Personelin Malî Hakları ve Yükümlülükleri

Ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen personele, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre belirlenen tavan ücret esas alınarak genel bütçeden ekli (III) sayılı cetvelde belirlenen oranlarda peşin olarak ücret ödenir. Ayrıca bağış, faiz ve kira gelirleri hariç olmak üzere döner sermaye gelirlerinden aynı cetvelde belirlenen tavan oranları geçmemek kaydıyla ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile usûl ve esasları; hastanenin grubu, personelin görevi, eğitim durumu, çalışma şartları ve çalışma süreleri, hizmete katkısı, performansı gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça belirlenir.(13)

4.6. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması ve Denetimi

Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir.

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

a) Grup düşürülmesi,

b) (D) grubunda devralınması halinde, nc değerlendirmede st gruba çıkarılamaması,

c) (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede st gruba çıkarılamaması,

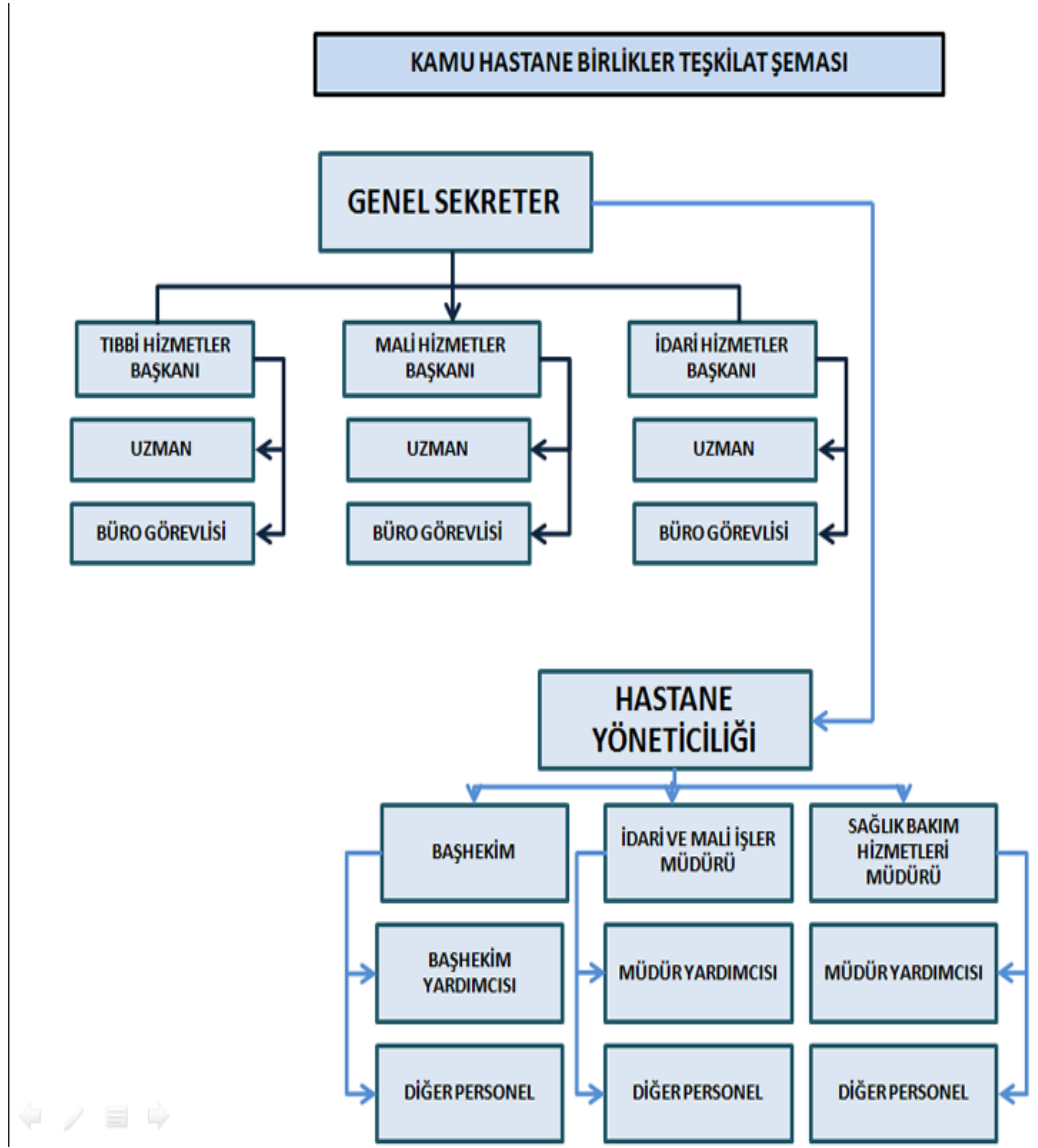
) Bünyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,

d) (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir st gruba çıkarılamaması,

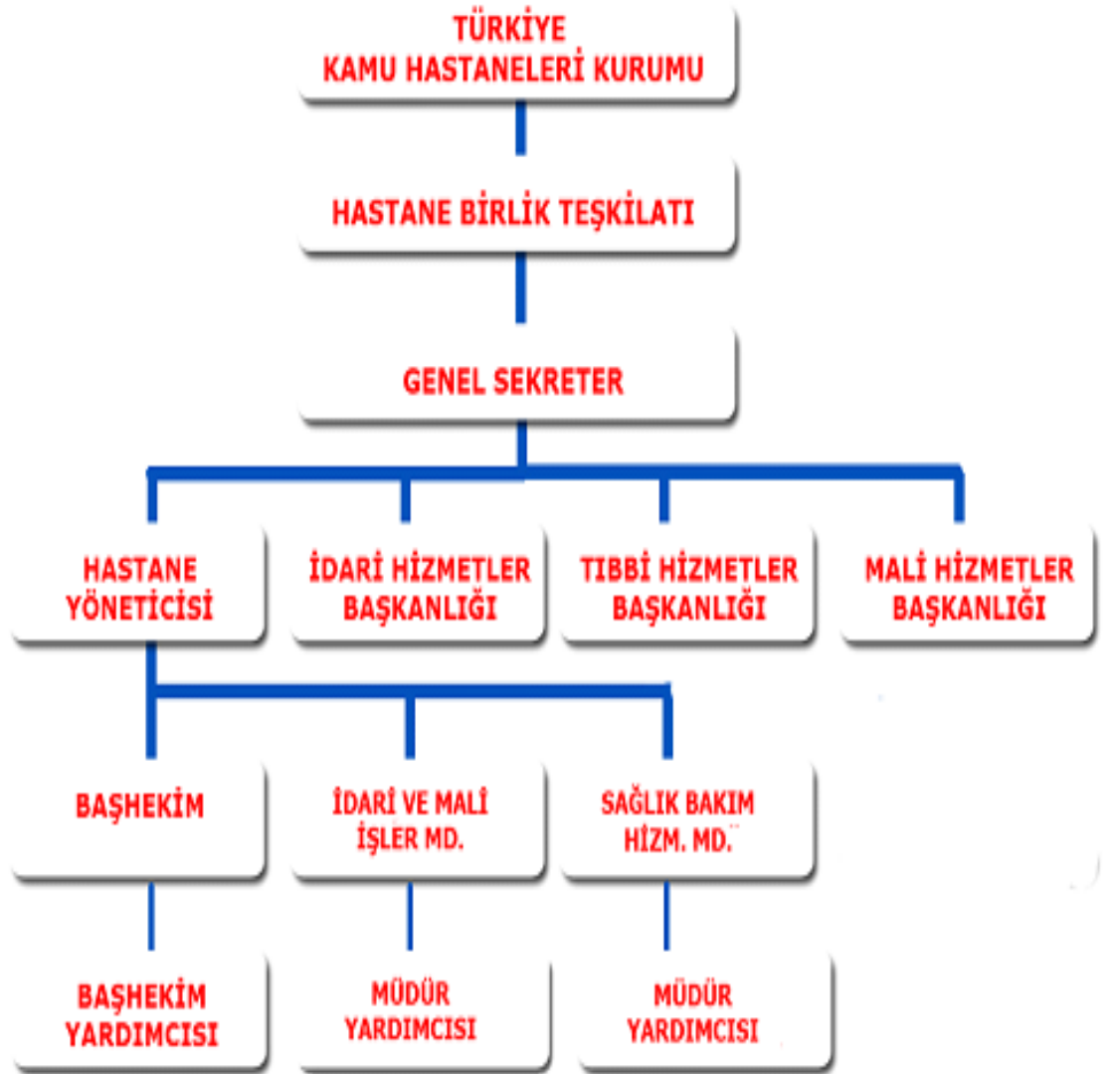
hallerinde Kurumca genel sekreterin görevine son verilir. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir.

Yapılan değerlendirmeler sonucu belirlenen birliklerin ağırlıklı ortalaması, Kurum Başkanının performansının ölçülmesinde esas alınır.**(13)**

Şekil 1: Kamu Hastane Birlikleri Teşkilat Şeması



Şekil 2: Kamu Hastaneler Kurumu Teşkilat Şeması



5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırma Tipi

Tanımlayıcı Tipte bir araştırmadır.

5.2.Evren

Balıkesir İli Merkez ilçede bulunan Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı yaklaşık 1000 sağlık çalışanları oluşturmuştur.

5.3.Örneklem Büyüklüğü

- **Örneklem büyüklüğüne karar verilirken evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formülden yararlanılmıştır.**
- **Balıkesir devlet hastanesinde görev yapan yaklaşık 1000 sağlık çalışanı bulunmaktadır.**
- **$n = \frac{Nt^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$**
- **$n = \frac{1000 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,05)^2 \cdot 999 + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$**
- **$n = 277$ kişi bulunmuştur.**

Merkez ilçede bulunan Balıkesir Devlet Hastanesindeki Sağlık çalışanlarından Çalışmaya katılmayı kabul eden 280 kişi oluşturmuştur.

5.4.Veri Toplama Yöntemi

Amacına uygun olarak araştırmacı tarafından oluşturulan, Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerini ölçen 9 soruyla birlikte KHB' nin Sağlık Hizmetlerine etkisini ölçmeye yönelik kişilerin algı düzeylerini belirleyen toplam 18 sorudan oluşan 5'li likertli anket formu kullanılmıştır.

5.5.Veri Analiz Yöntemi

Veriler SPSS 15. Programında veri tabanı oluşturularak bilgisayar ortamına alınmışAraştırma anketi Araştırma sorulardan oluşan ölçeğin alt boyutlarını tespit etmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır.

Faktör yapısını belirlemek amacıyla, 280 kişinin ölçeğe verdiği tepkilerden elde edilen puanlara, temel bileşenler faktör analizi uygulanmıştır.

Veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için, Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Bartlett küresellik testi uygulanmıştır.

KMO değeri kabul edilebilir sınır olan 0.70'in üzerinde 0.91 olarak yüksek bir değer tespit edilmiş, Bartlett küresellik testi de 0,50'nin üzerinde olduğu ve 0,05 önem derecesinde anlamlı olduğundan veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur. Bulunan KMO katsayısı verilerin analize uygun olduğunu göstermektedir. Varyansı açıklama oranının 0.50 ve üzerinde olması ölçütü esas alınmıştır.

Temel bileşenler yöntemi ve Varimax döndürme yöntemi kullanılarak sorular analiz edilmiştir. Örneklem yeterliliği ölçüsü 0,50 değerinin altında kalan, faktör altında tek kalan, birbirine yakın faktör ağırlıkları olan ve faktör ağırlığı 0,50'nin altında olan "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler artmıştır.", "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile yöneticilerin bazılarının tıp kökenli olmayanlardan oluşması sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir.", "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır." ve "Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri hasta haklarına saygılı, toplumun sağlık ihtiyaçlarına, önceliklerine ve tercihlerine cevap veren birer kuruluş olmuştur." ifadeler analizden çıkarılarak yapılan faktör analizinde özdeğerleri 1 ve üzerinde olan 3 faktör elde edilmiştir.

Bu faktörler

1. Yönetim Biçimi

2. Malzeme Yönetimi

3. Özelleştirme olarak isimlendirilmiş ve analizler bu faktörlere göre yapılmıştır. analiz edilmiştir. Frekans ve dağılımlardan sonra Bağımsız Gruplar T testi ve tek yönlü ANOVA Testleri kullanılmıştır.

6.BULGULAR:

6.1.VERİLERE AİT BULGULAR VE DEĞERLENDİRMELER

Araştırmanın Bulguları

Araştırmaya Katılan Kişilerin Özelliklerine İlişkin Betimsel Analiz

Sonuçları

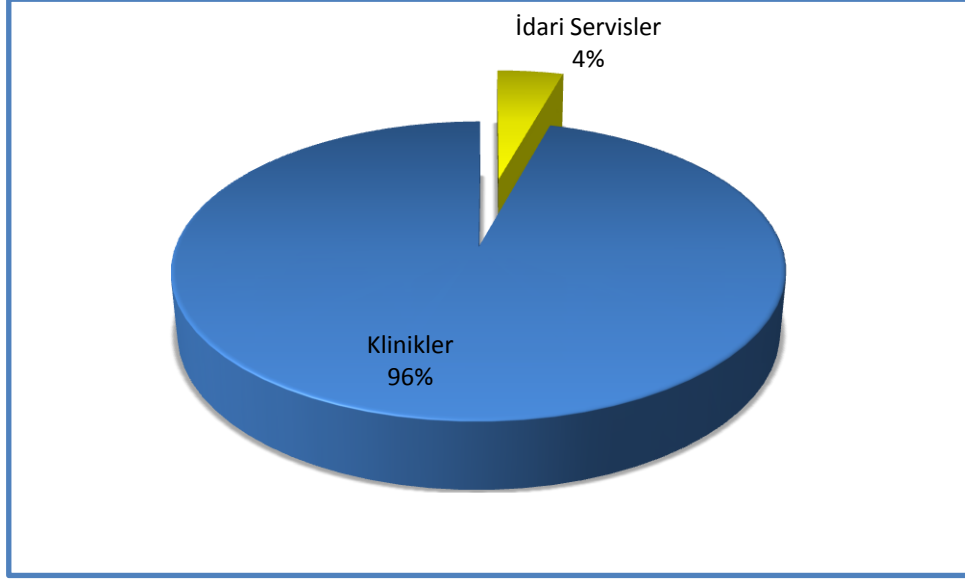
Araştırmaya katılan 280 kişiye ilişkin bulgular Tablo 1.'de görülmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %59.3'ü kadın, %40.7'si erkek, %27.5'i 31 ile 35 yaş aralığında, %26.8'i 36 ile 40 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılanların %79.3'ü evli, %20.5'i bekar, %50.4'ünün hemşire, %18.6 sağlık memuru, %25.'ü doktordur.

Tablo 3.Araştırmaya Katılan Kişilere Ait Özellikler (Demografik Özellikler.)

Özellikler	Sayı	Yüzde	Önemlilik testi
Yaş	Ortalama yaş: 37± 7		
Cinsiyet			
Kadın	166	59.3	X ² =9,6 Sd= 2 P=0,002
Erkek	114	40.7	
Medeni Durum			
Evli	222	79.3	X ² =96,057 Sd=2 P=0,000
Bekâr	58	20.5	
Eğitim Durumu			
Üniversite	203	72.5	X ² =211,936 Sd=2 P=0,000
Yüksek Lisans	68	24.3	
Doktora	9	3.2	
Kişinin Unvanı			
Sağlık Memuru	52	18.6	X ² =183,821 Sd=4 P=0,000
Hemşire	141	50.4	
Ebe	16	5.7	
Pratisyen Hekim	18	6.4	
Uzman Doktor	53	18.9	
Çalışma Süresi	Ortalama yıl: 4,9±5		
Çalışılan Birim			
Klinik birimler	201	28,2	X ² =53,15 Sd=2 P=0,000
İdari Birimler	79	71,8	
TOPLAM	280	100,0	

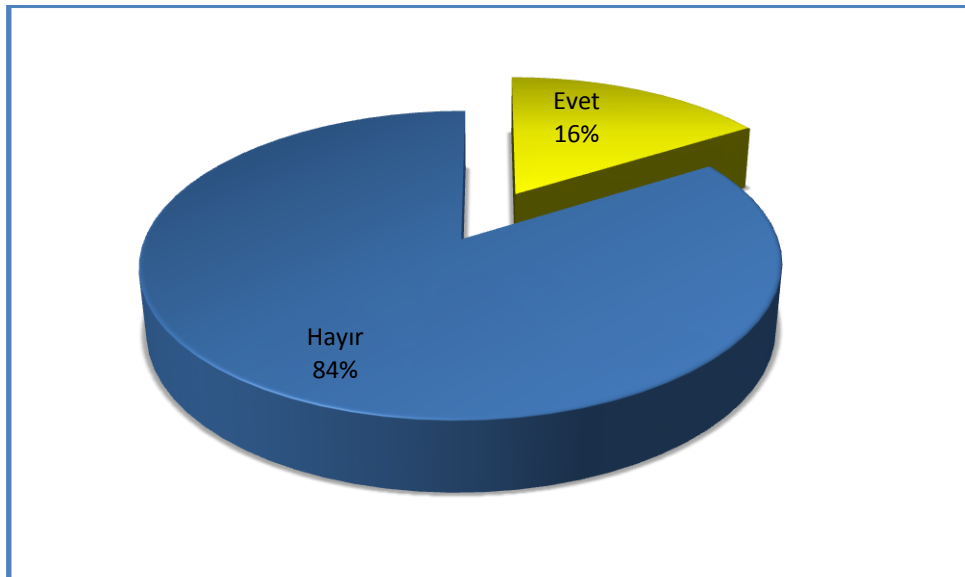
Şekil 3. ankete katılan kişilerin çalıştıkları bölümleri göstermektedir. Katılımcıların %96'sı kliniklerde, %4'ü ise idari servislerde çalışmaktadır.

Şekil 3. Çalışılan Servis



Kamu hastaneleri birliği uygulamaya geçtikten sonra katılımcıların görev yerinin değişikliğe uğramasına ilişkin sonuçlar Şekil 4.'de gösterilmektedir. Katılımcıların %84'ü görev yerinde değişiklik olmadığını belirtirken, %16'sı görev yerinin değiştiğini ifade etmektedir.

Şekil 4. Çalışma Yeri Değişikliği



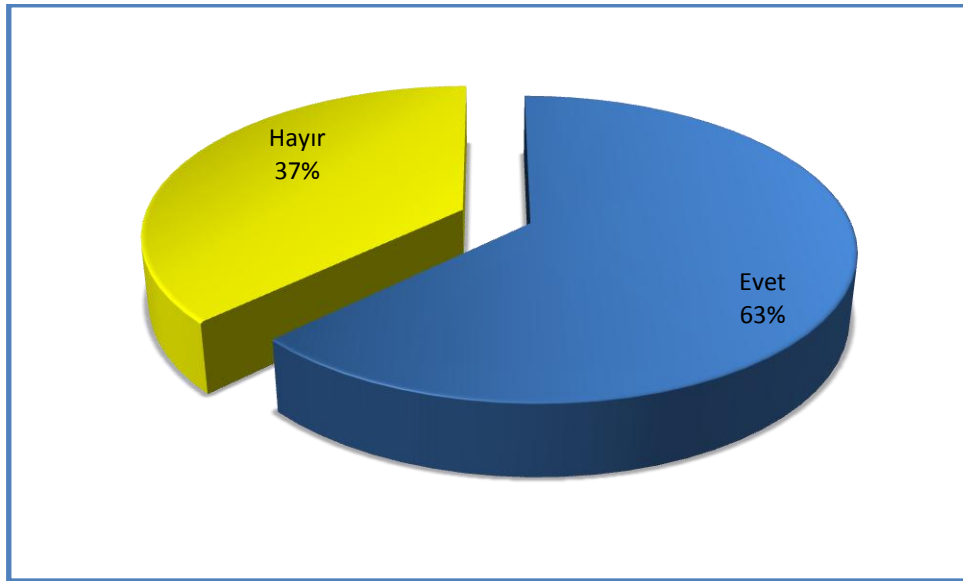
Tablo 4. Araştırmaya katılan kişilerin görev aldıkları birimdeki çalışma sürelerini göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların %72.5'i 5 yıl ve daha az, %16.4'ü 6 ile 10 yıl arasında, 54.3'ü 11 ile 15 yıl arasında ve %6.8'i 16 yıl ve daha fazla süredir çalışmaktadır.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kişilerin Buldukları Birimde Çalışma Süresi

<i>Gruplar</i>	<i>Frekans (n=280)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
5 yıl ve altı	203	72.5
6 – 10 yıl	46	16.4
11 – 15 yıl	12	4.3
16 yıl ve üzeri	19	6.8

Şekil 5.'de katılımcıların çalıştıkları birimi kendi istekleriyle seçip-seçmediğine ilişkin bulgular sunulmaktadır. Kişilerin %63'ü çalıştıkları birimi kendi istekleriyle seçtiğini belirtirken, %37'si kendi istekleriyle seçmediğini ifade etmektedir.

Şekil 5. Çalışılan Birimin Seçilmesi



Faktör Analizi

Tablo 3. Kamu Hastane Birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısına ait faktör analizi sonuçlarını, faktör yüklerine göre büyükten küçüğe doğru sıralanmış bir halde göstermektedir.

Araştırma sorularından oluşan ölçeğin alt boyutlarını tespit etmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Faktör yapısını belirlemek amacıyla, 280 kişinin ölçeğe verdiği tepkilerden elde edilen puanlara, temel bileşenler faktör analizi uygulanmıştır. Veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için, Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Bartlett küresellik testi uygulanmıştır. KMO değeri kabul edilebilir sınır olan 0.70'in üzerinde 0.91 olarak yüksek bir değer tespit edilmiş, Bartlett küresellik testi de 0,50'nin üzerinde olduğu ve 0,05 önem derecesinde anlamlı olduğundan veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur. Bulunan KMO katsayısı verilerin analize uygun olduğunu göstermektedir. Varyansı açıklama oranının 0.50 ve üzerinde olması ölçütü esas alınmıştır.

Temel bileşenler yöntemi ve Varimax döndürme yöntemi kullanılarak sorular analiz edilmiştir. Örneklem yeterliliği ölçüsü 0,50 değerinin altında kalan, faktör altında tek kalan, birbirine yakın faktör ağırlıkları olan ve faktör ağırlığı 0,50'nin altında olan “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler artmıştır.”, “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile yöneticilerin bazılarının tıp kökenli olmayanlardan oluşması sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir.”, “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır.” ve “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri hasta haklarına saygılı, toplumun sağlık ihtiyaçlarına, önceliklerine ve tercihlerine cevap veren birer kuruluş olmuştur.” ifadeler analizden çıkarılarak yapılan faktör analizinde özdeğerleri 1 ve üzerinde olan 3 faktör elde edilmiştir. Toplam açıklanan varyans %60.391 olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına Ait Faktör Analizi ve Ortaya Çıkan Faktör Yükleri

Faktörün Adı	Soru İfadesi	Faktör Ağırlıkları	Faktörün Açıklayıcılığı (%)
Faktör 1 (Yönetim Biçimine göre)	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında ve çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuş ve sağlık çalışanlarının mevcut statüleri daha elverişli hale gelmiştir.</i>	0.733	30.387
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır.</i>	0.725	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması sağlık hizmetlerinde eşitlik, adalet ve verimliliği sağlamıştır.</i>	0.713	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hastanelerde profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir.</i>	0.693	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır.</i>	0.667	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir.</i>	0.644	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile oluşturulan otelcilik hizmetleri müdürlüğü hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmıştır.</i>	0.620	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşmaktadırlar.</i>	0.598	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerindeliyakata önem verilmiştir.</i>	0.568	
Faktör 2 (Malzeme yönetimine göre)	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme sarfiyatının önüne geçilmiştir.</i>	0.771	17.260
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaşmıştır.</i>	0.686	
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastane kaynaklarının daha verimli kullanılması sağlanmaktadır.</i>	0.658	
Faktör 3 (Özelleştirme ile ilgili)	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline gelmiştir.</i>	0.816	12.744
	<i>Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır.</i>	0.774	
Toplam			60.391
Kaiser - Meyer – Olkin Ölçek Geçerliliği			0.913
Bartlett's Küresellik Testi		<i>Ki Kare</i>	1611.588
		<i>p değeri</i>	0.000

Güvenilirlik Analizi

Araştırma değişkenlerine ait tanımlayıcı değerlere, değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerine yönelik analizlere ve hipotez testlerine geçmeden önce; faktör analizi neticesinde gruplandırılma biçimleri kesinleşen sorular elde edilen sonuçlara göre birleştirilerek güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur. Tablo 6. ölçeklerin güvenilirlik analizinin sonuçlarını ortaya koymaktadır.

Tablo 6. Ölçeklere Ait Cronbach's Alpha Güvenilirlik Katsayıları

Ölçekler	Soru Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı
1. Faktör(yönetim biçimi)	9	0.891
2. Faktör(Malzeme yönetimi)	3	0.663
3. Faktör(özelleştirme ile ilgili)	2	0.601
Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı	14	0.844

Faktörlerin içsel tutarlılıklarının hesaplanmasında Cronbach Alpha değerleri kullanılmıştır. Güvenilirlik katsayılarının 0,60 ve 0,89 oldukları görülmektedir. Bu değerler literatürde öngörülen 0,60 alt limit kriterini sağlamaktadırlar.(24) (Cronbach, 1990; Sekaran, 2000; Punch, 2005). Dolayısıyla, Tablo 4. araştırmada kullanılan ölçeklerin içsel tutarlılığa sahip olduklarını ortaya koymaktadır.

Ölçeği Oluşturan İfadelere İlişkin Analiz Sonuçları

Verilerin derlenmesinde kullanılan ölçekteki ifadelerle ilgili hesaplanan temel tanımlayıcı bulgular Tablo 7.'te gösterilmektedir.

280 katılımcının, Kamu Hastane Birliklerinin lke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısına ilişkin değerleri incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip ifadenin 13. ifade olan; *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır.”* ifadesi olduğu görülmektedir. Bu ifadenin hemen ardından, *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline gelmiştir.”* ile ilgili 9. ifade, *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır.”* ifadesi olan 6. ifade gelmektedir. En düşük ortalamaya sahip ifadeler ise, *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında ve çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuş ve sağlık çalışanlarının mevcut statüleri daha elverişli hale gelmiştir.”* ifadesi olan 8. ifade, *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerindeliyakata önem verilmiştir.”* ifadesi olan 12. ifade ve *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hastanelerde profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir.”* ifadesi olan 2. ifade gelmektedir.

Tablo 7. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Betimsel Bulgular (N=280)

<i>İfadeler</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>
	<i>a</i>	
1. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir.	2.34	1.04
2. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hastanelerde profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir.	2.28	1.08
3. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır.	2.84	1.09
4. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastane kaynaklarının daha verimli kullanılması sağlanmaktadır.	2.79	1.02
5. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması sağlık hizmetlerinde eşitlik, adalet ve verimliliği sağlamıştır.	2.29	1.03
6. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır.	2.96	1.10
7. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşmaktadırlar.	2.68	1.09
8. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında ve çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuş ve sağlık çalışanlarının mevcut statüleri daha elverişli hale gelmiştir.	2.03	1.00
9. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline gelmiştir.	4.06	1.05
10. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme sarfiyatının önüne geçilmiştir.	2.83	1.08
11. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaşmıştır.	2.56	1.04
12. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerindeliyakata önem verilmiştir.	2.07	1.23
13. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır.	4.11	0.97
14. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile oluşturulan otelcilik hizmetleri müdürlüğü hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmıştır.	2.47	1.13

Tablo 8. Katılımcıların, Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Bulguları (N=280)

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir.	57	20.4	124	44.3	52	18.6	39	13.9	8	2.9
2. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hastanelerde profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir.	68	24.3	123	43.9	40	14.3	39	13.9	10	3.6
3. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır.	33	11.8	76	27.1	89	31.8	65	23.2	17	6.1
4. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastane kaynaklarının daha verimli kullanılması sağlanmaktadır.	27	9.6	90	32.1	87	31.1	65	23.2	11	3.9
5. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması sağlık hizmetlerinde eşitlik, adalet ve verimliliği sağlamıştır.	61	21.8	125	44.6	53	18.9	32	11.4	9	3.2
6. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır.	26	9.3	73	26.1	88	31.4	72	25.7	21	7.5
7. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşmaktadırlar.	36	12.9	101	36.1	73	26.1	54	19.3	16	5.7
8. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında ve çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuş ve sağlık çalışanlarının mevcut statüleri daha elverişli hale gelmiştir.	96	34.3	110	39.3	49	17.5	18	6.4	7	2.5
9. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline gelmiştir.	4	1.4	30	10.7	33	11.8	90	32.1	123	43.9
10. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme sarfiyatının önüne geçilmiştir.	35	12.5	72	25.7	90	32.1	69	24.6	14	5.0
11. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaşmıştır.	53	18.9	74	26.4	102	36.4	44	15.7	7	2.5
12. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerindeliyakata önem verilmiştir.	127	45.4	68	24.3	38	13.6	32	11.4	15	5.4
13. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır.	7	2.5	13	4.6	38	13.6	106	37.9	116	41.4
14. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile oluşturulan otelcilik hizmetleri müdürlüğü hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmıştır.	58	20.7	105	37.5	55	19.6	49	17.5	13	4.6

280 katılımcının, Kamu Hastane Birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısına ilişkin ifadelere verdikleri cevapların frekans ve yüzde dağılımlarını Tablo 8.'da gösterilmektedir. *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline gelmiştir.”* yargısına katılımcıların %43.9'u ve *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır.”* yargısına katılımcıların %41.4'ü kesinlikle katıldıklarını; *“Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerinde liyakata önem verilmiştir.”* yargısına katılımcıların %45.4'ü kesinlikle katılmadığını belirtmektedir.

Toplanan Verilerle İlgili Olarak Yapılan Fark Testleri

Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Görüşleri Arasında Farklılıkların Araştırılması

Sağlık çalışanlarının kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısına ait görüşler ile cinsiyet grupları arasındaki ilişki “Bağımsız Gruplar t Testi”ne göre analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 9.’de verilmektedir.

Tablo 9. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı - Cinsiyet (N=280)

İfadeler	Cinsiyet	N	\bar{X}	s.s.	F	T	P
1. Faktör(Yönetim Biçimi)	Erkek	114	2.23	0.69	13.99	-	0.000
	Kadın	166	2.58	0.83	2	3.822	
2. Faktör(Malzeme yönetimi)	Erkek	114	2.57	0.75	1.749	-	0.006
	Kadın	166	2.84	0.83		2.759	
3. Faktör(Özelleştirme)	Erkek	114	4.22	0.88	0.705	2.294	0.023
	Kadın	166	3.99	0.82			
Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı	Erkek	114	2.70	0.48	11.43	-	0.001
	Kadın	166	2.92	0.61	3	3.288	

Analiz sonuçları incelendiğinde, 1,2 ve 3. Faktör ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ile cinsiyet arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Görüşleri Arasında Farklılıkların Araştırılması

Sağlık çalışanlarının kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısına ait görüşler ile medeni durumları arasındaki ilişki “Bağımsız Gruplar t Testi”ne göre analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 10.’da verilmektedir.

Tablo 10. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Medeni Durum (N=280)

İfadeler	Medeni Durum	N	\bar{X}	s.s.	F	T	P
1. Faktör(Yönetim Biçimi)	Bekar	58	2.29	0.87	0.115	-1.618	0.107
	Evli	222	2.48	0.77			
2. Faktör(Malzeme yönetimi)	Bekar	58	2.63	0.84	0.043	-1.002	0.317
	Evli	222	2.75	0.80			
3. Faktör(Özelleştirme)	Bekar	58	4.11	0.76	0.246	0.245	0.807
	Evli	222	4.08	0.87			
Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı	Bekar	58	2.73	0.59	0.170	-1.523	0.129
	Evli	222	2.86	0.56			

Tablo 10’a göre, ölçeğe ait faktörler ile medeni durum arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Görüşleri Arasında Farklılıkların Araştırılması

Sağlık çalışanlarının kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısına ait görüşler ile yaş grupları arasındaki ilişki “*Tek Yönlü ANOVA Analizi*”ne göre analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 11.’de verilmektedir.

Tablo 11. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Yaş (N=280)

İfadeler	Yaş	N	\bar{X}	s.s.	F	T	p
1. Faktör(Yönetim Biçimi)	37 yaş ve altı	146	2.43	0.82	0.316	-0.333	0.739
	38 yaş ve üzeri	134	2.46	0.77			
2. Faktör(Malzeme yönetimi)	37 yaş ve altı	146	2.75	0.81	0.178	0.381	0.703
	38 yaş ve üzeri	134	2.71	0.81			
3. Faktör(Özelleştirme)	37 yaş ve altı	146	4.12	0.80	4.011	0.726	0.469
	38 yaş ve üzeri	134	4.04	0.90			
Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı	37 yaş ve altı	146	2.83	0.58	0.187	0.097	0.923
	38 yaş ve üzeri	134	2.82	0.56			

Tablo 11’deki sonuçlar incelendiğinde, ölçeğe ait faktörler ile yaş grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Görüşleri Arasında Farklılıkların Araştırılması

Sağlık çalışanlarının kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısına ait görüşler ile medeni durumları arasındaki ilişki “*Tek Yönlü ANOVA Analizi*”ne göre analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 12.’de verilmektedir.

Tablo 12. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Eğitim Düzeyi (N=280)

ANOVA Sonuçları									
İfade	Bölüm	N	\bar{x}	SH _x	Var. K.	K. T.	K. O.	F	P
1. Faktör(Yönetim Biçimi)	Üniversite	203	2.54	0.84	G. Arası	7.580	3.790	6.134	0.002
	Yüksek Lisans	68	2.16	0.54	Grup İçi	171.160	0.618		
	Doktora	9	2.27	0.95	Toplam	178.740			
	Toplam	280	2.44	0.80					
2. Faktör(Malzeme yönetimi)	Üniversite	203	2.76	0.84	G. Arası	1.975	0.988	1.493	0.226
	Yüksek Lisans	68	2.70	0.66	Grup İçi	183.225	0.661		
	Doktora	9	2.29	0.99	Toplam	185.200			
	Toplam	280	2.73	0.81					
3. Faktör (Özelleştirme)	Üniversite	203	3.92	0.88	G. Arası	23.1979	11.599	17.710	0.000
	Yüksek Lisans	68	4.59	0.48	Grup İçi	181.409	0.655		
	Doktora	9	3.88	0.89	Toplam	204.606			
	Toplam	280	4.08	0.85					
Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı	Üniversite	203	2.86	0.62	G. Arası	0.953	0.477	1.441	0.238
	Yüksek Lisans	68	2.76	0.36	Grup İçi	91.607	0.331		
	Doktora	9	2.61	0.65	Toplam	92.560			
	Toplam	280	2.83	0.57					

Analiz sonuçlarına göre, 1. ve 3. faktör ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmektedir ($p<0.05$). Ancak 2. Faktör ve kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ile eğitim düzeyleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcıların Çalıştığı Birime Göre Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Görüşleri Arasında Farklılıkların Araştırılması

Sağlık çalışanlarının kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısına ait görüşler ile çalışılan birim arasındaki ilişki “Bağımsız Gruplar t Testi”ne göre analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 13.’de verilmektedir.

Tablo 13. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Çalışılan Birim (N=280)

İfadeler	Çalışılan Birim	N	\bar{X}	s.s.	F	T	p
1. Faktör(Yönetim Biçimi)	İdari Servis	79	2.41	0.75	0.258	-0.407	0.684
	Klinik	201	2.45	0.81			
2. Faktör(malzeme yönetimi)	İdari Servis	79	2.77	0.80	0.207	0.499	0.618
	Klinik	201	2.71	0.81			
3. Faktör(Özelleştirme)	İdari Servis	79	4.16	0.83	0.438	0.944	0.346
	Klinik	201	4.05	0.86			
Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı	İdari Servis	79	2.84	0.54	0.121	0.130	0.896
	Klinik	201	2.83	0.59			

Tablo 13.’e göre, ölçeğe ait faktörler ile çalışılan birim arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcıların Çalıştığı Süreye Göre Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısına İlişkin Görüşleri Arasında Farklılıkların Araştırılması.

Sağlık çalışanlarının kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısına ait görüşler ile çalışılan süre arasındaki ilişki “Tek Yönlü ANOVA Analizi”ne göre analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 14.’de verilmektedir.

Tablo 14. Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı – Çalışılan Süre (N=280)

ANOVA Sonuçları									
İfade	Süre	N	\bar{X}	SH_x	Var. K.	K. T.	K. O.	F	P
1. Faktör(Yönetim Biçimi)	5 yıl ve altı	203	2.39	0.79	G. Arası	4.943	1.648	2.617	0.051
	6-10 yıl	46	2.54	0.78	Grup İçi	173.797	0.630		
	11-15 yıl	12	2.27	0.56	Toplam	178.740			
	16 yıl ve üzeri	19	2.88	0.86					
Toplam		280	2.44	0.80					
2. Faktör(Malzeme yönetimi)	5 yıl ve altı	203	2.69	0.85	G. Arası	2.561	0.854	1.290	0.278
	6-10 yıl	46	2.81	0.68	Grup İçi	182.639	0.662		
	11-15 yıl	12	2.58	0.53	Toplam	185.200			
	16 yıl ve üzeri	19	3.03	0.80					
Toplam		280	2.73	0.81					
3. Faktör(Özelleştirme)	5 yıl ve altı	203	4.13	0.78	G. Arası	6.365	2.122	2.954	0.033
	6-10 yıl	46	4.01	1.04	Grup İçi	198.241	0.718		
	11-15 yıl	12	4.41	0.66	Toplam	204.606			
	16 yıl ve üzeri	19	3.60	1.03					
Toplam		280	4.08	0.85					
Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı	5 yıl ve altı	203	2.80	0.57	G. Arası	1.281	0.427	1.291	0.278
	6-10 yıl	46	2.88	0.57	Grup İçi	91.279	0.331		
	11-15 yıl	12	2.77	0.36	Toplam	92.560			
	16 yıl ve üzeri	19	3.05	0.69					
Toplam		280	2.83	0.57					

Analiz sonuçlarına göre, 3. faktör ile çalışılan süre arasında anlamlı bir farklılık saptanmaktadır ($p < 0.05$). Ancak ölçeğe ait diğer faktörler ve kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ile çalışılan süre arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

7.TARTIŞMA

Bu çalışmayla elde edilen bilgiler, araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışma olduğundan kendi içinde yorumlanacaktır. Elde edilen bulgulardaki yorumlar araştırmacının konu üzerindeki hakimiyeti çerçevesinde değerlendirilecektir.

Araştırma konusu ülkemizdeki yeni uygulamayı gösterdiğinden, uygulamanın çok uzun bir geçmişi bulunmadığından karşılaştırmaya yarayacak farklı çalışmalar bulunmamaktadır.

Yapılan analizler sonucunda ulaşılan bulgular mevcut literatür çerçevesinde tartışılacaktır. Böylece bu çalışmada sağlık çalışanlarının Kamu Hastane Birlikleri uygulamasının yönetim biçimi (1. Faktör), Malzeme yönetimi (2. faktör), Özelleştirme (3. Faktör) bakımından ülke sağlık politikalarına katkıları hakkındaki görüşlerinin; cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yaş gruplarına, eğitim durumlarına, çalıştıkları birime ve çalışma sürelerine göre karşılaştırılmasından elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %59.3'ü kadın, %79.3'ü evli, %50.4'ü hemşire, % 25.3'ü doktordur. Kamu hastaneler birliği uygulamaya geçtikten sonra katılımcıların % 84'ü görev yerinde değişiklik olmadığını ifade etmektedir.

Araştırmaya katılanların Eğitim Düzeyine baktığımızda %72.5' i Üniversite mezunu, % 24.3'ü Yüksek Lisans mezunu, %3.2'si doktora mezunudur.

Analiz sonuçları incelendiğinde, 1. Faktör (Yönetim biçimi), 2. Faktör (Malzeme yönetimi) 3. Faktör (özelleştirme) ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır. ($p < 0.05$). Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ile cinsiyet arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). KHB uygulamasının hastanelerin yönetim biçimi, özelleştirme açısından ve malzeme yönetimi üzerindeki genel etkisi değerlendirildiğinde, bayan ve erkek sağlık çalışanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklı düşündükleri tespit edilmiştir ($p = 0,001$). Tablo:9

Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ve ölçeğe ait faktörler ile medeni durum arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). KHB uygulamasının yönetim biçimi, özelleştirme açısından ve malzeme yönetimi üzerindeki genel etkisi değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının medeni durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklı düşünmedikleri tespit edilmiştir ($p = 0,129$). Tablo:10

Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ve ölçeğe ait faktörler ile yaş grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). KHB uygulamasının yönetim biçimi, özelleştirme açısından ve malzeme yönetimi üzerindeki genel etkisi değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklı düşünmedikleri tespit edilmiştir ($p=0,748$). Tablo:11

Analiz sonuçlarına göre, KHB uygulamasının yönetim biçimi, ve özelleştirme açısından genel etkisi değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmektedir ($p<0.05$). Ancak malzeme yönetimi ve kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ile sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,238$).Tablo:12

Gruplar arasında eşitlik sağlanmakla birlikte çalışma grubuna katılanların lisans eğitimi sonrası yüksek lisans ve doktora yapmalarıyla ilgili olarak faktörel analizler dikkate alındığında Yönetim Biçimi ve Özelleştirme biçimiyle ilgili faktörlerde her ne kadar istatiksiksel bir anlam bulursa da bu anlamın grupların farklı dağılımına da bağlı olabileceği düşünölmelidir.

Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ve ölçeğe ait faktörler ile çalışılan birim arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,896$).Tablo:13

Analiz sonuçlarına göre, KHB uygulamasının özelleştirme açısından genel etkisi değerlendirildiğinde çalışılan süre arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmektedir. ($p=0,033$). Ancak ölçeğe ait diğer faktörler olan malzeme yönetimi, yönetim biçimi açısından kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirleyen ölçek ile çalışılan süre arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.278$).Tablo:14

280 katılımcının, Kamu Hastane Birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısına ilişkin değerleri incelendiğinde “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline gelmiştir.” yargısına katılımcıların %43.9’u ve “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır.” yargısına katılımcıların %41.4’ü kesinlikle katıldıklarını; bildirmiştir.2. ifade olan ‘Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hastanelerde profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir’ ifadesine çalışanların büyük bir çoğunluğu olumsuz görüş bildirmiştir.

8. ifade olan ‘Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında ve çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuş ve sağlık çalışanlarının mevcut statüleri daha elverişli hale gelmiştir’ ifadesine de çalışanların büyük çoğunluğu olumsuz görüş bildirmektedir. Sağlık çalışanları Kamu Hastane Birlikleri uygulamasının sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği konusunda olumlu etkilerinin olduğunu düşünmektedir. Hizmetlerin kolay ve erişilebilirliği açısından beklentiler olumlu yöndedir. Genel kamu vatandaşların sağlık hizmetlerine erişilebilirliğinin artacağı yönündedir.

Getirilen eleştirilerin başında Kamu hastane birlikleri uygulamasının ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacağı ve kamu hastanelerinin kar amacı güden işletmeler haline geleceği yönündedir. Sağlık çalışanları Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerin özelleştirileceğine inanmaktadır. Kamu hastane birlikleri tasarısı üzerine akademisyenler tarafından yapılan eleştirilerde bunu desteklemekte ve örtüşmektedir.

İlgar’ın 2010 yılında yaptığı bir Yüksek Lisans çalışmasında ‘Bakanlık tasarısı ile hastanelerin özerk bir yapıya bürüneceğini iddia etmekte’. Gerek katılımcılar, gerekse meslek odaları, sendikalar ve sağlık çalışanları bunun özerkleştirme adı altında bir özelleştirme olduğunu iddia etmekte. Sağlık özelleştirilmesinin ise sosyal devlet anlayışına ters bir uygulama olacağını altı çizilmektedir. Katılımcılar “özelleştirme toplumda geri dönüşü zor problemler oluşturabilir” diyerek hassasiyetlerini dile getirirken çoğunluk “özelleştirme sağlık tröstleri oluşturacağından son derece sakıncalıdır” görüşünü dile getirerek oluşacak olan tehlikeye dikkat çekmekte. Buradaki en büyük endişe özerkleştirmenin bir özelleştirme furçasına dönüşmesi sonucu sağlığın tamamen kamu hizmeti dışına çıkacak olmasıdır.(20)

Ataay’ın ‘Hastane Birlikleri Sorunu’ isimli makalesinde tasarının ortaya koyduğu model ile bu modeli meşrulaştırmak üzere ortaya atılan argümanlar arasında önemli çelişkiler bulunduğu görülmektedir. İlk olarak, tasarının getirdiği en önemli yenilik kamu sağlık kuruluşlarını "sağlık işletmesi"ne dönüştürmek olurken, "amacın kâr olmadığını" ileri sürmek inandırıcı olamamaktadır. Zira, "sağlık işletmesi" terimi gerçekte "kâr amaçlı olarak sağlık hizmeti veren kuruluş" anlamına gelmektedir. Dolayısı ile, "kamu hizmeti üreten kamu idaresi" statüsünün kaldırılarak "sağlık işletmesi" modeline geçilmesi, gerçek amacın kâr olduğunu göstermektedir.(21)

Ersöz’ün (2010) yüksek lisans tez çalışmasına göre sağlık sektörünün reformeedilmesinin sebebi maliyet artışları olmasına rağmen, reformlar maliyet artışlarını engelleyememiş, bunun yanında da sağlık sektörü özelleştikçe/özerkleştikçe daha sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkıda bulunmamaktadır. Sağlıkta dönüşüm kapsamında birçok ülkede uygulanmakta olan aile hekimliği sistemi sürekli artan sağlık giderlerini kontrol etmek için

kontrol unsuru olarak sisteme entegre edilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri ile işletmecilik yönünde bir adım daha atılarak özerk hastane işletmelerinin oluşturulması, kamu-özel sektör ortaklığı ile yarı-özel sağlık tesislerinin tesisi ile ulusal ve uluslararası sermayenin sektöre girişi kolaylaştırılmıştır.(16)

Her bireyin mümkün olan en yüksek standartlarda sağlık hizmetinden yararlanabilmesi temel insan haklarından ve sosyal devlet anlayışının asli unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir. İnsanların faydalandığı ve devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetine yalnızca şirket mantığı çerçevesinde yaklaşmak Anayasanın Sosyal Devlet ilkesini ihmal etmek olacaktır. Bu nedenle bireylerin sağlığı yerine Hastane Birliklerinin maddi çıkarlarını düşünmek özelleştirme tezini kuvvetlendirecektir.(22)

Şahin“ in 2010 yaptığı çalışmada da kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmetleri sunumunun ve yönetiminin nasıl olması gerektiği ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan Kamu Hastaneleri Birliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın etkileri hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarmak, karşılaştırmak ve bu konudaki önerileri tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık yöneticileri, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan tasarının hastane yönetimi üzerine olumlu etkilerini hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması olarak belirtmişlerdir. Sağlık yöneticileri, tasarının hastane yönetimi üzerindeki olumsuz etkilerini ise, sağlığın ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması sonucu kadrolaşma 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 etmişlerdir.(17)

KÜÇÜK'ün 2011 yılındaki 'Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Kuruluşu yöneticilerinin ve Sağlık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastane Birliklerine İlişkin Görüş ve Önerileri'' konu başlıklı tez çalışmasına göre Sağlık yöneticileri, KHB uygulamasının meslek örgütlerinin, üniversitelerin ve ilgili tüm tarafların görüşü ve eleştirileri dikkate alınarak yeniden düzenlenmesi (ort:2,1 ±0,9) konusunda olumlu düşünmektedirler. Sağlık yöneticileri, hasta memnuniyetinin artacağını (ort:3,5 ±1,1), sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşacağını (ort:3,3 ±1,1), hasta haklarına saygılı sağlık ihtiyaç ve önceliklerine duyarlı bir anlayış geliştireceğini (ort:3,3 ±1,0) düşünmemektedir. Sağlık yöneticileri, KHB uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden ve toplum sağlığını tehdit eden işletmeler haline (ort:2,7 ±1,1) geleceğini

düşünmektedir. Dolayısı ile sağlık yöneticileri, KHB uygulamasının toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin (ort:3,1 ±0,7) olduğunu düşünmektedirler.(18)

Yapılan eleştirilerden bir diğeri de Kamu Hastane Birlikleri yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerinde liyakata önem verilmeyişidir. Yönetici seçimindeki atama kriterleriyle ilgili “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerinde liyakata önem verilmiştir.” yargısına 280 sağlık çalışanı katılımcısının % 45.4’ü kesinlikle katılmadığını belirtmektedir.

HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma 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 şartı aranmaması da çok yanlış bir uygulama olmuştur. Bu durum, hastanelerin artık bir işletme gözü ile görüldüğünü göstermektedir. Sağlık sektörü dışından bir kişinin hastaneyi işletme mantığı ile yönetebileceği bir sistemin kurgulanması doğru değildir İfadesi ile örtüşmektedir.(19)

Birliklerin yönetiminde yer alacak sağlık yöneticilerinin belirlenmesinde, yönetici adaylarının taşınması gereken kriterler itibari ile ölçülebilir açık ve net olmalı, kariyer ve liyakata uygun, ideolojik faktörler bir tarafa bırakılarak, merkezi sınav sistemi içerisinde gerekirse ÖSYM tarafından objektif kriterler göz önünde tutularak bir seçim yapılmalıdır.(18)

Bağırman’ın (2007) ‘Türkiye’de sağlık örgütlenmesinde değişim’ konulu yüksek lisans tez çalışmasına göre sağlık hizmetlerinin tek elden ve Sağlık Bakanlığınca yönetilmesi koordinasyon sorunlarını ortadan kaldıracaktır. Demokratik bir yönetim olmalı ve yerel yönetimlere gerekli yetki devri yapılabilmelidir. 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 aşamalarında, hizmetleri alacak kişilerle ilişki kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esastır. Yöneticilerin nitelikli ve eğitilmiş olmaları ve liyakat özelliğine göre yükselmeleri, görev yapmaları gereklidir. Personelin görev tanımları, performans kriterleri net olarak çıkartılıp, eğitim ve denetimleri süreklilik arz etmelidir.(15)

Çalışmada En düşük ortalamaya sahip ifadelerden biri de %2.5 ile , “Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında ve çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuş ve sağlık çalışanlarının mevcut statüleri daha elverişli hale gelmiştir.” İfadesidir. Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması ile sağlık çalışanlarının iş yükleri artmış çalışma koşulları ağırlaşmıştır.

Son düzenlemelerle sağlık personelinin sözleşmeli olarak çalıştırılması yaygınlaştırılmaktadır. Sözleşmeli uygulama “ekip” anlayışını ve sağlık ekibinin en önemli gücü olan dayanışmayı zedelemektedir. Sağlık personelinin çalışma koşulları son yıllardaki performans uygulamalarıyla oldukça zorlaşmıştır. Yeni düzenlemeler bu zorlukları daha da artıracaktır. Özellikle hastane birliklerine bağlı sağlık personelinin iş yükü artacak, iş güvencesi olmadan çalıştırma nedeniyle iş doyumunu azalacaktır.(19)

SONUÇLAR

Kamu Hastane Birliği Uygulaması ÷lkemizde henüz yeni bir uygulamadır. Sağlık göstergelerle değerlendirilmesi gereken bir sistemdir. Çalışanların yeni yapılanmayla ilgili algıları dikkate alındığında çok olumlu düşünmedikleri hala endişeleri olduğu Kamu Sağlık Hizmetlerinin özel ve maliyetli yerler olacağı endişesi taşıdığı gör÷lmektedir.

Günümüzde yapılan benzer araştırmalarda da bu kaygılarla aynı paralellikte olması dikkat çekicidir.

Ancak iyi bir sağlık yönetimiyle toplumdaki kişilerin sağlık hakları konusunda özellikle de Temel Sağlık Hizmetlerinin verilmesinde sağlık çalışanlarına büyük rol düşmektedir.

Endişe içerisinde bulunan bu sağlık çalışanları idarenin çok doğru yönlendirmesi olsa da sonuçlarına aynı sinerjiyi katamayacağını düşünmektedir.

Bu nedenle sağlık çalışanlarının öncelikle sağlık işletmeciliği ve sağlık yönetimi konularında öncelikle algılarından öte temel bilgilere sahip olması gerektiği, endişeleri ortadan kaldırarak ortak dilin oluşması gerektiği bu endişeler kalkıp ortak dil kurulduktan sonra Kamu Hastane Birliği'nin çalışmalarını ölçecek indikatörler geliştirilerek(Poliklinik hizmetleri sayısı, yatak doluluk oranı, hastane kalış süreleri, maliyetlerin azaltılması, doğru ilaç kullanımı, doğru personel rejimi vb.) sonrasında toplumun genel sağlık gelişimini gösteren ölçütlere (Bebek ölüm hızı, Kaba doğum hızı, Anne ölüm hızı, Mortalite ve morbitide oranları, hastalıkların sınıflandırılması vb.) arasında analizler yapması daha etkin olabilecektir.

Sonuçta çalışma göstermektedir ki mevcut insan gücünün her türlü yeni yapılanmada hizmetin sunum biçimine endişe ve kaygıyla yaklaşmaktadır.

ÖNERİLER

- Sağlık Personeline yönelikeğitimler yapılmalı.
- İndikatörler geliştirilmeli.
- Birim dışı meslek eğitimleri yapılmalı.
- Birliklerin yönetiminde görev alacak yöneticilerin belirlenmesinde, yönetici adaylarının taşınması gereken kriterler itibari ile ölçülebilir açık ve net olmalı, kariyer ve liyakata uygun, ideolojik faktörler bir tarafa bırakılarak, merkezi sınav sistemi içerisinde gerekirse ÖSYM tarafından objektif kriterler göz önünde tutularak bir seçim yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pala, Kayıhan. "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?." *Whatkind of a health reform forTurkey* (2007).
2. SurHaydar (Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi <http://www.merih.net/m1/whaysur12htm> Erişim tarihi Aralık 2013
3. Gümüş B.(Üniversite Hastaneleri ve Döner Sermaye sistemlerinin İşleyişi: Sorunlar ve Çözüm önerileri Tez Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek Lisans Tezi Isparta 2006)
4. Yavuz N. ‘Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve karşılaştırılması’ Y. Lisans. bitirme projesi Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Isparta 2011
5. Akdur Recep. Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiyenin Birliğe Uyumu s.18 2.Baskı Ankara 2006
6. Akdur Recep Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslaması .Ankara 1999.)
7. Akdur Recep (AB –Türkiye Kıyaslaması s.11 Ankara 2005)
8. SargutanErdal Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Türkiye Sağlık Sistemi 2006
9. A. Güzel; A. R. Okur; N. Caniklioğlu; Sosyal Güvenlik Hukuku; 2009; s: 32
10. Er Ünal ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı, ‘Genel Sağlık Sigortası’Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Ankara 2011
11. (Akdağ Recep Türkiye Sağlıkta. Dönüşüm Programı. Ağustos Ankara 2008. İlerleme Raporu
12. [Sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar\(sağlıkta dönüşüm programı uygulamaları\)](http://Sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar(sağlıkta dönüşüm programı uygulamaları))Erişim Tarihi :Aralık 2013
13. Resmi Gazete 2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı - Mükerrer(Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı KHK)
14. www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html
15. Bağırhan, T. “Türkiye” de sağlık örgütlenmesinde değişim” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007
16. Ersöz, D. “Değişen devlet dönüşen sağlık: kamu işletmeciliği ve politika transferi bağlamında sağlıkta dönüşüm programı” Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2010

17. Şahin, S. “Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve ülkemizdeki gelişmelere yönelik bir araştırma” İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
18. Küçük Y.S. ‘ Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Yöneticileri ve Sağlık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastane Birliklerine İlişkin Görüş ve Önerileri’ Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ankara 2012
19. Hasuder. (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, 663 Sayılı KHK Hakkında Rapor (Kasım 2011)
20. İlgar F. ‘Kamu Hastane Birlikleri Modelinin Sağlık Hizmetlerine Etkilerinin Değerlendirilmesi’ Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Projesi İstanbul 2010
21. Ataay - - - - -
Erişim Tarihi; Aralık 2013
22. Erdem, Ramazan; Yıldızlı, Ümit Kemal. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun Tasarısı Üzerine Değerlendirmeler. Sosyal Güvenlik Dünyası, 52.
23. <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php> Erişim Tarihi 3 Mayıs 2014
24. Cronbach, LJ. Essentials of Psychological Testing. Fifth Ed., New York: HarperCollins.(1990)
25. Sekaran, U. Research Methods for Business: A Skill - Building Approach. Third Ed., New York: John Wiley & Sons, Inc(2000).
26. Punch, K. Introduction to Social Research - Quantitative and Qualitative Approach. Second Ed., Sage Publications Inc., California.(2005)



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

Sayı : 85163007/774-297 / 6149
Konu : Anket Çalışması

22/04/2013

SAYIN İSMAİL FİLİZ

Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Bitirme tezi olarak "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkılarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algısı" konulu anket çalışmasının yapılabilmesi için Genel Sekreterlik Makamınca alınan 22.04.2013 tarih ve 6116 sayılı onay örneği yazımız ekindedir. Bilgilerinize rica ederim.


Halil KAVAK
İdari Hizmetler Başkanı

Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kasaplar Mah. Vasıfçınar Cad. Atatürk Devlet Hastanesi Ek Hizmet Binası 10100 BALIKESİR
Eğitim Koordinatörlüğü
Tel: 0 266 245 95 95 - 1126
E-posta: egitim@balikesirkhb.gov.tr

Faks: 0 266 241 22 26



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

Sayı : 85163007/774 - 295 / 6116
Konu : Anket Çalışması

22.04.2013

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi İsmail FİLİZ “Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkılarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algısı” konulu bitirme tezi anketini Balıkesir Devlet Hastanesinde uygulamak istemektedir. Söz konusu çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına dayanması, yapılacak çalışmanın sonucunun bir suretinin genel sekreterliğimize gönderilmesi ve kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygun görülmesini olurlarımıza arz ederim.


Halil KAVAK
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
...../...../2013

Dr.Hasan YILMAZ
Genel Sekreter

Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kasaplar Mah. Vasıfçınar Cad. Atatürk Devlet Hastanesi Ek Hizmet Binası 10100 BALIKESİR
Eğitim Koordinatörlüğü
Tel: 0 266 245 95 - 1126
E-posta: egitim@balikesirkhb.gov.tr

Faks: 0 266 241 22 26

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Kamu Hastane Birliklerinin ÷lke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısını ölçme amaçlı olarak yapılan yüksek lisans tezime katkı verdiğiniz için teşekkür ederim.

Yanıtlarınız bilimsel amaçlı kullanılacağından kişisel verileriniz ve kimliğiniz belli edilmeyecektir.

Verdiğiniz her içten samimi ve gerçekçi cevap yapılan araştırmayı çok verimli kılacaktır.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkürler....

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız:

.....

2-Cinsiyetiniz?

- 1.Bay
 2.Bayan

3-Medeni Durumunuz?

- 1.Bekar
 2.Evli
 3.Boşanmış/ayrı
 4.Dul

4-Eğitim Durumunuz

- 1.Lise
 2.Üniversite3.Yüksek lisans
 4.Doktora

5-Hangi serviste çalışıyorsunuz?

.....

6-Çalıştığınız kurumdaki unvanınız/ pozisyonunuz nedir?

.....

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

- 1.Evet () 2.Hayır()

8-Ne zamandanberibubirimdeçalışıyorsunuz?

.....

9-Çalıştığınız birimikendiisteğinizlemiseçtiniz?

1. Evet() 2. Hayır()

Aşağıda Kamu Hastaneler Birlikleri Uygulaması ile ilgili bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen bu ifadelere ne kadar katıldığınızı belirten cevabı 5'li skala üzerinde işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir.	1	2	3	4	5
2	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hastanelerde profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir.					
3	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır.					
4	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastane kaynaklarının daha verimli kullanılması sağlanmaktadır.					
5	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması sağlık hizmetlerinde eşitlik, adalet ve verimliliği sağlamıştır.					
6	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır.					
7	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşmaktadırlar.					
8	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında ve çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuş ve sağlık çalışanlarının mevcut statüleri daha elverişli hale gelmiştir.					
9	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline gelmiştir.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
10	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme sarfiyatının önüne geçilmiştir					
11	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler artmıştır.					
12	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaşmıştır.					
13	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastane yöneticilerinin seçimindeki atama kriterlerinde liyakata önem verilmiştir					
14	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile yöneticilerin bazılarının tıp kökenli olmayanlardan oluşması sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir.					
15	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, ileride sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine imkan sağlayacaktır.					
16	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır.					
17	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile oluşturulan otelcilik hizmetleri müdürlüğü hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmıştır.					
18	Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile kamu hastaneleri hasta haklarına saygılı, toplumun sağlık ihtiyaçlarına, önceliklerine ve tercihlerine cevap veren birer kuruluş olmuştur.					