

KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN ÜLKE SAĞLIK POLİTİKALARINA KATKISINI BELİRLEMEDE SAĞLIK PERSONELİNİN ALGISI [SİVAS İLİ ÖRNEĞİ]

Mustafa FİLİZ¹
Naim KARAGÖZ²

Özet

Bu çalışma Kamu Hastaneler Birliği (KHB) sisteminin ülke sağlık politikalarına ne düzeyde olumlu veya olumsuz etki yaptığına yönelik sağlık çalışanlarının görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 1250 sağlık çalışanı oluşturmuş olup araştırmaya 300 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23. istatistik programında analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; KHB sistemi ile hasta memnuniyetinin ve bilgiyi elde etme imkânlarının arttığı ancak hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline geldiği görülmüştür. KHB sistemine geçildikten sonra çalışacağı birimi kendi isteği ile seçenlerin, birimini kendi isteği ile seçmeyenlere göre, eğitim düzeyi açısından lisans-lisansüstü mezunlarının, lise mezunlarına göre ve meslek grupları açısından doktorların diğer sağlık çalışanlarına göre daha olumlu düşündükleri görülmüştür. Yaş grupları arasında, KHB sistemine geçildikten sonra yeri değişen ve değişmeyen çalışanlar arasında, sisteminden öncesinden beri çalışanlar ile sonrasında çalışanlar arasında önemli bir farklılık görülmemiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık politikaları, Kamu Hastaneler birliği, Sağlık personeli

Perception Of Health Personnel Hospital Association For Determination Of Contribution To Public Health Policy Country (Sivas Example)

Abstract

The aim of this study was to determine the opinions of health workers about the positive or negative effects of the Public Hospitals Association (KHB) system on the health policies of

¹ Öğr.Gör.Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü. Artvin,TÜRKİYE. mustafa2108@artvin.edu.tr Orcid: 0000-0002-7445-5361

² Dr.Öğr.Üyesi.Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas, TÜRKİYE. naimkaragoz66@gmail.com Orcid: 0000-0002-6456-1128

***Bu çalışma 494055 tez numaralı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

the country. The population of the study consisted of 1250 health care workers and 300 health care workers were included in the study. A questionnaire was used as a data collection tool. The data were analyzed in SPSS 23 statistic program. According to the results obtained; Patient satisfaction and information possibilities have increased with the PHA system, but it has been seen that the hospitals become profit-oriented institutions. It has been seen that those who choose the unit they want to study after their transfer to the PHA system, according to the ones who did not voluntarily choose the unit and the level of education, the graduates of undergraduate and graduate students seemed more positive than the other health workers of the doctors in terms of high school graduates and profession groups. Among the age groups, there was no significant difference between workers who had been displaced and unchanged since the transition to the PHA system, those who have been working since the system and those who have not.

Keywords: Health Politics, Public Hospitals Association, Health Personnel

GİRİŞ

Yirmi birinci yüzyılda ülkelerin katılımcılığa önem veren, daha planlı ve temel öncelikleri olan, sorumluluk alabilen ve sonuçlara katlanabilen, daha etkin ve özellikle günümüzde etkisi artan özel sektör ile ortaklaşa çalışabilen bir idare anlayışı benimsedikleri görülmektedir (Yılmaz, 2007:217). Devletin esas görevlerinden biri de halkın gereksinim duyduğu sağlık bakım hizmetlerini ekonomiklik, verimlilik ve etkililik ilkelerine uygun bir şekilde sunmaktır (Küçük ve Şahin 2015:106). Bu görevi yerine getirmede en önemli rol hastanelere düşmektedir. Hastaneler ülkelerin sağlık giderlerinin en büyük ayağını oluşturduklarından dolayı sağlık alanında yapılan reformların önemli bir kısmı hastaneler üzerinde gerçekleştirilmektedir (Top ve Şahin, 2004:89).

Hastane reform faaliyetleri gerçekleştirilirken kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi yöntemi yaygındır. Bu yöntemde temel amaç, sağlık yöneticilerin kamu sektörünün kaynak dağıtımında daha sorumlu ve etkili olmasıdır. Kamu hastanelerinin daha etkili olması için kamu hastanelerinin yönetim anlayışlarının esnekliğe sahip olması, yöneticilerin sorumluluklarının yetkilerine paralel olarak genişletilmesi, merkezi hükümetin hastaneler üzerindeki aşırı müdahaleci ve denetleyici tavrından vazgeçmesi ve hastanelerin yönetiminde topluma da söz hakkı verilmesi gibi uygulamaları gerektirmektedir (Harding ve Preker, 2003:35). Bundan dolayı hastane özzerkliği, hastanelerde merkezi müdahalenin azalması ve yönetimin merkezi

yapıdan yerele kayması olarak ifade edilebilir. Birçok ülkede özerkleştirmeden elde edilen tecrübeler sayesinde, KHB sistemi de benzer sonuçlar doğuracağı öngörülmektedir (Küçük ve Şahin, 2015:107).

Hastane özerkliği, sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, etkililik ve verimliliğin sağlanması için sağlık sistemi ile ilgili reformların temel bileşeni olarak görülmektedir (Evelyn, 2004:158). Gelişmiş ve gelişmekte olan çoğu ülkede kamuya bağlı hastanelerin kaynak kullanımında yeteri kadar etkin olmadığı ve bu yüzden acilen önemli değişimlere ihtiyaç duyulduğu savunulmaktadır (Küçük ve Şahin, 2015:109)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkili, ulaşılabilir, verimli ve kaliteli olarak sunulması için dönem dönem köklü değişimler gerçekleşmiştir. 1961 yılında “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile 1987 yılında 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile gerçekleştirilen değişimler, sağlık alanında yapılmış önemli reform çalışmalarındandır. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ise Türkiye’de sağlık sisteminin kökleşen problemlerini çözmek, hasta ve sağlık personeli memnuniyetini artırmak ve uzun süreli mali sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla sağlık sistemini daha etkili ve kaliteli bir hale getirmek için uygulanan reformlardandır (OECD ve IBRD, 2008).

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının yapılanmalarında önemli değişimler yaşanmıştır. Buna göre; Bakanlık yapı ve amaçlarına paralel olarak, sağlık kurumlarının hizmete açılması, faaliyetlerinin takip edilmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu kurumlarda sunulan, her tip koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yerine getirmek üzere, bakanlığa bağlı KHB kurumu kurulmuştur (Resmi Gazete, 2011). Sağlık tarafları içinde yer alan sağlık personeli, sistemi algılaması, ayak uydurması ve her şeyden önce kabullenmesi büyük önem arz etmektedir. Bütün sağlık sistemlerinde sağlık personelinin motive olması ve kaliteli hizmet sunması istenilen bir durumdur (Filiz, 2017:Filiz ve Bardakçı, 2020:437). Bu çalışmada; Türkiye sağlık sisteminde köklü değişimler yapılarak uygulanan KHB sisteminin sağlık personeli algısı üzerinden incelenmiştir. KHB sisteminin uygulama tarihi olan 2 Kasım 2012 ile 2017’nin ilk üç ayı kadar geçen sürede bu sistemin sağlık politikalarına ne düzeyde katkı sağladığını belirlemek ve sağlık personelinin bakış açısını ortaya koymak amaçlanmıştır.

I.KAMU HASTANELER BİRLİĞİ UYGULAMASI

Modern sağlık sistemlerinde tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, sistemin toplumun her kesimini kapsaması, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması gibi özellikler öne çıkmaktadır (Alper, 2012:56). Devletlerin sağlığın iyileştirmesi için birey ve kurumlara nispeten daha büyük çaba ve harcamalar yapması gerekmektedir (Kaya ve Filiz, 2018:263). Hastalığın ortaya çıkmamasının engellenmesi ve sağlıklı bir çevrenin oluşturulması ve esas olarak sağlık imkânlarının yüksek standartlarda tutulması bütün devletlerin temel amaçları arasındadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010). Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarla sağlık iyileştirme göstergelerinin paralel olması sistemin yönetim ve örgütlenmesindeki başarısı önem arz etmektedir (Filiz ve Kaya, 2019:158). Dünya sağlık raporu 2000’li yıllarda sağlık sistemlerinin mesul olduğu alanın kapsamı için bazı açıklamalara yer vermiştir. Bunlar arasında ülkelerde Sağlık Bakanlığının doğrudan kontrolündeki faaliyetler ile ilgili açıklamalar yer almaktadır (Uğurluoğlu ve elik, 2005:4). Sağlık Sistemi değerlendirilirken mutlaka göz önüne alınması gerekli olan faktörler arasında sağlığın geliştirilmesi ve adaletsizliğin azaltılması, hastaların isteklerinin karşılanması, adil finansmanın oluşturulması gibi faktörler yer almaktadır (şişman, 2010:35). Devlet, toplumun temel sağlık ihtiyaını gerekli gördüğünde özel sektörle iř birliği yaparak yerine getirir. Etkili bir sağlık hizmeti, toplumun nitelikli hale gelmesi için vazgeçilmez bir alandır (Er, 2011:43).

Gelişmeye hızla devam eden teknoloji aynı hızda sağlık sistemlerini örgütsel ve yönetsel açıdan etkilemiştir (Kaya ve Filiz, 2019:168). Reform çalışmalarının temel bileşenleri olarak kabul edilen değerim ve dönüşüm faaliyetleri, bütün dünyada siyasi ve sosyal açıdan olduğu gibi diğer tüm alanlarda da kendini göstermiştir. Globalleşmenin de etkisi ile bütün dünya ülkelerinde benzer reformlar görmek mümkündür (Birinci, 2014). Özellikle 1980 ve sonrası için kamu politikalarında, köklü değerimler göze çarpmaktadır. Bu değerimlerin önemli bir amacı da yerinden yönetim sağlayarak hizmetlerin etkinliğini artırmaktır (Alper, 2012:58). Dünya genelinde kamu kurumlarının merkezi yönetim anlayışından ziyade yerel yönetim anlayışını benimsenmesinin temelinde bazı sebepler yatmaktadır (Birinci, 2014).

Bu sebepler şu şekilde sıralanabilir: (Birinci, 2014).

- Siyasi ve Ekonomi alanındaki değerimler
- Etnik kaynaklı çatışmaların ortaya çıkardığı siyasi olaylar
- Bölgesel farklılıkların ortaya çıkardığı olumsuz siyasi gelişmeler
- Yönetimde herkese katılım hakkı verme
- Gelişmiş devlet ve halklarla entegre olma alışmaları

- Finansal alanda yaşanan gelişmeler
- Bütçe açığından kaynaklanan problemlerin alt kurumlara aktarılması
- Hizmet sunumunda kalitenin artırılmak istenmesidir.

Yukarıda sayılan nedenlerden dolayı dünya genelinde devrim niteliğinde sayılabilecek bazı değişimler yaşanması kaçınılmaz olmuştur. Bu genel reformlar sağlık alanında da etkisini göstermiştir. Bunun bir yansıması olarak 1994 yılında Dünya Bankası sağlık reformunun gerçekleşmesi için bazı kriterler belirlemiştir.

Bu kriterler şu şekilde sıralanabilir: (Birinci, 2014).

- Sadece devletin değil aynı şekilde kişiler, sivil toplum kurumları ve özel sektör de sağlık hizmetinin sunumunda yer almalıdır.
- Sağlık alanında devletin görevi daha çok sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu hizmetlerin sunulması ile ilgili olmalıdır.
- Merkezi Yönetimin görevi, planlama, politika ve teknik rehberlik olarak belirlenmeli ve sağlık hizmetlerin halka sunumunda yerel idare ve özel sektöre sorumluluk verilmelidir.
- Özel sektör ve sivil toplum kurumlarının sağlık alanında daha çok aktif olmaları ve daha çok sağlık hizmetleri sunumu yapmaları için özendirici politikalar izlenmeli, gerekli yerde destek sağlanmalıdır.

Reformlar yapılmadan önce Türkiye sağlık sistemindeki ve uygulanmakta olan politikalarındaki problemler 6 başlık altında toplanabilir. Bunlar: (Aktan, 2004).

- Yasal düzenlemelerden kaynaklanan problemler
- İnsan kaynakları yönetiminden kaynaklanan problemler
- Yönetim ve örgütlenme tarzından kaynaklanan problemler
- Sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklanan problemler
- Bilgi yönetiminden kaynaklanan problemler
- Finansman yönetiminden kaynaklanan problemler

Bu problemlere yönelik olarak aşağıda bir kısım öneriler sunulmuştur. Sunulan önerilere bir bütün olarak bakıldığı zaman var olan sistemden farklı sağlık hizmeti sunum modeli ortaya çıkmaktadır. Genel olarak sunulan öneriler şu şekilde sıralanabilir: (Türkmen, 2015).

- Sağlık hizmetlerinin ülke çapında dengeli dağılımını sağlamak için, yurt geneline göre yetersiz görülen kişi ve bölgelere öncelik vermek.

- Tedavi edici hizmetlerden ziyade koruyucu hizmetlere ağırlık vermek, sağlıklı yaşam biçimi için bireylerin bilgi seviyesini artırmak.
- Planlı ve koordineli bir sevk zinciri için, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden kaynaklı eksikleri gidermek.
- İlaç ve tedavi giderlerinin israfı önleyecek şekilde sağlanması için bilgi ve kanıt esaslı sağlık projeleri geliştirmek.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu için gereksinim duyulan tıbbi ürün ve ilaçların yurt içi AR-GE ve üretim süreçleri ile sağlanıp üretildiği koordineli bir sağlık hizmet sunmaktır.

A. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ

SDP, Sağlık alanını bir bütün olarak kapsayacak şekilde 8 bileşenden meydana gelmektedir. Bu 8 bileşen bir sistem dahilinde birbiri ile bağlantılı olup hedeflenen amaca hizmet edecek şekilde çözüm üretmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

SDP'nin bileşenleri 8 ayrı başlık altında toplanabilir. Bunlar: (Yanmaz, 2010:32).

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

B. KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİNİN YAPISI

2003 yılında uygulamaya başlanan SDP'nin önemli bir ayağını oluşturan KHB 2 Kasım 2012'de oluşturulmuştur. KHB sistemi ile beraber sağlık sisteminin idari yönetiminde büyük

değişiklikler gerçekleşmiş ve yerel yönetimlerce sağlık hizmetlerinin sunulması için 3 idari yapı oluşturulmuştur. Bu yapılar İl Sağlık Müdürlüğünü, Halk Sağlığı Müdürlüğünü ve kamu hastanelerini tek elde toplayan KHB'dir (Kırılmaz vd., 2015:100).

KHB yapılanması en üstte genel sekreter olmak üzere ve onun altında 3 ayrı başkanlığın bulunduğu bir sistemdir. Bu başkanlıklar idari, mali ve tıbbi işler başkanlıkları olarak belirlenmiştir. İlin büyüklüğüne göre uzman kadro sayısı ve büro memurlarının sayısı değişiklik göstermektedir. Hastanelerdeki yapılanma için de aynı şekilde ildeki hastanenin büyüklüğüne göre hastane yöneticisi, başhekim ve ona bağlı yardımcıları, idari mali işler müdürü ve ona bağlı yardımcıları, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve ona bağlı yardımcıları, sağlık otelcilik hizmetleri müdürü ve ona bağlı yardımcıları bulunmaktadır. KHB uygulaması ile hastaneler gruplandırılıp değerlendirme ve denetleme işlemlerinin ona uygun yapılması kararlaştırılmıştır. Buna göre birliklerin, 5 kategoride (A,B,C,D,E) gruplandırılıp ortalaması C ve D olan hastanelerden oluşturulacağı bildirilmiştir. Bu uygulamada işletme modeli esas alındığından dolayı, yönetim kadrosunun tamamen sözleşmeli olarak oluşturulması kararlaştırılmıştır (Akın, 2015:48).

2011 yılında 663 sayılı KHK ile kurulan Kamu Hastaneler Birliği, 25 Ağustos 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararname ile kapatılmıştır. Kanun ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve hizmetin sunumunda tekrardan merkeziyetçi bir yönetim sistemine geçilmiştir. Hastane yönetiminden başhekimler sorumlu tutulmuş ve buna bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulmuştur (Resmi Gazete, 2017). Sağlık Bakanı yapmış olduğu açıklamada bu düzenlemeyle çok başlılığın önüne geçmeyi istediklerini belirtmiştir (<https://www.trthaber.com/>). Bakanın yapmış olduğu bu açıklamadan önce Başbakan, kamu hastane birlikleri için oluşturulan genel sekreterlik sisteminin sağlıklı çalışmadığını, çok başlılığın olduğunu ve bu sisteme son verilerek, yeni sağlık sisteminin tek başlı, sade ve verimli olacağını açıklamıştır. Bu kararın verilmesinde Cumhurbaşkanı'nın yerelde yaşanan sağlık sorunlarının ortadan kaldırılması için yaptırdığı çalışma etkili olmuş ve ilk kanun hükmünde kararname ile sağlıkta tek çatı yönetimine geçilmesi gerektiği ifade edilmiştir (<https://www.bianet.org>).

II. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma, KHB uygulamasının Türkiye'deki mevcut sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık personelinin algısını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma nicel türde olup, veri toplama şekli olarak da yüz yüze anket tekniği

uygulanmıştır. Araştırmanın evreni, Sivas il merkezinde bulunan KHB Genel Sekreterliğine bağlı yaklaşık 1250 civarındaki sağlık personeli olmuştur. Araştırmanın örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden 300 kişiden oluşmaktadır. Söz konusu örneklem grubu kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırma 23.01.2017-28.04.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın amacına uygun bir şekilde sağlık personelinin algısını ve özelliklerini ölçmek için ilgili akademisyenlerden ve İsmail FİLİZ'in "Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı:(Balıkesir Örneği)" isimli tezinde uyguladığı anketten faydalanılmıştır. Anket formunda sağlık personelinin KHB sistemini değerlendirmelerini sağlayacak sorularda, 5'li Likert tipi ölçek uygulanmıştır. Likert Ölçekte kullanılan puanlama şu şekildedir;

Kesinlikle katılmıyorum =1

Katılmıyorum =2

Kararsızım =3

Katılıyorum =4

Kesinlikle katılıyorum =5

Buna göre ölçekteki maddelere verilen cevaplar puan olarak 1,00 ile 5,00 arasında değişmektedir. Puan, 5,00'e doğru yaklaştıkça bireyin ilgili maddeye katılım seviyesinin yüksek olduğunu, puan 1,00'e doğru yaklaştıkça bireyin ilgili maddeye katılma seviyesinin düşük olduğunu ifade eder.

Elde edilen veriler SPSS 23. Programında veri tabanı oluşturarak bilgisayar ortamına alınmıştır. Araştırma sorularından oluşan ölçeğin alt boyutlarını belirlemek için t testi ve Anova testi uygulanmıştır. 300 kişiden elde edilen verilerden, İki grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı t testi ile analiz edilmiş. İki'den fazla grubun ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek için de Anova testi uygulanmıştır. Bulunan değerlerin varyansı açıklama oranının 0,05 ve üzerinde olması ölçüt olarak esas alınmıştır.

KHB uygulamasının, sağlık politikalarına katkısının sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını belirlemek amacıyla sorulan 24 soruya yönelik güvenilirlik analizi sonucu Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha katsayısı	Madde sayısı
0,941	24

Güvenirlilik analizine göre 24 madde için Cronbach's Alpha katsayısı 0,941 bulunmuştur. Literatüre bakıldığında 0,941'lik bir güvenirlilik düzeyinin kabul edilebilirlik sınırı olan 0,70'in üzerinde olduğu ve 0,941'lik bir güvenirlilik düzeyinin araştırma sonuçlarının doğru sonuçlar elde edilmesi ve değerlendirilmesi için yeterli olduğu görülmektedir (Karagöz, 2016).

III. BULGULAR

Tablo 2: Demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	N	%	Değişken	N	%
1.Yaş			4.Meslek grubu		
18-24	50	16,7	Doktor	67	22,3
25-34	101	33,6	Hemşire/ebe	109	36,3
35-44	104	34,7	Sağlık memuru/teknisyeni	56	18,7
44-54	39	13	Diğer meslek grubu	68	22,7
55+	6	2	5.KHB Uygulama sonrası yer değiştirme durumu		
2.Cinsiyet			Yeri değişen	105	35
Erkek	148	49,3	Yeri değişmeyen	195	65
Kadın	152	50,7	6.KHB öncesi ve sonrası çalışma durumu		
3.Eğitim durumu			KHB Öncesinden çalışanlar	178	59,3
Lise	66	22	KHB sonrası çalışanlar	122	40,7
Lisans	200	66,7	7.KHB'den sonra çalışma yerini kendi isteği ile seçme durumuna göre		
Lisansüstü	34	11,3	Kendi isteği ile seçenler	172	57,3
			Kendi isteği ile seçmeyenler	128	42,7

Tablo 2'ye göre: Ankete katılanların yaş dağılımına bakıldığında; Katılımcılardan %33,6'sının 25–34 yaş aralığında ve %34,7'sinin 35–44 yaş aralığında oldukları, %50,7'sinin kadınlardan oluştuğu, %66,7'sinin üniversite mezunu olduğu, %36,3'ünün hemşire/ebe oldukları, %65'nin KHB uygulamaya geçildikten sonra yeri değişmeyenlerden oluştuğu, %59,3'nün KHB sisteminin uygulamaya başlama tarihi olan 1 Kasım 2012 tarihinden öncesinden beri çalışanlardan oluştuğu, %57,3'ünün KHB sistemi uygulamaya geçildikten sonra, çalışma yerini kendi istekleri ile seçenlerden oluştuğu görülmektedir. Tablo 3'te araştırmada kullanılan anket formu verilmiştir.

Tablo 3: Uygulanan anket formu

Maddeler	İfadeler
1	KHB uygulaması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmiştir.
2	KHB uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir.
3	KHB uygulaması ile hastaneler arasındaki rekabet artmıştır.
4	KHB uygulaması ile hastane kaynaklarının daha etkin kullanımı sağlanmıştır.
5	KHB uygulaması ile hastane hizmetlerinde eşitlik ve adalet sağlanmıştır.
6	KHB uygulaması ile hastalar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır.
7	KHB uygulaması ile sağlık çalışanları hastane yöneticilerine daha kolay ulaşabilmektedir.
8	KHB uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur.
9	KHB uygulaması ile sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarında iyileştirmeler olmuştur.
10	KHB uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden kurumlar halini almıştır.

11	KHB uygulaması ile hastanelerde gereksiz ilaç ve tıbbi malzeme kullanımının önüne geçilmiştir.
12	KHB uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemeler arttırılmıştır.
13	KHB uygulaması ile hastanelerin ilaç ve malzeme temini kolaylaşmıştır.
14	KHB uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verilmiştir.
15	KHB uygulaması ile tıp kökenli olmayan kişilerin hastane yöneticisi olması sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir.
16	KHB uygulaması ile gelecekte sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine olanak sağlanması, rahatsız edici bir özelliktir.
17	KHB uygulaması ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ucuzlamıştır.
18	KHB uygulaması ile kurulan Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü ile hastanelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi artmıştır.
19	KHB uygulaması ile hasta hakları konusunda iyileştirmeler olmuştur.
20	KHB uygulaması ile kamu hastaneleri, toplumun sağlık hizmetlerini karşılayabilecek kurumlar haline gelmiştir.
21	KHB uygulaması, kamu hastaneleri arasında koordinasyonu sağlaması bakımından önemlidir.
22	KHB uygulaması ile uzman doktorların kamu hastanelerindeki istihdamı önemli ölçüde artmıştır.
23	KHB uygulaması ile gerçekleştirilen İnternet uygulamaları sayesinde her türlü bilgi edinme kolaylaşmıştır.
24	KHB uygulaması ile yapılan stratejik geliştirme planları sağlık sektörünün önemli ölçüde yol almasını sağlamıştır.

Tablo 4: KHB'nin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Cinsiyetine Göre Dağılımı

Maddeler	Cinsiyet	N	Ortalama	ss	t	p	Karar	Sonuç
Madde 10	Erkek	148	3,1622	1,484	1,982	0,048	0,048<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	3,4868	1,346				
Madde 23	Erkek	148	3,2027	1,447	2,066	0,040	0,040<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Kadın	152	2,8684	1,355				

Tablo 4'deki bulgulara göre sadece madde 10 ve madde 23 hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Öncelikle madde 10'a ait erkeklerin ve kadınların ortalama puanları dikkate alındığında; kadınların ortalaması (3,4868) erkeklerden (3,1622) daha yüksektir. Buna göre kadınlar erkeklere göre KHB uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline geldiği düşüncesini daha çok desteklemektedir.

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

Tablo 5: KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Çalışma Yerini Kendi İstekleri İle Seçip (Evet) seçmeme (Hayır) Durumuna Göre Dağılımı

Maddeler		N	Ortalama	Ss	t	p	Karar	Sonuç
Madde 1	Evet	172	2,8547	1,336	2,229	0,027	0,027<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5078	1,328				
Madde 4	Evet	172	2,9535	1,371	2,472	0,014	0,014<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5547	1,396				

Madde 5	Evet	172	2,9070	1,377	3,652	0,000	0,000<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,3203	1,374				
Madde 6	Evet	172	3,1279	1,374	2,091	0,037	0,037<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7891	1,406				
Madde 7	Evet	172	2,9535	1,319	2,560	0,011	0,011<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5469	1,390				
Madde 11	Evet	172	2,7907	1,325	2,847	0,005	0,005<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,3594	1,259				
Madde 13	Evet	172	3,0465	1,287	1,989	0,048	0,048<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7422	1,341				
Madde 17	Evet	172	2,8779	1,303	2,353	0,019	0,019<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,5234	1,273				
Madde 22	Evet	172	3,1221	1,338	2,112	0,036	0,036<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7813	1,413				
Madde 23	Evet	172	3,2151	1,374	2,615	0,009	0,009<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,7891	1,423				
Madde 24	Evet	172	3,0116	1,355	1,989	0,048	0,048<0,05 farklı düşünüyorlar	3=kararsızım
	Hayır	128	2,6953	1,372				

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

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

Tablo 6: KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Maddeler	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Madde 4	Gruplar Arası	13,924	2	6,962	3,647	0,027
	Gruplar İçi	566,993	297	1,909		
	Toplam	580,917	299			
Madde 8	Gruplar Arası	12,474	2	6,237	3,307	0,038
	Gruplar İçi	560,192	297	1,886		
	Toplam	572,667	299			
Madde 11	Gruplar Arası	11,678	2	5,839	3,441	0,033
	Gruplar İçi	503,909	297	1,697		
	Toplam	515,587	299			
Madde 17	Gruplar Arası	14,465	2	7,232	4,374	0,013
	Gruplar İçi	491,122	297	1,654		
	Toplam	505,587	299			
Madde 19	Gruplar Arası	16,177	2	8,088	3,792	0,024
	Gruplar İçi	633,503	297	2,133		
	Toplam	649,680	299			

Tablo 6’ya göre p değeri madde 4 (0,027), madde 8 (0,038), madde 11 (0,033), madde 17 (0,013) ve madde 19 için (0,024) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)’ten küçük olduğu

için bu 5 madde hakkında ortalama puanların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$). Bu farklılığı tespit etmek için Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden hangisinin kullanılacağına karar vermede homojenlik testine bakılır. Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten büyük ise ana kütle varyanslarının homojen olduğuna karar verilir ve çoklu karşılaştırmada eşit varyans yaklaşımını kullanan Tukey testi uygulanır. Homojenlik testinin sig. değeri (0,05)'ten küçük ise ana kütle varyanslarının farklı olduğuna karar verilir ve çoklu karşılaştırmada eşit olmayan varyans yaklaşımını kullanan Tamhane T2 testi kullanılır (Günel, 2017: 68).

Tablo 7: Maddelerin Eğitim Durumuna Göre Homojenlik Testi Sonucu

Maddeler	Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	P
Madde 4	0,888	2	297	0,413
Madde 8	0,585	2	297	0,558
Madde 11	3,025	2	297	0,050
Madde 17	0,002	2	297	0,998
Madde 19	0,231	2	297	0,794

Tablo 7'ye göre homojenlik testinin p değerleri madde 4 (0,413), madde 8 (0,558), madde 11 (0,050), madde 17 (0,998) ve madde 19 için (0,794) bulunmuştur. Bulunan p değerleri (0,05)'ten büyük olduğu için ana kütle varyansları'nın eşit olduğuna karar verilir ve bu 5 maddeye Tukey testi uygulanır. Tablo 8'de madde 4, madde 8, madde 11, madde 17 ve madde 19'a ait Tukey testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 8: Eğitim Durumuna Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösteren maddeler

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

Tablo 8'deki madde 4 için Tukey testi sonuçları lise ile üniversite mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalama değer olarak lise mezunları (2,3788) katılmıyorum, üniversite mezunları (2,8900) kararsızım demişlerdir.

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

Tablo 8'deki madde 11 için Tukey testi sonuçları lise ile lisansüstü mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalamaya göre lise mezunları (2,3182) katılmıyorum, lisansüstü mezunları ise (3,0294) kararsızım demişlerdir.

Tablo 8'deki madde 17 için Tukey testi sonuçları lise ile lisansüstü mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalamaya göre lise mezunları (2,3636) atılmıyorum, lisansüstü mezunları ise (3,1176) kararsızım demişlerdir.

Tablo 8'deki madde 19 için Tukey testi sonuçları lise ile üniversite mezunları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Yaklaşık ortalama değer olarak lise mezunları(2,4545) katılmıyorum, üniversite mezunları ise (2,9750) kararsızım demişlerdir.

Tablo 9: KHB Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemeye Yönelik Bulguların, Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

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

Madde 10	Gruplar Arası	37,236	3	12,412	6,460	0,000
	Gruplar İçi	568,750	296	1,921		
	Toplam	605,987	299			
Madde 11	Gruplar Arası	26,504	3	8,835	5,347	0,001
	Gruplar İçi	489,083	296	1,652		
	Toplam	515,587	299			
Madde 12	Gruplar Arası	34,835	3	11,612	7,329	0,000
	Gruplar İçi	468,961	296	1,584		
	Toplam	503,797	299			
Madde 13	Gruplar Arası	16,623	3	5,541	3,265	0,022
	Gruplar İçi	502,293	296	1,697		
	Toplam	518,917	299			
Madde 14	Gruplar Arası	30,020	3	12,007	7,209	0,000
	Gruplar İçi	492,980	296	1,665		
	Toplam	529,000	299			
Madde 17	Gruplar Arası	26,900	3	8,967	5,545	0,001
	Gruplar İçi	478,687	296	1,617		
	Toplam	50,587	299			
Madde 18	Gruplar Arası	29,059	3	9,686	5,063	0,002
	Gruplar İçi	566,338	296	1,913		
	Toplam	595,397	299			
Madde 21	Gruplar Arası	18,366	3	6,122	3,331	0,020
	Gruplar İçi	544,070	296	1,838		
	Toplam	562,437	299			
Madde 22	Gruplar Arası	18,337	3	6,112	3,287	0,021
	Gruplar İçi	550,500	296	1,860		
	Toplam	568,837	299			
Madde 23	Gruplar Arası	39,118	3	13,039	6,960	0,000
	Gruplar İçi	554,549	296	1,873		
	Toplam	593,667	299			
Madde 24	Gruplar Arası	21,652	3	7,217	3,965	0,009
	Gruplar İçi	538,784	296	1,820		
	Toplam	560,437	299			

Tablo 9'a göre p değeri madde 1 (0,003), madde 2 (0,000), madde 3 (0,000), madde 4 (0,002), madde 5 (0,000), madde 6 (0,009), madde 7 (0,016), madde 8 (0,000), madde 9 (0,000), madde 10 (0,000), madde 11 (0,001), madde 12 (0,000), madde 13 (0,022), madde 14 (0,000), madde 17 (0,001), madde 18 (0,002), madde 21 (0,020), madde 22 (0,021), madde 23 (0,000) ve madde 24 için (0,009) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)'ten küçük olduğu için bu 20 madde hakkında ortalama puanların meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 10: Maddelerin Meslek Gruplarına Göre Homojenlik Testi Sonucu

Maddeler	Levene İstatistiği	Serbestlik Derecesi 1	Serbestlik Derecesi 2	P
Madde 1	1,822	3	296	0,143
Madde 2	4,701	3	296	0,003
Madde 3	1,042	3	296	0,374
Madde 4	2,201	3	296	0,088
Madde 5	4,338	3	296	0,005
Madde 6	0,449	3	296	0,718
Madde 7	0,489	3	296	0,690
Madde 8	6,540	3	296	0,000
Madde 9	7,841	3	296	0,000

Madde 10	5,109	3	296	0,002
Madde 11	1,282	3	296	0,281
Madde 12	3,548	3	296	0,015
Madde 13	1,616	3	296	0,186
Madde 14	7,776	3	296	0,000
Madde 17	3,842	3	296	0,010
Madde 18	2,819	3	296	0,039
Madde 21	2,015	3	296	0,112
Madde 22	1,334	3	296	0,263
Madde 23	3,041	3	296	0,029
Madde 24	3,436	3	296	0,017

Tablo 10'a göre homojenlik testinin p değerleri madde 2 (0,003), madde 5 (0,005), madde 8 (0,000), madde 9 (0,000), madde 10 (0,002), madde 12 (0,015), madde 14 (0,000), madde 17 (0,010), madde 18 (0,039), madde 23 (0,029) ve madde 24 için (0,017) olarak bulunmuştur. Bulunan p değerleri (0,05)'ten küçük olduğu için ana kütle varyansları'nın eşit olmadığına karar verilir ve bu 11 maddeye Tamhane T2 testi uygulanır.

Yine Tablo 10'a göre homojenlik testinin p değerleri madde 1 (0,143), madde 3 (0,374), madde 4 (0,088), madde 6 (0,718), madde 7 (0,690), madde 11 (0,281), madde 13 (0,186), madde 21 (0,112) ve madde 22 için (0,263) olarak bulunmuştur. Bulunan p değerleri (0,05)'ten büyük olduğu için ana kütle varyanslarının eşit olduğuna karar verilir ve bu 9 maddeye Tukey testi uygulanır.

Meslek grupları içerisinde doktorların KHB uygulaması ile beraber hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini giderildiği, sağlık hizmetleri finansmanın ucuzladığı, bilgiye ulaşımın kolaylaştığı, çalışan özlük haklarında olumlu gelişmeler yaşandığı ve hastane kaynaklarında kullanım etkinliğinin arttığı gibi ifadelerle daha çok katıldığı görülmektedir.

Yapılan anket sonucuna göre 24 madde hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar, KHB uygulaması yürürlüğe geçtikten sonra yeri değişenlerin ve yeri değişmeyenlerin arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Bu konuda genel görüş birbirine yakındır. Buna göre; 24 madde içinde KHB uygulamasından sonra yeri değişen çalışanlar ve değişmeyen çalışanlar arasında dikkate değer bir farklılık görülmemektedir.

Yapılan anket sonucuna göre; 24 madde hakkındaki görüşlere ilişkin ortalama puanlar, 1 Kasım 2012 sonrasında KHB uygulaması yürürlüğe girdikten sonra çalışanlar ile 1 Kasım 2012 öncesi KHB uygulaması yürürlüğe girmeden öncesinden beri çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. ($p>0,05$).

Yapılan anket sonucuna göre; p değeri madde 1 (0,216), madde 2 (0,434), madde 3 (0,244), madde 4 (0,759), madde 5 (0,122), madde 6 (0,799), madde 7 (0,864), madde 8 (0,576),

madde 9 (0,422), madde 10 (0,184), madde 11 (0,329), madde 12 (0,954), madde 13 (0,621), madde 14 (0,531), madde 15 (0,528), madde 16 (0,275), madde 17 (0,312), madde 18 (0,556), 19 için (0,520), madde 20 (0,316), madde 21 (0,628), madde 22 (0,440), madde 23 (0,576) ve madde 24 için (0,709) olarak bulunmuştur. Bu değerler (0,05)'ten büyük olduğu için; Yaş grupları arasında bu maddeler açısından farklılık olmadığı söylenebilir. Yani 24 madde için verilen cevaplarda yaş grupları arasında bir farklılık görülmeyp cevaplara ilişkin ortalama değerlerin (2,3967 ile 3,3267 arasında olup) kararsızım şeklinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

TARTIŞMA

Türkiye'de son dönemlerde sağlık sistemi ve politikaları ile ilgili büyük gelişmeler yaşanmıştır. Yapılan bu yeniliklerin ülke sağlık politikalarına ne düzeyde katkı sağladığını belirlemek amacıyla bazı bilimsel çalışmalar yapılmıştır. Her yeni sistemde olduğu gibi Türkiye'de son dönemlerde uygulamaya konulan sistemlerde de olumlu ve olumsuz diyebileceğimiz durumlar yaşanmıştır. Sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunları gidermek ve hizmetleri daha iyi bir düzeyde sunmak amacıyla 2 Kasım 2012 de KHB sistemine geçilmiştir. 2012-2017 yılları arasında geçen yaklaşık dört yıllık bir süreçte uygulama ile ilgili çok az çalışma yapılmıştır. KHB sisteminin ülke sağlık politikasına katkısını belirlemede sağlık çalışanlarının algısını ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular konu ile ilgili yapılmış önceki çalışmalarla ve Sağlık Bakanlığının KHB uygulamasından beklentileri ile karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre katılımcıların “KHB uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline gelmiştir” ifadesine genel olarak katılıyorum şeklinde eğilim gösterildiği görülmektedir. Filiz (2014) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %43,9'nun KHB uygulaması ile hastanelerin kar amacı güden kurumlar haline geldiği düşüncesine kesinlikle katılıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Benzer şekilde Harmancı Seren (2014) sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada sağlık kurumlarının işletmeler haline geldiği ve hastaların müşteri haline geldiği sonucuna varmışlardır. Kırılmaz vd., (2015) çalışmasına göre sağlık kurumlarının işletme mantığıyla yönetilmeye başlandığı sonucuna ulaşmışlardır. Sağlık Bakanlığının KHB sistemine geçişindeki amaçlarından biri de kaynakların etkin, verimli ve ekonomiklik ilkelerine uygun bir şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

Çalışmaya katılanların genel olarak “KHB uygulaması ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirmeler olmuştur” düşüncesine karşı kararsız kalmıştır. Filiz (2014) yapmış

olduğu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun bu konuda olumsuz düşündükleri görülmektedir.

Katılımcıların “KHB uygulaması hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermiştir” görüşüne olumsuz yaklaştıkları ve bu konudaki çalışmalarını yeterli görmedikleri görülmektedir. Bu ifadeye Akın’ın (2015) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların yaklaşık %43 oranında hayır ve %30 oranında kısmen şeklinde olumsuz görüş bildirmişlerdir. Yine Filiz (2014) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun KHB uygulamasının hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğini gidermediğini ve bu konudaki eksikliğin devam etmekte olduğunu düşündüğü belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığının KHB sistemine geçmesindeki temel amaçlarından birisi de sağlık kurumlarındaki çağdaş yönetim anlayışına uygun bir şekilde bilimsel ilkelere dayalı bir yönetim tarzı ile hizmet sunmaktır.

Elde edilen bulgulara göre profesyonel yönetim anlayışına uygun uygulamaların gerçekleşmediği sonucu çıkmaktadır. Bu bulgunun aksine olarak Küçük ve Şahin (2015) tarafından yapılan çalışmaya göre mesleği hekim olan sağlık yöneticilerinin KHB sistemi ile hastanelerin profesyonel sağlık yöneticilerince idare edileceğini, daha etkin olacağını, hasta memnuniyet düzeyinin artacağını ve merkezi yönetim yükünün olumlu yönde azalacağını ifade etmişlerdir

Katılımcılar genel olarak KHB uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verilmediğini düşünmektedir. Bu sonuca paralel olarak Akın’ın (2015) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %51 oranda KHB uygulaması ile hastane yöneticilerinin seçiminde liyakate önem verildiği düşüncesine katılmadıkları görülmektedir. Sağlık Bakanlığı KHB sisteminde sağlık kurumlarının yönetiminde uzmanlaşmaya ve işin gereğinin eksiksiz yapılmasına gerekli düzenlemeler ve yasalarla son derece önem vermektedir. Elde edilen verilere göre bu amacın sağlık personeli açısından tam olarak gerçekleşmediği ve uygulamada bazı sorunların söz konusu olduğu görülmektedir.

Katılımcılar “KHB uygulaması ile gelecekte sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine olanak sağlanması, rahatsız edici bir özelliktir” ifadesine karşı kararsız kalmışlardır. Bu görüşü destekler nitelikte Akın (2015) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %42 oranında KHB uygulamasının sağlık kurumlarının özelleştirilmesi yolunda atılmış bir adım olduğuna kesin olarak katılırken, %21 oranında katılımcı ise bu görüşe kısmen katıldığı görülmüştür. Filiz (2014) yapmış olduğu çalışmada KHB sisteminin gelecekte özelleştirmeye imkân sağladığı görüşüne katılımcıların %41.4 oranında kesinlikle katılıyorum şeklinde görüş ifade ettikleri

görülmüştür. Bostan (2009) yaptığı çalışmada ise, hastane yöneticilerinin yarısından fazlasının, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin, yerel hastane birliklerine devri ve bu şekilde özerkleştirilmesini içeren düzenlemeyi olumlu bulmamışlardır. Pancar (2009) ise çalışmasında yöneticilerin eğitim düzeyi artıkça özerkleştirme politikalarına daha olumlu yaklaştıkları görülmüştür.

Katılımcıların KHB uygulaması ile sağlık çalışanlarına verilen ücret ve ek ödemelerin artmadığını düşünmektedir. Bu görüşü destekler nitelikte Akın (2015) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların, %72 oranında hayır dedikleri görülmüştür.

SONUÇ

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere dünyanın birçok yerinde; Modern bir yönetim anlayışı olarak kabul edilen yerinden yönetim anlayışı yaygınlık kazanmıştır. Bu anlayışa göre; Devletin toplumsal alanı şekillendirmesinin azaltılması, devletin kamu alanında küçültülmesi, yerinden yönetim anlayışının yaygın bir şekilde uygulanması gibi anlayışlar öne çıkmıştır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de bunun etkileri görülmüştür. Özellikle 2000’li yıllardan sonra kamu alanında yapılan reformların bu anlayış çerçevesinde gerçekleştiği görülmektedir. Tüm kamu alanlarında olduğu gibi sağlık alanı da bu anlayıştan etkilenmiştir. Sağlık hizmetleri ile mali işlemlerinin birbirinden ayrılması, hastanelerin özerk yapıya kavuşturulması, verimlilik ve performansa dayalı ödeme gibi kavramlar öne çıkmıştır. Tüm dünyada gelişen bu modern anlayışa paralel olarak, Türkiye’de 1 Kasım 2012 tarihinde KHB sistemine geçilmiştir. Bu sistemle, devlet sağlık alanında daha çok yol gösterici pozisyonuna geçmesi, yerel yönetim anlayışının yerleşmesini sağlanması, hizmetlerin daha etkin, verimli ve kaliteli sunulması gibi hedefler öngörülmüştür.

Araştırmada elde edilen sonuçlar özet olarak; KHB sistemine geçildikten sonra çalışacağı birimi kendi isteği ile seçen sağlık personeli, çalışacağı birimi kendi isteği ile seçmeyen personele göre KHB sisteminden daha çok memnun oldukları görülmektedir. Meslek grupları içerisinde Doktorların KHB uygulaması ile beraber hastanelerdeki profesyonel yönetici eksikliğinin giderildiği, sağlık hizmetleri finansmanın ucuzladığı, bilgiye ulaşımın kolaylaştığı, çalışan özlük haklarında olumlu gelişmeler yaşandığı ve hastane kaynaklarında kullanım etkinliğinin arttığı gibi ifadeler daha çok katıldığı görülmektedir. KHB uygulaması yürürlüğe geçtikten sonra yeri değişen çalışanlar ile yeri değişmeyen çalışanlar arasında önemli bir farklılık görülmemektedir. Bu konuda genel görüş birbirine yakındır. Katılımcıların yaş

grupları yönünden sisteme bakış açıları arasında önemli bir farklılık görülmektedir. KHB uygulaması yürürlüğe girdikten sonra çalışanlar ile KHB uygulaması yürürlüğe girmeden öncesinden beri çalışanlar arasında sisteme bakış açıları arasında önemli bir farklılık görülmektedir

Bu sonuçlar kapsamında KHB sisteminin olumlu katkıları artırmak ve olumsuz etkilerini azaltmak için aşağıda sunulacak önerilerin faydalı olacağı öngörülmektedir.

➤ KHB uygulaması ile hastanelerin daha olumsuz bir duruma geldiği düşüncesinin temel nedeni sistem ile ilgili yeterli düzeyde bilginin sağlanmadığından kaynaklandığı söylenebilir. Bunun için, sağlık çalışanlarının konferans, seminer vb faaliyetlerle bilgilendirilmeli, sistem ile ilgili endişeleri giderilmeli.

➤ KHB sisteminde, sağlık çalışanlarının mevcut çalışma koşullarında iyileştirmeler yapılmalıdır. Memnuniyet düzeylerinin artması için çeşitli uygulamalar gerçekleştirilmelidir.

➤ KHB sistemine geçildikten sonra çalışacağı birimi kendi isteği ile seçen sağlık personelinin, KHB sisteminin ülke sağlık politikalarına olumlu yönde katkı sağlamıştır düşüncesini daha çok savundukları görülmektedir. Bu nedenle, sağlık personelinin çalışma yerleri belirlenirken kendi istekleri doğrultusunda uygun birimlerde istihdam edilmeleri, çalışanların memnuniyet düzeylerinde olumlu gelişmeler sağlayabilir.

➤ Sağlık kurumlarında finansman konusuna önem verilmekle beraber, kar amaçlı değil hizmet esaslı bir kurum yaklaşımı geliştirilmelidir.

➤ Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda denetimlerin artırılması gereklidir.

KAYNAKÇA

- ALPER, Mehmet (2012), Türkiye'deki Kamu Hastanelerinin Yönetim Ve Organizasyon Yapısı, Kamu Hastane Birliği, Kapsamı Ve Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- AKIN, Harun (2015), Türkiye'de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetimsel Sorunlar, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- AKTAN, Coşkun Can (2004), Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Mevcut Sorunlar ve Swot Analizi, Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan Ön Çalışması, <http://Canaktan.Org/Reform/Saglik-Reform.html>, Erişim Tarihi:4 Mayıs 2017.
- ATEŞ, Metin (2012), Sağlık İşletmeciliği, Beta Kitapevi, İstanbul.
- BİRİNCİ, Şuayip (2014), Sağlıkta Yeni Bir Dönem Kamu Hastaneler Birliği, <http://Www.Sdplatform.Com/Dergi.html>, Erişim Tarihi:4 Mayıs 2017.
- BOSTAN, Sedat (2009), Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Trabzon
- ER, Ünal (2011), Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- EVELYN, Akello (2004), Autonomy of Apex Hospitals in Uganda: Too Little, Too Slow, Health Policy and Development 2(2):151-160.
- FİLİZ, İsmail (2014), Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Çalışanlarının Algısı, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
- FİLİZ, Mustafa (2017). Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısını belirlemede sağlık personellerinin algısı: Sivas ili örneği (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği. Sivas.
- FİLİZ, Mustafa ve BARDAKÇI Sait (2020), "Sağlık çalışanlarının örgütsel iklim algıları ve örgütsel güven düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Artvin ili örneği", Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 19(73):436-449.

- FİLİZ, Mustafa ve KAYA Mustafa (2019), Health 4.0 And Turkey, Artvin International Congress On Social Sciens (AICOSS 19), 17-19 April, Hopa, Artvin. 167-170.
- GÜNEL, Yılmaz (2017), Araç Kaskosu Yaptırma Düşüncesini Ve Sigorta Şirketi Seçimini Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Yapısal Eşitlik Modeli İle Ölçek Geliştirme, Cumhuriyet Üniversitesi'nde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- GÜRBÜZ, Sait ve ŞAHİN Faruk (2016), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Seçkin yayınevi, Ankara.
- HARDING, April ve PREKER Alexander (2003), "A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals. In: Preker A. and Harding A. Innovations in Health Services Delivery: The Corporatization of Public Hospitals", World Bank, Washington D.C. pp :23-78.
- HARMANCI, Seren ve ARZU Kader (2014), "Sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesine ilişkin görüşleri", Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1), 19-24.
- HAYRAN, Osman ve SUR Haydar (1997), Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Yayınevi
- KARAGÖZ, Yalçın (2016), SPSS ve AMOS 23 Uygulamalı İstatistiksel Analizler, 1. Basım, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin ve YILDIRIM Selami (2010), Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Nadir Yayınevi, Ankara.
- KAYA, Mustafa ve FİLİZ Mustafa (2018), Sağlık Hizmetlerinde Girdilerin Çıktılar Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Uluslararası Artvin Sempozyumu, 18-20 Ekim. Artvin. 262-278.
- KAYA, Mustafa ve FİLİZ Mustafa (2019), "Comprasion Of Health Indicators Of Provinces in Eastern Blacksea Region", Artvin International Congress On Social Sciens (AICOSS 19), 17-19 April, Hopa, Artvin. 157-166.
- KAYRI, Murat (2009), "Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri", Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 19; 51-64.

KIRILMAZ Harun, BAĞIŞ Mehmet, SALİM Bilal, ŞİMŞİR İsmail (2015), “Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”, Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi, 11(25):91-113.

KÜÇÜK, Yavuz Selim ve ŞAHİN Bayram (2015), Kamu Hastane Birlikleri Uygulamasına İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18 (2);103-121.

OECD ve IBRD (2008), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, OECD ve Dünya Bankası.

PANCAR, A (2009), Türkiye’de Kamu Hastanelerinde Yönetimsel Özerklik, Ankara Kamu Hastaneleri Özerklik Araştırması. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

RESMİ GAZETE (2011), 02.11.2011 tarih ve 28103 mükerrer sayılı Resmi Gazete.

RESMİ GAZETE (2017), Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 15.08.2017, Sayı: 694.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), Sağlıkta Dönüşüm,

<http://www.Saglik.gov.tr/Saglikta-Donusum-Programi.html>. Erişim Tarihi:4 Mayıs 2017.

ŞIŞMAN, Serpil (2010), Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanların Bakış Açısı, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

UĞURLUOĞLU, Özgür ve ÇELİK Yusuf (2005), Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi Ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8:1-6

TÜRKMEN, Bekir (2015), Tasav Beyin Fırtınası Toplantıları.Sağlık Sektörü Çalışma Gurubu Türkiye’de Sağlık Sektörü: Gelişmeler, Sorunlar Ve Politika Önerileri <http://Tasav.org/using/yayinlar/raporlar/saglik.sektoru.html>. Erişim Tarihi: 4 Mayıs 2017.

YANMAZ, Muhammed (2010), Küreselleşme Sürecinde Türkiye De Son Dönem Sağlık Politikaları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

YILMAZ, Abdullah (2007), ‘‘AB’ye Uyum Sürecinde Türk Kamu Yönetiminin Dönüşümü Üzerine Notlar’’, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 17: 215-240.

TOP, Mehmet ve ŞAHİN Bayram (2004), ‘‘Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç’’, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1): 85-106.

<https://m.bianet.org/bianet/sanat/189357-saglik-sistemi-kandirilma-ve-kamu-hastaneleribirlikleri>.

<https://www.trthaber.com/haber/gundem/saglik-hizmetlerinde-cok-baslilik-kalkacak330262.html>.