

# Kamu Hastane Birlikleri Uygulamasına İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Yavuz Selim KÜÇÜK\*  
Bayram ŞAHİN\*\*

## ÖZ

*Bu araştırma ile sağlık yöneticilerinin kamu hastane birlikleri uygulamasında yer alan düzenlemelere ilişkin görüşlerini tespit etmek ve görüşlerinin mesleklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında, kalitatif ve kantitatif veri toplama yöntemlerine yer verilmiştir. Kalitatif görüşme aşamasında sağlık kurumları ve sağlık meslek örgütleri yöneticileri ile birebir yapılandırılmış görüşmeler yapılarak kantitatif veri toplama aşamasında kullanılan anket oluşturulmuştur. Anket, toplam 308 sağlık yöneticisine uygulanmış ve elde edilen veriler SPSS 15.0 istatistik programında analiz edilmiştir. Mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinin, kamu hastane birlikleri uygulamasının hastanelerin insan kaynakları yönetimi, yönetim yapısı/kadrosu, mali ve finansman yönetimi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerini mesleği hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerinden anlamlı bir şekilde daha olumlu olarak değerlendirdikleri, buna karşın mesleği hekim olan sağlık yöneticilerinin ise kamu hastane birlikleri uygulamasının hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkilerini mesleği profesyonel yönetici ve hemşire olan sağlık yöneticilerine göre anlamlı bir şekilde daha olumlu olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Çalışma kamu hastane birlikleri uygulaması ile ilgili sorunların belirlenmesi, çözüm yöntemlerinin geliştirilmesi ve uygulamanın iyileştirilmesinde önemli veri ve bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Kamu Hastane Birlikleri, Sağlık Yöneticileri, Profesyonel Yöneticiler, Hekimler, Hemşireler

## Assessment of the Views of Health Service Managers With Regard To Public Hospital Unions Practice

### ABSTRACT

*This study aims to determine whether the opinions of health service managers about the regulations associated with public hospital unions, differ based on their professions. Qualitative and quantitative researches are included within the scope of the current study. During the qualitative research stage, structured interviews were carried out with managers from health facilities and health profession associations, and accordingly a questionnaire was formed to be utilized in the quantitative research stage. The survey was conducted on a total of 308 health service managers and the acquired data were analyzed using SPSS 15.0 statistical software. Health service managers, working as professional managers were found to have more favorable assessments regarding the effects of public hospital unions on human resources management, hospital managerial staff, community health care, fiscal and financial management and planning of health services than the opinions of health service managers who are physicians and nurses. Additionally, health service managers who are actually physicians were found to have more favorable opinions regarding the influence of public hospital unions on the general structure of hospitals than the views of health service managers working as a professional managers or nurses. Study findings to identify the issues related to public health unions*

\*Uz., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, yavuzselimkucuk@gmail.com

\*\* Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, baysahin@hacettepe.edu.tr

*are expected to provide important data and information for improving the development and implementation of the solution method.*

**Keywords:** *Public Hospital Unions, Health Managers, Professional Managers, Doctors, Nurses*

## **I. GİRİŞ**

Yönetim anlayışını ve yapılarını köklü bir şekilde etkileyen veya uyaran değişim faktörleri incelendiğinde bunları ekonomi ve yönetim teorilerindeki değişim, özel sektörün rekabetçi yapısı ve kaydettiği ilerlemeler, toplumsal değişim talepleri ve sivil toplumun gelişimi olmak üzere dört ana başlıkta ele almak mümkündür. Genel olarak ifade edilecek olunursa, son yıllarda toplumun taleplerine karşı duyarlı, katılımcılığa önem veren, hedef ve önceliklerini netleştirmiş, hesap veren, şeffaf, daha küçük ancak daha etkin bir kamu yönetimi talebi dile getirilmekte ve kamunun üretimden çekilmesi, düzenleyici işlevinin güçlendirilmesi, özel sektör ve toplum ile paydaşlık ilişkisi geliştirmesi üzerinde durulmaktadır (Yılmaz 2007).

Kamu yönetimlerinin temel sorumluluklarından biri de toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini etkili ve verimli bir şekilde sunmaktır. Bu görevin yerine getirilmesindeki önemli araçlardan biri de sağlık organizasyonları yani kurumlarıdır. Sağlık kurumlarının temel bileşenlerinden biri olan hastaneler ise hizmet ettikleri toplumlara temel ve gelişmiş sağlık hizmetlerini sundukları ve aynı zamanda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluşturdukları için verimlilik, eşitlik ve kalite gibi hedefleri yakalamayı amaçlayan sağlık sektörü reform çalışmalarının önemli bir ayağını hastane reform çalışmaları oluşturmaktadır (Top, Şahin 2004).

Hastane reform çalışmaları kapsamında başvurulan yöntemlerden biri de kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi olup, bu uygulama ile hastane yönetimlerinin kamu hastane sektöründe kaynak dağıtımında daha etkili ve sorumlu bir rol alması esas alınmaktadır. Kamu hastane sektöründe yapılan güçlendirme çalışmaları; kamu hastanelerinin yönetim anlayışlarının daha esnek olması, yöneticilerin yetki ve sorumluluklarının artırılması, merkezi hükümet birimlerinin kamu hastanelerindeki aşırı baskıcı ve denetçi davranışlarının azaltılması ve hastane yönetim kurullarına toplum katılımının sağlanması gibi uygulamaları içermektedir (Harding, Preker 2003). Bu nedenle hastane özzerliği, kamu hastaneleri üzerindeki hükümet kontrolünün azalması ve karar alma mekanizmasının hiyerarşiden hastane idaresine kayması olarak tanımlanabilmektedir. Kamu hizmet kuruluşlarının sahip olduğu; girişimler ve özzerleştirme veya kurumlaştırma gibi resmi reformlar, hastane özzerleştirmesine uzanan süreçlerdir. Özzerleştirme bu deneyimler neticesinde elde edilen birikimlerden; kamu hastaneleri sektöründe benzer sonuçlar alınacağı beklentisini taşımaktadır (Castano 2004).

Hastane özzerliği, sağlık sektörünün verimlilik, adalet ve etkililiğinin geliştirmesi amacıyla birçok ülkede sağlık hizmetleri reformlarının ayrılmaz bir parçası olarak uygulandığı görülmektedir (Evelyn 2004). Özellikle, gelişmekte olan ülkelerin büyük bir kısmında kamu hastanelerinin kıt sağlık kaynaklarının büyük kısmını tükettiği ve çoğunlukla söz konusu kaynakların etkin olarak kullanılmadığı, bu nedenle hastanelerin acil reform ihtiyacında olduğu öne sürülmektedir (Collins ve diğerleri 1999).

Ancak gelişmekte olan ülkelerdeki özzer hastane uygulamaları incelendiğinde, hastane özzerliğinin yatak işgal oranı ve ortalama yatış süresi gibi verimlilik göstergeleri üzerine çok az etkili olduğu, bununla birlikte hastanelerde özzerlik seviyesinin artması ile yönetimde, finansman ve maliyet kontrolünde gelişmeler yaşandığı görülmektedir (Chawla

ve diğerleri 1996). Castano'ya göre ise, hastane özerkliği başarılı bir biçimde uygulanırsa, hastaneler kaynak seferberliğini merkezi bütçeden sağlamanın dışında kaynak yaratma ya da kaynak artışı sağlama gibi fırsatlar da yaratacaklardır (Castano 2004).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kaliteli, etkili, verimli ve ulaşılabilir olması için çeşitli dönemlerde köklü değişimlere gidilmiştir. 1961 yılında "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile 1987 yılında 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" yapılan reform niteliğindeki çalışmaların en önemlileridir. 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ise Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını çözmek, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği sağlamak için sağlık sistemini daha etkili hale getirmek amacıyla uygulanan reformlardandır (OECD, IBRD 2008).

Son olarak, 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir. Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, sağlık kurumlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu sağlık kurumlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur (Resmi Gazete 2011).

Yasaya göre, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir ve bunlar üst yapı olarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlıdır. 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. Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur (Resmi Gazete 2011).

Genel sekreter, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren 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 veya hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip olmalıdır. 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 yardımcılıkları başhekimin, müdür yardımcılıkları ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Sözleşmelerin süresi iki yıldan dört yıla kadar olabilir (Resmi Gazete 2011).

Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usul 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;

- Grup düşürülmesi,

- (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,
- (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,
- Bünyesindeki hastanelerden birinin ardı arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,

hallerinde kurumca genel sekreterin görevine son verilir. İlk üç maddede sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir (Resmi Gazete 2011). Ülke deneyimleri incelendiğinde genel anlamda desantralizasyon, özel anlamda ise kamu hastanelerinin özerkliğinin sağlanması sorunsuz ve sıkıntısız bir süreç olmadığı için kamu hastane birlikleri uygulamasının sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetiminde neden olacağı değişiklikler konusunda çeşitli endişeler bulunmaktadır (Şahin 2010). Bu endişelerin neler olduğunu belirlemek amacıyla yapılmış olan bir dizi çalışma bulunmakla birlikte (Bostan 2009; Pancar 2009; Şahin 2010), bu çalışmalarda, kamu hastanelerinin özerkliğinin sağlanması amacıyla uygulanan Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasının olası etkileri konusunda Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticileri ile yerel hastane yöneticilerinin ve sağlık meslek örgütlerinin görüşlerini kapsayan bir araştırma metodolojisi izlenmediği için KHB uygulamasının boyutu ve içeriği ile ilgili tartışmalar hala güncelliğini korumaktadır.

Bu çalışmada ise, önceki çalışmalardan farklı olarak sadece anket yöntemi esas alınmayarak kalitatif ve kantitatif veri toplama biçimlerinin her ikisine birden yer verilmiş ve sağlık yöneticilerinin kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan KHB uygulamasına ilişkin görüşlerini belirlemek ve yöneticilerin görüşlerinin mesleklerine göre farklı olup olmadığını tespit etmek hedeflenmiştir.

## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Araştırmada sağlık yöneticilerinin (Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticileri, sağlık kuruluşları ve meslek örgütleri yöneticileri) KHB uygulamasında yer alan düzenlemelere ilişkin görüş ve önerilerini tespit etmek ve görüşleri arasında mesleklerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma amacına ulaşmak için aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

**Hipotez 1.** Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının insan kaynakları yönetimi üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır.

**Hipotez 2.** Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının mali ve finansman yönetimi üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır.

**Hipotez 3.** Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının hastane yönetim yapısı/kadrosu üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır.

**Hipotez 4.** Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının sağlık hizmetlerinin planlanması üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır.

**Hipotez 5.** Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının toplum sağlığı üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır.

**Hipotez 6.** Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır.

## 2.2. Araştırmanın Evreni ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticileri (Genel Müdür, Genel Müdür Yardımcıları, Daire Başkanları), Ankara İl Sağlık Müdürlüğü yöneticileri (Sağlık Müdürü, Sağlık Müdür Yardımcıları, Şube Müdürleri), Ankara ili metropoliten kentteki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları yöneticileri (Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcıları, Başhemşire, Başhemşire Yardımcıları) ve Sağlık Meslek Örgütlerinin (Türk Tabipleri Birliği, Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Sağlık İdarecileri Derneği, Türk Hemşireler Derneği) yöneticileri (Başkan, Başkan Yardımcıları, Yönetim Kurulu Üyeleri) oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme belirlenirken iki farklı yaklaşım kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Meslek Örgütleri yöneticilerinin tamamının KHB uygulaması hakkında bilgi sahibi olması beklenmediği için burada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak KHB uygulaması hakkında (insan kaynakları yönetimi, mali ve finansman yönetimi, sağlık hizmetlerinin planlanması gibi konularda) daha fazla bilgi sahibi olması beklenen kişiler araştırma kapsamına alınmıştır. Böylece Tablo 1’de görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatındaki 75 yöneticiden 23’ü, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’ndeki 33 yöneticiden 28’i ve sağlık meslek örgütlerindeki 50 yöneticiden 20’si araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ankara ili metropoliten alandaki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları yöneticileri arasından ise örneklem seçilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmanın evren ve örnekleme ilişkin sonuçlar Tablo 1’de görüldüğü gibi gerçekleşmiştir.

**Tablo 1. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Kurum ve Kuruluşlar ile Yöneticiler	Evren	Örneklem	Geri Dönüş	
			Sayı	%
<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yöneticileri</b>	<b>75</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>48</b>
Genel Müdür ve Yardımcıları	30	9	5	55
Daire Başkanları	45	14	6	42
<b>Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticileri</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>50</b>
Sağlık Müdürü ve Yardımcıları	15	11	5	45
Şube Müdürleri	18	17	9	52
<b>Sağlık Meslek Örgütleri Yöneticileri</b>	<b>55</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Başkan ve Yardımcıları	10	10	10	100
Yönetim Kurulu Üyeleri	45	10	10	100
<b>Üçüncü Basamak Eğitim Araştırma Hastanesi Yöneticileri</b>	<b>400</b>	<b>400</b>	<b>205</b>	<b>51</b>
Başhekim ve Yardımcıları	182	182	98	53
Hastane Müdürü ve Yardımcıları	145	145	76	51
Başhemşire ve Yardımcıları	73	73	31	42
<b>İkinci Basamak Devlet Hastanesi Yöneticileri</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>58</b>	<b>67</b>
Başhekim ve Yardımcıları	32	32	23	72
Hastane Müdürü ve Yardımcıları	36	36	24	67
Başhemşire ve Yardımcıları	19	19	11	58
<b>Toplam</b>	<b>650</b>	<b>558</b>	<b>308</b>	<b>55</b>

### 2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma iki aşamalı olup ilk aşamasında kalitatif araştırma, ikinci aşamasında ise kantitatif araştırma yöntemlerine dayandırılmıştır. Kalitatif araştırma aşamasında yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmış ve yapılandırılmış görüşmelerde KHB uygulamasının olumlu ve olumsuz yönleri ile olumsuz yönlerin düzeltilmesiyle ilgili önerileri sorgulayan üç soruya yer verilmiştir.

Yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler, ikinci aşama olan kantitatif araştırmada kullanılan anketin oluşturulmasında kullanılmıştır. Anket formu iki ana bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde kişisel bilgiler ile ilgili yedi soruya yer verilirken, ikinci bölümde KHB uygulamasının insan kaynakları yönetimi, mali ve finansman yönetimi, hastane yönetim kadrosu, sağlık hizmetlerinin planlanması, toplum sağlığı ve hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkileri 38 ifade ile ölçülmeye çalışılmıştır. İkinci bölümdeki ifadeler 5'li Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Ölçeğe göre 1=Kesinlikle Katılıyorum, 2=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılmıyorum anlamına gelmektedir.

Tablo 2'de anketin içeriği ve güvenilirliği ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bu çalışmada güvenilirlik, hem Cronbach alfa katsayısı ile hem de test-tekrar test yöntemiyle test edilmiştir. Test-tekrar test yöntemi için veri toplama aracı on gün arayla yirmi katılımcıya tekrar uygulanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda Tablo 2'de görüldüğü üzere Cronbach alfa katsayısının 0,70-0,95 arasında, test-tekrar test yöntemine göre ise güvenilirlik katsayısının 0,95-0,98 arasında ve her ikisinin de genel içsel tutarlılık katsayılarının 0,97 olduğu ve kabul edilebilirlik sınırı olan 0,70'in üzerinde olduğu görülmektedir.

**Tablo 2. Anketin İçeriği ve Güvenirliği Tablosu**

Anketin İçeriği ve Güvenirliği	Yargı Sayısı	Cronbach Alfa Katsayısı	Test-Tekrar Test
KHB uygulamasının insan kaynakları yönetimi üzerindeki olası etkileri	3	0,82	0,95
KHB uygulamasının mali ve finansman yönetimi üzerindeki olası etkileri	5	0,90	0,97
KHB uygulamasının hastane yönetim kadrosu üzerindeki olası etkileri	14	0,89	0,97
KHB uygulamasının sağlık hizmetlerinin planlanması üzerindeki olası etkileri	3	0,70	0,97
KHB uygulamasının toplum sağlığı üzerindeki olası etkileri	5	0,95	0,98
KHB uygulamasının hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkileri	8	0,90	0,97
Genel Güvenirlik katsayısı	38	0,97	0,97

### 2.4. Verilerin Analizi

Kalitatif araştırma aşamasında Sağlık Bakanlığı'ndan üç üst düzey yönetici, bir eğitim araştırma hastanesi başhekimisi ve dört sağlık meslek örgütü yöneticisi olmak üzere toplam sekiz görüşmeye ilişkin kayıtlar betimsel analize tabi tutularak tema ve kodlar çıkarılmış ve kantitatif araştırmada kullanılacak olan anket hazırlanmıştır.

Kantitatif araştırmadan elde edilen veriler ise, araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler SPSS programı (15.0) ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki yöneticilerin özellikleri ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Araştırmanın hipotezlerini test etmeden önce verilerin Kolmogrov-Smirnov testine dayalı olarak normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılmayan veriler için bağımsız ikiden çok grup arasında fark olup olmadığını sınamak amacıyla Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar, tablolaştırılarak bulgular bölümünde yorumlanmıştır. Araştırmada tüm bulgular  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde sınanmıştır.

### III. BULGULAR

Bu bölümde bulgular kalitatif ve kantitatif araştırma bulguları olmak üzere iki başlık altında sunulmaktadır.

#### 3.1. Kalitatif Araştırma Bulguları

Kalitatif araştırma aşamasında sekiz yönetici ile birebir görüşmeler yapılmış ve ayrıca Türk Diş Hekimleri Birliği'nin resmi internet sayfasında yayınlanan görüşlerinden faydalanılmıştır. Kalitatif görüşme aşamasındaki tüm görüşler not tutma yöntemi ile kayıt altına alınmıştır. Görüşme yapılan kişilerin unvanı, görüşme tarihi ve görüşme sürelerine ilişkin bilgiler Tablo 3'de yer almaktadır.

**Tablo 3. Kalitatif Görüşme Bilgileri**

Unvanı	Görüşme Tarihi	Görüşme Süresi
SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü	13.10.2010	60 dakika
SB Personel Genel Müdürü	08.11.2010	45 dakika
SB Strateji Geliştirme Başkan Yardımcısı	25.11.2010	60 dakika
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimisi	09.12.2010	120 dakika
Türk Tabipleri Birliği Yönetim Kurulu Üyesi	09.10.2010	180 dakika
Türk Eczacıları Birliği Kurum Avukatı	18.10.2010	60 dakika
Sağlık İdarecileri Derneği Başkanı	22.10.2010	120 dakika
Türk Hemşireler Derneği Yöneticisi	04.11.2010	60 dakika
Türk Diş Hekimleri Birliği Resmi Görüşü	10.11.2010	-

Bu görüşmeler, yapılandırılmış görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir ve aşağıdaki üç soru kullanılmıştır.

- KHB uygulamasının muhtemel fayda ya da olumlu yönleri nelerdir?
- KHB uygulamasının muhtemel risk ya da olumsuz yönleri nelerdir?
- KHB uygulamasının bu olumsuz yönleri nasıl iyileştirilebilir?

Yapılan kalitatif görüşmelerin neticesinde; KHB uygulamasının olumlu yönlerine 40 farklı görüş, KHB uygulamasının olumsuz yönlerine 33 farklı görüş, KHB uygulamasının olumsuz yönlerinin iyileştirilmesine ilişkin 14 farklı öneri elde edilmiştir. Ancak bu aşamada önemli hiçbir ifadeyi dışarıda bırakmamak kaygısı ile hareket edildiği için doğal olarak aynı anlama gelen tekrar yargılarla karşılaşmıştır. Benzer ifadeler çıkartıldıktan sonra KHB uygulamasının olası etkileri altı boyut altında (insan kaynakları yönetimi, mali ve finansman yönetimi, hastane yönetim kadrosu, sağlık hizmetlerinin planlanması, toplum sağlığı ve hastanelerin genel yapısı) 38 farklı ifade şeklinde belirlenmiştir. Kişisel bilgileri ölçmeye

ilişkin yedi soru daha ilave edildikten sonra toplam 45 maddeden oluşan ve kantitatif araştırma aşamasında kullanılan anket oluşturulmuştur.

### 3.2. Kantitatif Araştırma Bulguları

Bu bölümde, araştırmaya katılan sağlık ve meslek örgütü yöneticilerinin sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgiler sunulduktan sonra, yöneticilerin, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi amacıyla uygulanan KHB uygulamasında yer alan düzenlemelere ilişkin görüş ve önerileri mesleklerine göre karşılaştırılmıştır.

**Tablo 4. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=308)**

Bulgular		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	216	70,1
	Kadın	92	29,9
Yaş	29-40 yaş	107	34,7
	41-64 yaş	201	65,3
Eğitim Durumu	Lisans	184	59,7
	Lisansüstü	124	40,3
Mesleği	Hekim	132	42,9
	Hemşire	47	15,3
	Profesyonel Yönetici*	121	39,3
	Diş Hekimi, Eczacı	8	2,5
İdari Görev Süresi	1-5 yıl	159	51,6
	6-36 yıl	149	48,4
Toplam Görev Süresi	1-19 yıl	153	49,7
	20-47 yıl	155	50,3

\*Sağlık İdaresi, İşletme, İktisat, Kamu Yönetimi vb. alanlarda lisans eğitimi almış yöneticiler.

Tablo 4’de araştırmaya katılan sağlık ve meslek örgütü yöneticilerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Ankete katılan yöneticilerin %70,1’nin erkeklerden oluştuğu, %65,3’ünün 41-69 yaş grubunda oldukları, %59,7’sinin lisans mezunlarından oluşurken, %40,3’ünün ise yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık eğitimi aldığı görülmektedir. Ankete katılan yöneticiler mesleklerine göre incelendiğinde, %42,9’unun hekim, %15,3’ünün hemşire, %39,3’ünün profesyonel yönetici ve %2,5’inin diş hekimi ve eczacı olduğu belirlenmiştir. %51,6’sının idari görev süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %48,4’ünün 6-36 yıl arasında olduğu, toplam görev süreleri değerlendirildiğinde ise, %49,7’sinin 1-19 yıl arasında iken, %50,3’ünün 20-47 yıl arasında olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 5. Sağlık Yöneticilerinin KHB Uygulamasının İnsan Kaynakları Yönetimi Üzerindeki Olası Etkilerine İlişkin Değerlendirmelerinin, Yöneticilerin Mesleklerine Göre Karşılaştırılması**

Yargılar	Hekim (n= 132)	Hemşire (n= 47)	Profesyonel Yönetici (n= 121)	Ki- Kare Testi	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Kamu Hastane Birlikleri (KHB) çalışanların memnuniyetsizliğine yol açacaktır. <sup>R</sup>	156,0	107,4	159,6	15,965	<0,001
KHB ile kadro sıkıntısı çeken yerlerde Birlik Yönetiminin kararı ile personel istihdam edileceğinden personel eksikliği kalmayacaktır	145,7	174,8	146,5	4,752	0,093
KHB, idari ve mali konularda uzman personel istihdamı sağlayacaktır	156,9	164,2	138,4	5,035	0,081
KHB uygulamasının İnsan Kaynakları Yönetimi üzerindeki olası etkilerinin Genel Ortalaması	148,7	186,4	138,9	10,337	0,006

<sup>R</sup> Anlamca olumsuzluk içeren ifade olduğu için boyut ortalaması alınmadan önce Likert ölçeğindeki skorları ters çevrilmiştir.

Tablo 5’de sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının insan kaynakları yönetimi üzerindeki olası etkilerine ilişkin değerlendirmeleri yöneticilerin meslekleri açısından incelenmiş ve bir maddeye ilişkin görüşlerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri, “Kamu Hastane Birlikleri (KHB) çalışanların memnuniyetsizliğine yol açacaktır” ( $p<0,001$ ) görüşüne mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlardır.

Her ne kadar “KHB ile kadro sıkıntısı çeken yerlerde Birlik Yönetiminin kararı ile personel istihdam edileceğinden personel eksikliği kalmayacaktır” ( $p=0,093$ ) ifadesine mesleği hekim olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hemşire ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p\geq 0,05$ ). Yine “KHB, idari ve mali konularda uzman personel istihdamı sağlayacaktır” ( $p=0,081$ ) ifadesine mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hemşire ve hekim olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p\geq 0,05$ ).

Buna göre “Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının insan kaynakları yönetimi üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır” şeklindeki hipotez 1 kabul edilmiştir.

**Tablo 6. Sağlık Yöneticilerinin KHB Uygulamasının Mali ve Finansman Yönetimi Üzerindeki Olası Etkilerine İlişkin Değerlendirmelerinin, Yöneticilerin Mesleklerine Göre Karşılaştırılması**

Yargular	Hekim (n= 132)	Hemşire (n= 47)	Profesyonel Yönetici (n= 121)	Ki- Kare Testi	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
KHB ile hastaneler arasında malzeme ve ekipman transferi yapılacağından kaynakların kullanımı daha verimli hale gelecektir	143,2	192,0	142,7	15,076	0,001
KHB ile atıl vaziyetteki hastane arsa ve arazileri birlik yönetiminin kararı ile işletileceğinden daha etkili ve verimli kullanılacaktır	157,1	183,8	130,8	16,387	<0,001
KHB ile birliğe dönüştürülecek hastanelerin her türlü araç, gereç ve malzeme satın alımları tek bir elden yapılacağı için hastanelerin tedarikçiler karşısındaki pazarlık gücü artacaktır	152,7	178,6	137,6	8,775	0,012
KHB uygulaması ile yönetsel kademe sayısı artacağı için malzemelerin temin edilmesi ile ilgili prosedür uzayacaktır. <sup>R</sup>	149,0	145,9	153,8	0,448	0,799
KHB uygulaması ile hastaneler işletme haline dönüştürüleceği için gereksiz hizmet kullanımı ve kaynak israfı olacaktır. <sup>R</sup>	154,1	121,2	155,3	6,948	0,031
KHB uygulamasının Mali ve Finansman Yönetimi üzerindeki olası etkilerinin Genel Ortalaması	149,7	186,3	137,9	10,607	0,005

<sup>R</sup> Anlamca olumsuzluk içeren ifade olduğu için boyut ortalaması alınmadan önce Likert ölçeğindeki skorları ters çevrilmiştir.

Tablo 6’da sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının mali ve finansman yönetimi üzerindeki olası etkilerine ilişkin değerlendirmeleri yöneticilerin meslekleri açısından incelenmiş ve dört maddeye ilişkin görüşlerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri, “KHB uygulaması ile hastaneler işletme haline dönüştürüleceği için gereksiz hizmet kullanımı ve kaynak israfı olacaktır” ( $p=0,031$ ) görüşüne mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlarken, mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri, “KHB ile hastaneler arasında malzeme ve ekipman transferi yapılacağından kaynakların kullanımı daha verimli hale gelecektir” ( $p=0,001$ ), “KHB ile atıl vaziyetteki hastane arsa ve arazileri Birlik Yönetiminin kararı ile işletirileceğinden daha etkili ve verimli kullanılacaktır” ( $p<0,001$ ) ve “KHB ile birliğe dönüştürülecek hastanelerin her türlü araç, gereç ve malzeme satın alımları tek bir elden yapılacağı için hastanelerin tedarikçiler karşısındaki pazarlık gücü artacaktır” ( $p=0,012$ ) görüşlerine mesleği hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlardır.

Her ne kadar “KHB uygulaması ile yönetsel kademe sayısı artacağı için malzemelerin temin edilmesi ile ilgili prosedür uzayacaktır” ( $p=0,799$ ) ifadesine mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p\geq 0,05$ ).

Buna göre “Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının mali ve finansman yönetimi üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır” şeklindeki hipotez 2 kabul edilmiştir.

**Tablo 7. Sağlık Yöneticilerinin KHB Uygulamasının Hastane Yönetim Kadrosu Üzerindeki Olası Etkilerine İlişkin Değerlendirmelerinin, Yöneticilerin Mesleklerine Göre Karşılaştırılması**

Yargılar	Hekim (n= 132)	Hemşire (n= 47)	Profesyonel Yönetici (n= 121)	Ki- Kare Testi	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
KHB ile hastane yönetiminde istihdam edilecek kişilerin görev tanımları ve sorumluluk alanları daha belirgin hale gelecektir	144,6	194,2	140,4	16,942	<0,001
KHB ile sağlık kurumları profesyonel sağlık yöneticileri tarafından yönetilecektir	133,9	198,7	150,3	22,400	<0,001
KHB ile yöneticilerin görev sürelerinin sınırlandırılması, dinamik bir yönetim yapısı sağlanacaktır	123,3	210,1	154,9	43,024	<0,001
KHB ile birlik yönetimi özerk bir yapıya sahip olacağı için yeni sağlık yatırımları alanında daha etkin ve hızlı kararlar alacaktır	144,3	193,6	141,0	15,728	<0,001
KHB ile birlik yönetimi kendisine bağlı hastanelerin performans göstergelerini yakından takip edebilecektir	146,2	197,0	136,3	19,971	<0,001
KHB, üst yöneticilere kendi yönetim ekibini oluşturma inisiyatifini sağlayacaktır.	132,0	194,6	152,7	26,049	<0,001
KHB uygulaması ile sağlık sektöründeki mevcut yönetim kadroları iptal edilip, yeni kadrolar tahsis edileceği için büyük bir kadrolaşma sorunu yaşanacaktır. <sup>R</sup>	158,4	120,5	153,3	8,455	0,015
KHB uygulamasında üst yöneticilerin seçimi ile ilişkili kriterler yeterli değildir. <sup>R</sup>	124,1	175,2	168,6	28,585	<0,001
KHB uygulaması, yeni bir yönetim yapısı öngördüğü için mevcut yetişmiş yöneticilerin sistem dışı kalmalarına ve insan gücü kapasitesinin kullanılmasına neden olacaktır. <sup>R</sup>	140,7	150,8	161,0	4,860	0,088

<sup>R</sup> Anlamca olumsuzluk içeren ifade olduğu için boyut ortalaması alınmadan önce Likert ölçeğindeki skorları ters çevrilmiştir.

**Tablo 7. Sağlık Yöneticilerinin KHB Uygulamasının Hastane Yönetim Kadrosu Üzerindeki Olası Etkilerine İlişkin Değerlendirmelerinin, Yöneticilerin Mesleklerine Göre Karşılaştırılması (Devam)**

Yargılar	Hekim (n= 132)	Hemşire (n= 47)	Profesyonel Yönetici (n= 121)	Ki- Kare Testi	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
KHB uygulaması, yöneticilerin sözleşmeli olmasını öngördüğü için Anayasa'nın 128'nci maddesine ters düştüğünden hukuki bir sorundur. <sup>R</sup>	144,4	136,7	161,2	4,389	0,111
KHB ile birlik yönetiminde görev alan personel üzerinde siyasi baskı artacaktır. <sup>R</sup>	153,5	150,0	147,4	0,493	0,781
Birliklerin yönetiminde meslek örgütleri ve sivil toplum temsilcilerinin bulunmaması önemli bir eksikliklerdir. <sup>R</sup>	160,3	117,4	152,4	10,079	0,006
Birliklerin yönetimine, mevcut hastane yöneticileri arasından yönetici seçilmelidir	136,6	142,6	120,7	5,61	0,061
Genel Sekreterlik bünyesinde görev alacak yöneticilere sağlık yönetimi alanında eğitim alma zorunluluğu getirilmelidir	135,7	152,9	118,7	13,65	0,001
KHB uygulamasının Hastane Yönetim Yapısı/Kadrosu üzerindeki olası etkilerinin Genel Ortalaması	141,4	208,7	138,4	24,619	<0,001

Tablo 7'de sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının hastane yönetim kadrosu üzerindeki olası etkilerine ilişkin değerlendirmeleri yöneticilerin meslekleri açısından incelenmiş ve on maddeye ilişkin görüşlerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre mesleği hekim olan sağlık yöneticileri "KHB ile sağlık kurumları profesyonel sağlık yöneticileri tarafından yönetilecektir" ( $p<0,001$ ), "KHB ile yöneticilerin görev sürelerinin sınırlandırılması, dinamik bir yönetim yapısı sağlanacaktır" ( $p<0,001$ ), "KHB, üst yöneticilere kendi yönetim ekibini oluşturma inisiyatifini sağlayacaktır" ( $p<0,001$ ) ve "KHB uygulamasında üst yöneticilerin seçimi ile ilişkili kriterler yeterli değildir" ( $p<0,001$ ), görüşlerine mesleği hemşire ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlarken, mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri, "Birliklerin yönetiminde meslek örgütleri ve sivil toplum temsilcilerinin bulunmaması önemli bir eksikliklerdir" ( $p=0,006$ ) ve "KHB uygulaması ile sağlık sektöründeki mevcut yönetim kadroları iptal edilip, yeni kadrolar tahsis edileceği için büyük bir kadrolaşma sorunu yaşanacaktır" ( $p=0,015$ ) görüşlerine mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlardır. Ayrıca mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri, "KHB ile hastane yönetiminde istihdam edilecek kişilerin görev tanımları ve sorumluluk alanları daha belirgin hale gelecektir" ( $p<0,001$ ), "KHB ile birlik yönetimi özerk bir yapıya sahip olacağı için yeni sağlık yatırımları alanında daha etkin ve hızlı kararlar alacaktır" ( $p<0,001$ ), "Genel Sekreterlik bünyesinde görev alacak yöneticilere sağlık yönetimi alanında eğitim alma zorunluluğu getirilmelidir" ( $p=0,001$ ) ve "KHB ile birlik yönetimi kendisine bağlı hastanelerin performans göstergelerini yakından takip edebilecektir" ( $p<0,001$ ) görüşlerine mesleği hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlardır.

Her ne kadar “KHB uygulaması, yeni bir yönetim yapısı öngördüğü için mevcut yetişmiş yöneticilerin sistem dışı kalmalarına ve insan gücü kapasitesinin kullanılmamasına neden olacaktır” ( $p=0,088$ ) ifadesine mesleği hekim olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hemşire ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p\geq 0,05$ ). Yine “KHB uygulaması, yöneticilerin sözleşmeli olmasını öngördüğü için Anayasa’nın 128 nci maddesine ters düştüğünden hukuki bir sorundur” ( $p=0,111$ ) ifadesine mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p\geq 0,05$ ). Yine “KHB ile birlik yönetiminde görev alan personel üzerinde siyasi baskı artacaktır” ( $p=0,781$ ) ve “Birliklerin yönetimine, mevcut hastane yöneticileri arasından yönetici seçilmelidir” ( $p=0,061$ ) ifadelerine mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p\geq 0,05$ ).

Buna göre “Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının hastane yönetim yapısı/kadrosu üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır” şeklindeki hipotez 3 kabul edilmiştir.

**Tablo 8. Sağlık Yöneticilerinin KHB Uygulamasının Sağlık Hizmetlerinin Planlanması Üzerindeki Olası Etkilerine İlişkin Değerlendirmelerinin, Yöneticilerin Mesleklerine Göre Karşılaştırılması**

Yargılar	Hekim (n= 132)	Hemşire (n= 47)	Profesyonel Yönetici (n= 121)	Ki- Kare Testi	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
KHB ile sağlık hizmeti sunumunda hastaneler arası işbirliği ve koordinasyon sağlanacaktır	152,9	191,3	132,6	17,947	<0,001
KHB ile Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundaki yükü azalacağı için Bakanlık daha çok planlama ve denetime ağırlık verecektir	145,8	202,8	134,5	24,693	<0,001
Sağlık Bakanlığının denetim yetkisi korunarak sağlık hizmetlerinde kamu gücünün varlığı devam etmelidir	146,6	132,7	113,9	13,83	0,001
KHB uygulamasının Sağlık Hizmetlerinin Planlanması üzerindeki olası etkilerinin Genel Ortalaması	152,8	207,9	126,3	31,055	<0,001

Tablo 8’de sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının sağlık hizmetlerinin planlanması üzerindeki olası etkilerine ilişkin değerlendirmeleri yöneticilerin meslekleri açısından incelenmiş ve üç maddeye ilişkin görüşlerinin tamamının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri, “KHB ile Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundaki yükü azalacağı için Bakanlık daha çok planlama ve denetime ağırlık verecektir” ( $p<0,001$ ), “Sağlık Bakanlığının denetim yetkisi korunarak sağlık hizmetlerinde kamu gücünün varlığı devam etmelidir” ( $p=0,001$ ) ve “KHB ile sağlık hizmeti sunumunda hastaneler arası işbirliği ve koordinasyon sağlanacaktır” ( $p<0,001$ ) görüşlerine mesleğine hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlardır.

Buna göre “Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının sağlık hizmetlerinin planlanması üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır” şeklindeki hipotez 4 kabul edilmiştir.

**Tablo 9. Sağlık Yöneticilerinin KHB Uygulamasının Toplum Sağlığı Üzerindeki Olası Etkilerine İlişkin Değerlendirmelerinin, Yöneticilerin Mesleklerine Göre Karşılaştırılması**

Yargılar	Hekim (n= 132)	Hemşire (n= 47)	Profesyonel Yönetici (n= 121)	Ki- Kare Testi	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
KHB ile hasta memnuniyeti artacaktır	136,7	187,3	151,5	13,150	0,001
KHB ile halkın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşacaktır	151,8	191,1	133,8	17,330	<0,001
KHB uygulaması ile hasta haklarına saygılı, toplumun sağlık ihtiyaç ve önceliklerine duyarlı bir anlayış geliştirecektir	150,4	184,6	137,8	11,639	0,003
KHB uygulaması ile kamu hastaneleri kar amacı güden işletmeler haline geleceğinden, toplum sağlığını tehdit edecektir <sup>R</sup>	149,0	124,6	161,9	7,327	0,026
KHB uygulaması, meslek örgütlerinin, üniversitelerin ve ilgili tüm tarafların görüşü ve eleştirileri dikkate alınarak yeniden düzenlenmelidir	131,9	126,5	134,4	0,42	0,810
KHB uygulamasının toplum sağlığı üzerindeki olası etkilerinin Genel Ortalaması	146,6	193,5	138,5	14,374	0,001

<sup>R</sup> Anlamca olumsuzluk içeren ifade olduğu için boyut ortalaması alınmadan önce Likert ölçeğindeki skorları ters çevrilmiştir.

Tablo 9’da sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının toplum sağlığı üzerindeki olası etkilerine ilişkin değerlendirmeleri yöneticilerin meslekleri açısından incelenmiş ve dört maddeye ilişkin görüşlerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Buna göre mesleği hekim olan sağlık yöneticileri, “KHB ile hasta memnuniyeti artacaktır” ( $p = 0,001$ ), görüşüne mesleği hemşire ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlardır. Ayrıca mesleği hekim olan sağlık yöneticileri, “KHB uygulaması ile hasta haklarına saygılı, toplumun sağlık ihtiyaç ve önceliklerine duyarlı bir anlayış geliştirecektir” ( $p = 0,003$ ) ve “KHB ile halkın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşacaktır” ( $p < 0,001$ ) görüşlerine mesleği hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerine göre çok daha fazla katılmışlardır. Ayrıca mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri, “KHB uygulaması ile hasta haklarına saygılı, toplumun sağlık ihtiyaç ve önceliklerine duyarlı bir anlayış geliştirecektir” ( $p = 0,026$ ) görüşüne mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerine göre daha fazla katılmışlardır.

Her ne kadar “KHB uygulaması, meslek örgütlerinin, üniversitelerin ve ilgili tüm tarafların görüşü ve eleştirileri dikkate alınarak yeniden düzenlenmelidir” ( $p = 0,810$ ) ifadesine mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p \geq 0,05$ ).

Buna göre “Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının toplum sağlığı üzerindeki olası etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır” şeklindeki hipotez 5 kabul edilmiştir.

**Tablo 10. Sağlık Yöneticilerinin KHB Uygulamasının Hastanelerin Genel Yapısı Üzerindeki Etkilerine İlişkin Değerlendirmelerinin, Yöneticilerin Mesleklerine Göre Karşılaştırılması**

Yargılar	Hekim (n= 132)	Hemşire (n= 47)	Profesyonel Yönetici (n=121)	Ki- Kare Testi	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
KHB ile kamu hastanelerinin kurumsal performansı artacaktır	165,3	168,5	126,6	17,493	<0,001
KHB ile hastanelerin puanlarına göre A, B, C, D, E olarak sınıflandırılması hastaneler arasındaki rekabeti artıracaktır	130,0	205,8	150,6	30,801	<0,001
KHB ile hastaneler sağlık işletmesine dönüştürüleceğinden özelleştirmeye zemin hazırlayacaktır <sup>R</sup>	145,8	138,4	196,2	17,885	<0,001
KHB ile hastanelere idari ve mali özerklik sağlanması, merkezi yönetimin yükünü azaltacaktır	143,4	187,5	144,2	11,922	0,003
KHB uygulaması yerinden yönetimi sağlayacağı için sorunların daha hızlı çözümünü sağlayacaktır	145,6	188,3	140,2	13,525	0,001
Kamu hastanelerinin sorunları mevcut yapısı korunarak çözümlenmelidir	132,7	122,2	135,3	1,22	0,543
Kamu hastanelerine, yerinden yönetim anlayışına sahip özerk bir yapı kazandırılmalıdır	128,5	151,3	128,2	3,72	0,156
Kamu hastaneleri özelleştirilmelidir	125,6	125,0	142,7	4,08	0,130
KHB uygulamasının Hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkilerinin Genel Ort.	143,2	190,0	143,5	11,341	0,003

<sup>R</sup> Anlamca olumsuzluk içeren ifade olduğu için boyut ortalaması alınmadan önce Likert ölçeğindeki skorları ters çevrilmiştir.

Tablo 10’da sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkilerine ilişkin değerlendirmeleri yöneticilerin meslekleri açısından incelenmiş ve beş maddeye ilişkin görüşlerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre mesleği hekim olan sağlık yöneticileri, “KHB ile hastanelerin puanlarına göre A, B, C, D, E olarak sınıflandırılması hastaneler arasındaki rekabeti artıracaktır” ( $p<0,001$ ) ve “KHB ile hastanelere idari ve mali özerklik sağlanması, merkezi yönetimin yükünü azaltacaktır” ( $p=0,013$ ), görüşlerine mesleği hemşire ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden daha çok katılmışlarken, mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri, “KHB ile kamu hastanelerinin kurumsal performansı artacaktır” ( $p=0,003$ ) ve “KHB uygulaması yerinden yönetimi sağlayacağı için sorunların daha hızlı çözümünü sağlayacaktır” ( $p=0,017$ ) görüşlerine mesleği hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerinden daha çok katılmışlardır. Ayrıca mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri, “KHB ile hastaneler sağlık işletmesine dönüştürüleceğinden özelleştirmeye zemin hazırlayacaktır” ( $p<0,001$ ) görüşüne mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden daha çok katılmışlardır.

Her ne kadar “Kamu hastanelerinin sorunları mevcut yapısı korunarak çözülmelidir” ( $p=0,543$ ) ve “Kamu hastaneleri özelleştirilmelidir” ( $p=0,130$ ) ifadelerine mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hekim ve profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p \geq 0,05$ ). Yine “Kamu hastanelerine, yerinden yönetim anlayışına sahip özerk bir yapı kazandırılmalıdır” ( $p=0,156$ ) ifadesine mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri daha fazla katılmış olmalarına rağmen mesleği hekim ve hemşire olan sağlık yöneticilerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p \geq 0,05$ ).

Buna göre “Sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasının hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinde, yöneticilerin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık vardır” şeklindeki hipotez 6 kabul edilmiştir.

#### IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın kontrol ve denetiminde yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı gerek kamu gerekse özel sektörde sunulan bu hizmetlerin iyi organize edilmesi, toplumun tüm kesimlerini kapsamaması, ulaşılabilir olması, hakkaniyeti sağlaması ve aynı zamanda yüksek kaliteli ve verimli olması için yoğun çaba harcamaktadır. İdari, mali, tıbbi ve teknik hizmetlerin yürütüldüğü hastaneler birçok meslek gruplarından kişilerin ekip hizmeti anlayışı içerisinde çalışmak durumunda olduğu sağlık kurumlarıdır.

58, 59, 60 ve 61’nci hükümet dönemlerinde kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi konusunda kararlı ve azimli çalışmaların ağırlık kazandığı görülmektedir. Gerek hükümet ve parti programlarında gerekse kalkınma planlarında kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi gereği önemle vurgulanmıştır.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname ile Bakanlık yeniden yapılandırılmış, bağlı kuruluş olarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu oluşturularak, kamu hastaneler birliği uygulaması yürürlüğe girmiştir.

Bu çalışma kapsamında kamu hastane birlikleri modeline yönelik kamuoyunda gündeme gelen endişe ve eleştirilerden yola çıkarak Ankara metropoliten kentteki Sağlık Bakanlığı, sağlık müdürlüğü, kamu hastaneleri ve ilgili sağlık meslek örgütlerinde görev yapan sağlık yöneticilerinin mesleklerine göre görüş ve düşüncelerini tespit etmek amacıyla bir alan araştırması yapılmış ve mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerinin KHB uygulamasına ilişkin değerlendirmelerinin genellikle mesleği hekim ve hemşire olan yöneticilere göre daha olumlu olduğu, buna karşın hemşire yöneticilerin KHB uygulamasının insan kaynakları yönetimi, mali ve finansman yönetimi, hastane yönetim yapısı/kadrosu, sağlık hizmetlerinin planlanması, toplum sağlığı ve hastanelerin genel yapısı üzerindeki etkilerine ilişkin görüşlerinin ise profesyonel yönetici ve hekimlere göre daha olumsuz olduğu görülmüştür.

Bu yönde yapılan bir başka çalışmada (Boston, 2009) ise, hastane yöneticilerinin yarısından fazlasının, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yönetiminin, Yerel Hastane Birliklerine devri ve hastanelerin özerkleştirilmesini öngören düzenlemenin uygulanmasını iyi olmayacak olarak ifade ettikleri tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen sonuçlar Boston’ın çalışmasına göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızda mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri araştırmamızın %40’ını oluşturmakta ve KHB uygulamasına ilişkin değerlendirmelerinin genellikle mesleği hekim ve hemşire olan yöneticilere göre daha olumlu yaklaşırken, araştırmamızın %15’ini oluşturan hemşire yöneticilerin KHB uygulamasına ilişkin değerlendirmelerinin genellikle profesyonel yönetici ve hekimlere



göre daha olumsuz olduğu görülmüştür.

Pancar (2009) ise yaptığı çalışmada yöneticilerin eğitim seviyesi arttıkça özerkleştirme politikalarına daha çok destek verdiklerini bulmuştur. Hastane yöneticilerinin çoğunluğunun yönetim kurulunda kamu deneyimi olanların yer almasını savundukları anlaşılmaktadır. Yöneticilerin çoğunluğu yaşadıkları sorunların çözümü için özerkleştirmeyi önerdikleri ve KHB modeline ilişkin düzenlemelere önemli ölçüde destek verdikleri görülmektedir. Ancak KHB uygulamasındaki yönetim ekibinin oluşturulmasında, fonksiyonel yöneticilerin ve uzman personelin seçiminde yeterli objektif kriterlerin belirlenmediği yönünde düşüncelerinin olduğu anlaşılmaktadır. Yaptığımız çalışma Pancar'ın çalışmasına paralellik göstermektedir. Özellikle mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri KHB modeline ilişkin düzenlemelere önemli ölçüde destek verirken, yönetici seçimindeki kriterlerin yeterli olmamasını eleştirmişlerdir.

Şahin'in (2010) yaptığı çalışmada ise araştırmaya katılan sağlık yöneticileri, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesinin olumlu etkilerini hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması olarak belirtmişlerdir. Çalışmamızda mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticileri, KHB uygulaması ile sağlık hizmetleri planlamasının daha iyi olacağını ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kuruluşlarını daha iyi denetleyeceğini düşünmüşlerdir. Şahin'in (2010) yaptığı çalışmada sağlık yöneticileri, uygulamanın 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, uygulamada personele fazla mesai için ek ödeme yapılmaması olarak belirtmişlerdir. Çalışmamızda mesleği hemşire olan sağlık yöneticileri kadrolaşma riskinin artacağını ve sağlığın anayasal bir hak olmaktan çıkıp ticarileşeceği sonucuna ulaşmışlardır. Şahin tarafından yapılan bu çalışma sonucunda kamu hastane yöneticilerinin tedarik, mali idare ve genel idare konusunda yetki genişliği istedikleri ortaya çıkmıştır. Özellikle kamu hastane müdürlerinin mevcut kamu alım mevzuatına tabi olmaktan muzdarip oldukları tespit edilmiştir. Bu sonuçların benzerliğinden dolayı Şahin'in (2010) çalışması ile çalışmamız paralellik göstermektedir.

Mesleği hemşire olan sağlık yöneticilerimiz KHB uygulaması ile; çalışan memnuniyetsizliğinin olacağını, hastanelerde gereksiz hizmet kullanımı ve kaynak israfının olacağını, sağlık kuruluşlarında büyük bir kadrolaşma olacağını, hastanelerin işletmeye dönüşerek toplum sağlığını tehdit edeceğini ve hastanelerin özelleştirilmesine zemin hazırlayacağını düşünmüşlerdir. Mesleği hemşire olan sağlık yöneticilerinin KHB uygulaması ile ilgili bu olumsuz tespitlerde bulunmasının en önemli sebeplerinden birisi; uygulamanın içerisinde meslekleri ile ilgili yönetim kademesinin olmadığı, daha önce var olan "Başhemşire" görevinin yerine "Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü"nin yer aldığı, bu görevi yerine getirecek yöneticinin taşınması gereken kriterler açısından sadece 4(dört) yıllık fakülte/yükseköğretim mezunu olma şartının getirilmesi olarak düşünülmektedir.

Mesleği profesyonel yönetici olan sağlık yöneticilerimiz KHB uygulaması ile; hastanelerde taşınır ve taşınmaz varlıkların kullanımının daha verimli hale geleceği, hastanelerin tedarikçiler karşısındaki pazarlık gücünün artacağını, sağlık yöneticilerinin görev tanım ve sorumluluklarının daha belirgin hale geleceğini, sağlık yatırımlarının daha etkin ve hızlı olacağını, hastane performans göstergelerinin yakından takip edileceğini, sağlık yöneticilerinin sağlık yönetimi alanında eğitim alması gerekliliğini, hastaneler arası koordinasyonun artacağını, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetime ağırlık vereceğini, sağlık hizmetlerinde kamu gücünün devam etmesi gerekliliğini, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşacağını, sağlık ihtiyaç ve önceliklere duyarlı anlayışın olacağını, hastanelerin kurumsal performansının artacağını ve sorunlarının daha hızlı çözüleceğini düşünmüşlerdir.

Profesyonel sağlık yöneticilerinin KHB uygulaması ile ilgili bu olumlu tespitlerinin sebebi, almış oldukları lisans eğitiminin etkisi ile kamu hastane işletmeciliği ile ilgili sorunları profesyonel bir uygulama alanı olarak görmeleri ve uygulamanın içerisinde görev tanımı ve sorumluluk alanları net olan bir yönetim kademesinin bulunduğunu düşünmeleridir.

Mesleği hekim olan sağlık yöneticilerimiz KHB uygulaması ile; hastanelerin profesyonel sağlık yöneticileri tarafından yönetileceğini, dinamik bir yönetim yapısının olacağını, üst yöneticilerin ekibini oluşturabileceğini, hasta memnuniyetinin artacağını, hastaneler arası rekabetin artacağını ve merkezi yönetimin yükünün azalacağını düşünmüşlerdir. Mesleği hekim olan sağlık yöneticilerinin KHB uygulaması ile ilgili bu olumlu tespitlerinin sebebi, uygulamanın içerisindeki tüm üst yönetim kademesinin yöneticileri genellikle hekim olan sağlık yöneticileri olması ve hekimlerin sağlık hizmetlerini makro bir bakış açısı ile değerlendirmesi olarak düşünülmektedir.

Şu halde araştırma sonuçlarından yola çıkarak; KHB uygulaması, meslek örgütlerinin, üniversitelerin ve ilgili tüm tarafların görüşü ve eleştirileri dikkate alınarak yeniden düzenlenmelidir. Bu çalışmanın sınırlılıkları göz önüne alındığında genellenebilirlik düzeyi daha yüksek çalışma sonuçlarına ulaşmak için genel sekreterlik bünyesinde görev alan tüm sağlık yöneticilerinin karşılaştıkları zorluklar ve çözüm önerilerine ilişkin bir çalışma yapılabilir. Sağlık profesyonelleri açısından yeni yönetim modelinin çalışma şartlarına ilişkin getirmiş olduğu zorluklar veya kolaylıklar ile kamu hastane birlikleri uygulamasının hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerinin belirlenmesine yönelik değerlendirmeler yapılabilir.

#### KAYNAKLAR

1. Bağırğan T. (2007) Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinde Değişim. **Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
2. Bostan S. (2009) Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi). **Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi**, Trabzon.
3. Casasnovas G. L. (2008) HealthCare Management Autonomy: Evidence from the Catalonian Hospital Sector in a Decentralised Spain. Erişim Yeri: <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/993.pdf> 12 Eylül 2008 s.8-22.
4. Castano R., Bitran R., and Giedion U. (2004) Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services. **Partners for Health Reform Plus Project**, Erişim Yeri: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnada591.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada591.pdf)
5. Chawla M., Govindaraj R., Berman P. and Needleman J. (1996) Improving Performance Through Hospital Policies To Increase Hospital Autonomy: Methodological Guidelines. **Data For Decision Making Project, Department Of Population And International Health, Harvard School Of Public Health**, Boston, MA.
6. Çamcı M. (2007) Sağlık Yönetimi. **Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Mersin.
7. Çetin N. G. (2009) Türkiye Hastanelerinin Profesyonel Yönetime Geçişinde Başhekimlik ve Hastane Yönetiminin Reorganizasyonu. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Isparta.

8. Çoban S. (2007) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi. **Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
9. Ersöz D. (2010) Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı. **Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Balıkesir.
10. Evelyn A. (2004) Autonomy of ApexHospitals in Uganda: Too Little, Too Slow. **Health Policy and Development** 2(2):151-160.
11. Harding A. and Preker A. S. (2003) ‘A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals’. In: Preker A. and Harding A. (eds.) **Innovations in Health Services Delivery: The Corporatization of Public Hospitals**, pp: 23-78. World Bank, Washington D.C.
12. Kaplan A. (1997) Özerkleştirme ve Özelleştirme Teorileri ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Özelleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma. **Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi**, Ankara.
13. Kaya M. (2001) Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde. **Yeni Türkiye**, 7(39): 24-45.
14. OECD ve IBRD. (2008) OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye. OECD ve Dünya Bankası.
15. 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.
16. Resmi Gazete. (2011) 02.11.2011 tarih ve 28103 mükerrer sayılı Resmi Gazete.
17. Şahin S. (2010) Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Ülkemizdeki Gelişmelere Yönelik Bir Araştırma. **İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
18. Şahman İ. (2008) Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
19. Top M. ve Şahin B. (2004) Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 7(1): 85-106.
20. Yılmaz A. (2007) AB’ye Uyum Sürecinde Türk Kamu Yönetiminin Dönüşümü Üzerine Notlar. **Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi**, 17: 215-240.
21. Yolcu V. (2006) Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi. **Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Bolu.

