

# ULUSLARARASI SOSYAL ARAŞTIRMALAR DERGİSİ THE JOURNAL OF INTERNATIONAL SOCIAL RESEARCH

Cilt: 12 Sayı: 66 Ekim 2019

www.sosyalarastirmalar.com

Issn: 1307-9581



Volume: 12 Issue: 66 October 2019

www.sosyalarastirmalar.com

Issn: 1307-9581

Doi Number: <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2019.3658>

## KAMU SAĞLIK KURUMLARINDA HİZMET İHALELERİ: SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA İLİ ÖRNEĞİ\*

### CONTRACTING OUT IN PUBLIC HEALTH INSTITUTIONS: MINISTRY OF HEALTH ANKARA PROVINCE SAMPLE

Hakan ÖZTÜRK\*\*  
Çağdaş Erkan AKYÜREK\*\*\*

#### Öz

Bu çalışmanın amacı; Ankara ili metropol alanındaki seçilmiş kamu hastanelerinde hizmet satın alımı uygulamalarının nedenlerini tespit etmek, hizmet alımı uygulanma alanlarının neler olduğunu belirlemek, hizmet alımlarından yararlanma kararlarını etkileyen faktörleri ortaya koymak, hizmet alımı uygulamalarının etkilerini ve sonuçlarını belirlemek, hizmet alımlarından yararlanma uygulamalarının risklerini tespit etmek, hizmet alımlarından yararlanma uygulamalarını tercih etmeme ya da gerçekleştirilememeye nedenlerini ortaya koymaktır. Araştırma, Ankara ili metropol alandaki kamu sağlık kurumlarında çalışmakta olan yönetici ve personel üzerinde yapılmış olup veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre katılımcılar tarafından sırasıyla en çok vurgulanan tercih nedeni; hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Katılımcılar, hizmet ihalesi kararı alırken etkilendikleri faktörlerin başında hükümet organlarının (bakanlık vb.) teşviki ve bu yöndeki yasal düzenlemeler olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar, hizmet ihalesi uygulamalarını tercih etmeme ya da gerçekleştirilmeme nedeni olarak en çok kurum bünyesinde bu hizmeti verecek nitelikte ve nicelikte personelin olmasını göstermişlerdir. Araştırmaya katılanların değerlendirmeleri incelendiğinde bu yöntemin hastanelere olumlu katkılarda bulunduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Dış Kaynaktan Yararlanma, Hastane, Hizmet İhalesi, Kamu İhale Kanunu, Özelleştirme.

#### Abstract

This study which is about Contracting Out (CO) activities in public hospitals have the purposes to identify the reasons of implementing CO at public hospitals, identify CO areas, determine the factors affecting CO decision making process, identify the effects and consequences of CO activities, the risks of CO, the reasons of not preferring or not implementing CO at Ankara metropolitan area public hospitals by executing a questionnaire on hospital managers, purchasing department personel and the personel responsible for service operations controlling organizations. The study carried out with the employees of Ankara metropolitan area public hospitals who participates voluntarily by a questionnaire. The most frequently cited reasons for preference by the participants were to increase the quality of service. Factors influencing the participants' decision to make a service auction are that government agencies (ministries, etc.) are involved in the promotion and legal regulations in this area.. It is emphasized that the participants have the quality and quantity of personel to provide this service mostly within the institution as the reason for not choosing or not to implement the service auction applications. When the evaluations of the participants were examined, the practice of contracting-out has made a positive contribution to hospitals.

**Keywords:** Contracting Out, Hospital, Outsourcing, Public Procurement Law, Privatization.

\* Hakan Öztürk'e ait 2018 yılında yayınlanan "Kamu Sağlık Kurumlarında Hizmet İhaleleri: Sağlık Bakanlığı Ankara İli Örneği" başlıklı Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi'nden üretilmiştir.

\*\* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, [hturk57@yahoo.com](mailto:hturk57@yahoo.com)

\*\*\* Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [erkanakyurek52@hotmail.com](mailto:erkanakyurek52@hotmail.com)



## I. GİRİŞ

Özelleştirme ilk olarak 1970'li yıllarda beliren Dünya Ekonomik Krizi'nden en az zarar ile kurtulmayı amaçlayan devletlerin uygulamış olduğu ekonomik politikalarla ortaya çıkmış, 1980'li yıllarda yaygınlık kazanmış bir uygulamadır (Aşan, 2014). Özelleştirme uygulamalarının tüm sektörlerde hızlı bir şekilde yer bulması sağlık sektörüne de yansımıştır. Kamu kaynaklarının yetersizliği iddiası, teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesi neticesinde yaşanan sürekli maliyet artışı, sağlık hizmetlerinin dağılımındaki ve kullanımındaki eşitsizlik gibi faktörler özelleştirme uygulamalarını önemli bir seçenek haline gelmiştir (Ergin, 2003).

Sağlık Kurumlarının varlıklarını devam ettirebilmeleri ve rekabet edebilmeleri için satın aldıkları mal ve hizmetlerin maliyetlerini asgariye indirgeyecek şekilde kontrol altında tutmaları bir zorunluluk haline gelmiştir. Satın alma maliyetlerini düşüren kamu ve özel sağlık kurumları rekabet avantajı kazanmakta ve hizmet kalitesini artırma şansı elde edebilmektedirler. Bu nedenlerle sağlık kurumları çeşitli satın alma stratejilerine ve yöntemlerine başvurmaktadır (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2013). Sağlık kurumlarının günümüz koşullarında profesyonel yönetim anlayışında dış kaynaklardan yararlanılması önemli bir stratejik seçenek haline gelmiştir ve başarılı uygulamaların yolu ise Avrupa Birliği İhale Kanunları'na uygun olarak hazırlanan ihale mevzuatından geçmektedir. Sağlık kurumlarının ihtiyaçlarını karşılarken riayet etmeleri gereken kurallar vardır. Özellikle kamu sağlık kurumları kamu kaynaklarını sarf ettikleri için kamu ihale kanunlarına dikkatle ve özenle uyma yükümlülüğü taşımaktadırlar.

Sağlık kurumlarında kısıtlı kamu kaynaklarının etkili şekilde kullanılmasına yardımcı olmak için ihaleler yoluyla birçok alanda hizmetler dış kaynaklardan tedarik edilmektedir (Köksal, 2016). Sağlık kurumlarında dış kaynaklardan tedarik edilen hizmet alanları arasında; yemek hazırlama ve dağıtım, temizlik, güvenlik, ilaçlama, radyoloji görüntüleme, bilgi teknolojileri, tıbbi hizmetler, laboratuvar, ambulans, kafeterya, teknik bakım, veri işleme ve otomasyon hizmetleri yer almaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2011).

Hizmet ihalesi (Hİ) yöntemi sağlık kurumlarının sunmak durumunda olduğu, temel yetenekleri kapsamında yer almayan hizmetlerin özelleştirilmesinde en çok kullanılan yöntem olup bazı kamu hizmetlerinin kanunların emrettiği şekilde, bir sözleşme ile özel firmalara devredilmesi olarak da tanımlanabilir. Bu yöntemde sağlık kurumları, hizmeti kendi organizasyon ve personeli ile sunmak yerine özel işletmelere yaptırmaktadır. Yani söz konusu sağlık kurumu hizmetin finansmanını karşılamakta üretim işini ise özel işletmelere devretmektedir (Ganmet, 2006).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 1990'lı yıllardan itibaren kamu hastanelerinde aktif olarak uygulanan ve esasen bir özelleştirme yöntemi olarak kabul edilen Hİ'nin Ankara ili metropol alanındaki seçilmiş Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık kurumlarında uygulanma nedenlerini tespit etmek, uygulanma alanlarının neler olduğunu belirlemek, yararlanma kararlarını etkileyen faktörleri belirlemek, yararlanma uygulamalarının etkilerini ve sonuçlarını belirlemek, yararlanma uygulamalarının risklerini belirlemek, Hizmet alımlarından yararlanma uygulamalarını tercih etmeme ya da gerçekleştirilememesi nedenlerini sağlık kurumları yöneticileri, satın alma personeli ve hizmet işleri kontrol teşkilatları ile muayene kabul komisyonunda görevli personelin değerlendirmelerine göre belirlemektir.

## II. HİZMET İHALESİ TANIMI

Sağlık hizmetlerinin rekabetçi ekonomisi, karmaşıklığı ve yüksek kaliteli hizmet sağlama gerekliliği sağlık kurumlarının hizmet üretiminde yeni yönetim araçlarıyla yaklaşımlar bulmaya yöneltmiştir (Hayati ve diğerleri 2015). Devletler, topluma tamamen özel sektör tarafından sağlanmayan hizmetleri sağlamakla yükümlüdür. Devletler bu hizmet ve malları özel sektörle işbirliği içerisinde üretebilirler (Ruble 2015). Sağlık hizmetlerinde ortaya konulan çıktıları iyileştirmek için temel olmayan sağlık hizmetlerinin sunumunun sözleşme ile özel sektöre devri mümkündür. Devletler sözleşme ile verimli tedarikçiler seçerek sağlık hizmetine erişim düzeyini ve hizmet sunumunu iyileştirebilirler, uygun ekonomik teşvikler sağlanarak önceden tanımlanmış hedeflerini gerçekleştirilebilirler (Cristia ve ark., 2015).

Hizmet ihalelerinin esas gerekçesi verimliliği artırmaktadır. Başarısı, sözleşmenin içeriğine, hizmetin kalitesini ölçme kabiliyetine, hizmet sağlayıcı firmalar arasındaki rekabetin varlığına ve başarısız sözleşmeleri feshetmenin potansiyel maliyetlerine bağlıdır. Sağlık hizmetlerine erişimde satın alma ve sözleşme önemli bir rol oynamaktadır (Frosini ve ark., 2012). Kamu sağlık kurumlarında bazı yönetim fonksiyonlarının dış tedarikçilere ihale edilmesi seçeneği giderek yaygınlaşmaktadır (Simonet, 2015). Üretmektense satın almayı tercih eden devletler için rekabet, verimliliğin temel kaynağıdır. İşveren ve taşeron arasındaki ilişkiyi izlemek, raporlamak, değerlendirmek ve sözleşme hükümlerini yerine getirmek için kullanılmaktadır (Jing ve Chen, 2012).



Kamu sağlık kurumlarında bir hizmetin ihale yöntemi ile özel firmalara yaptırılması hastane yönetiminin sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. İhaleyi kazanan yüklenici firmanın sözleşme şartlarına uygun olarak almış olduğu işi yapıp yapmadığı ev idaresi gibi bir yönetsel birim tarafından takip edilmesi gerekmektedir. Kamu sağlık kurumlarında Hİ, klinik ya da klinik dışı hizmet üretiminin sorumluluğunun yüklenici firmalara devredilmesini ancak finansmanın hastanelerin döner sermaye bütçelerinden karşılanmasını içermektedir (Tatar ve ark., 1997).

Kamu sağlık sektöründe Hİ uygulamaları ilk yıllarda çoğunlukla temel olmayan ya da ev idaresi hizmetleri olarak da adlandırılan çamaşırhane, yemek yapım ve dağıtım, güvenlik hizmetleri gibi alanlarda uygulanmasına rağmen günümüzde radyolojik görüntüleme, laboratuvar, hemşire, çağrı merkezi, tıbbi sekreterlik gibi hizmetlerin de ihale yoluyla satın alınmasına başlanmıştır (Tatar ve ark., 1997).

### III. DIŞ KAYNAKTAN YARARLANMA ARACI OLARAK HİZMET İHALELERİ

Kaynakların etkililik ve verimlilik düzeylerinin geliştirilmesi için dış kaynaklardan yararlanma (DKY), yönetim çalışmalarında en çok araştırılan alanlardan biri olarak ortaya çıkmıştır. DKY uygulamalarının gelişmiş ülkelerde sağlık sektörü dışındaki alanlarda başladığı bilinmektedir fakat günümüzde temel sağlık hizmetleri ile klinik hizmetler de dâhil olmak üzere sağlık sektöründe kurulmuş bir model halini almıştır (Ikediashi, 2015).

DKY, hastane yönetimleri tarafından belirlenen süre üzerinden başka işletmelerden, personel, faaliyet ve/veya varlıkları satın alma yöntemidir. DKY, bir kuruluşun olağan şartlarda kendi iç imkânları ile yaptığı bir faaliyeti diğer bir kuruluş ile sözleşme yaparak o kuruluşa yaptırması ile gerçekleşir. Sözleşme operasyonel verimlilik ihtiyacını gerekli teknik ve yönetim yeteneklerine sahip işletmeler ile yapılmalıdır (Arisi 2016). DKY, basit bir sözleşmeden daha fazlasıdır. Hizmet alan ile hizmet sunan firma arasında sorumluluk, hesap verilebilirlik, karar verme, vizyon ve riskin paylaşılması demektir (Liversedge, 2009).

Sağlık yöneticileri bir yandan artan personel giderleri ve teknolojinin hızlı gelişmesiyle yükselen maliyetlerle mücadele ederken bir yandan da sundukları sağlık hizmetinin kalitesini geliştirmeye çalışmaktadırlar. Bu önemli konular karşısında sağlık yöneticileri hizmet ihaleleri yoluyla dış kaynaklardan yararlanmayı tercih etmektedirler (Akyürek, 2013). Günümüzde birçok ülke kamu hizmetini iyi bir şekilde sunabilmek için özellikle sağlık hizmetleri sektöründe DKY uygulamalarına başvurmaktadır (Ikediashi, 2015). DKY; emeğe dayalı dış kaynak ve bilgiye dayalı dış kaynak kullanımı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

DKY uygulamalarının her iki tipi de meslek seviyelerine göre ortaya çıkmaktadır: geleneksel emeğe dayalı DKY ve bilgiye dayalı DKY. Geleneksel emeğe dayalı DKY, ev idaresi, çamaşırhane hizmetleri, tesis yönetimi, veri girişi ve yemek servisi gibi hizmetlerden oluşmaktadır. Bu hizmetlerde asıl amaç maliyet tasarrufu ve işletmenin temel fonksiyonları ile en az seviyede etkileşimdir. Geleneksel emeğe dayalı DKY ve bilgiye dayalı DKY'ye kıyasla daha uzun bir geçmişe sahiptir (Bristol, 2005).

Bilgiye dayalı DKY, göreceli olarak daha yeni bir kavramdır, örgüt bünyesinde herhangi bir departman veya personelde bulunamayan çeşitli ve uzmanlaşmış bilginin sağlanmasını amaçlamaktadır. Bilgiye dayalı DKY'de bir personelin başka bir personel yerine ikame edilmesi söz konusu değildir. Hiçbir personel bir çalışma ekibinin bir uzantısı veya asistanı olarak görev yapmaz. Her ekip üyesinin diğer ekip üyelerinin bilgi, beceri ve yargılarını tamamlayan benzersiz bilgi, beceri ve yargıya sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu tamamlayıcılık çalışma ekibinin bilgi kapasitesinin derinliğini ve genişliğini artırmaktadır (Bristol, 2005).

### IV. TÜRK KAMU İHALE SİSTEMİ

İhale, Arapça kökenli bir sözcüktür. Kelime anlamı Türk Dil Kurumu sözlüğünde "yapım işi, mal ve hizmetlerin, şeffaf ve rekabetçi bir ortamda en avantajlı teklif sahibine verilmesi" olarak tanımlanmıştır. 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu (DİK)'nda "Bu Kanunda belirtilen şartlarla, işin istekliler arasından seçilecek en avantajlı teklif sahibi üzerine bırakıldığını gösteren ve ihale yetkilisinin onayı ile tamamlanan sözleşme imzalanmasından önceki işlemler", 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu (KİK)'nunda da benzer şekilde "Bu Kanunda yazılı usul ve şartlarla ihalenin istekliler arasından seçilecek birisine bırakılan ve ihale yetkilisinin onayından sonra sözleşmenin imzalanması ile tamamlanan işlemler" olarak tanımlanmıştır (Günel, 2012).

Türk Kamu İhalesi alanında uygulanan ilk kanun 1925 yılında "661 sayılı Müzayede, Münaka ve İthalat Kanunu" dur. Bu kanunun uygulanmasının amacı devlet ihtiyaçlarının özel piyasadan karşılanmasıdır. Bu kanunun yürürlüğe girmesinden sonra 1926, 1929 ve 1933 yıllarında ek kanunlar çıkarılmıştır. Ancak kamu yapılanmasındaki değişimler ve ekonomik problemler nedeniyle söz konusu kanunun yetersiz olduğu anlaşılmış ve bu nedenle 1934 yılında "2490 sayılı Artırma, Eksiltme ve İhale Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu kanun uzun süre yürürlükte kalmış olup ikinci dünya savaşı ve sonrasında



meydana gelen değişimler nedeniyle 1946 ve 1979 yıllarında iki kez değiştirilmiştir. Bu uzun süre zarfında bu kanunda yetersiz olduğu anlaşılmış bu nedenle 1984 yılında yürürlüğe giren “2886 sayılı DİK” ile yürürlükten kaldırılmıştır (Bozkurt, 2009). “2886 sayılı DİK”de hem “alım” hem de “satım” işlemlerini birlikte düzenlenmiştir. Bu kanun yürürlüğe girdikten sonra çıkarılan yasalarla genel ve katma bütçeli bazı kuruluşlarla kamu iktisadi teşebbüsleri ve bazı kamu kurum ve kuruluşları bu kanunun kapsamından çıkarılmıştır. Bu da izlenecek yöntemlerde karışıklığa sebebiyet vermiştir (Sezer, 2002). Kamu kurumlarının tümünün tek bir ihale kanununu çatısı altında toplanmamış olması, zamanla kurumların farklı ihale mevzuatları oluşturması, ihale ilanı yapılmasının tüm ihale usullerinde zorunlu olmaması, zorunlu olanlarda ise bu sürenin çok kısa olması nedeniyle rekabet ortamının gerçekleştirilememesi; ihaleye katılım kriterlerinin önceden ilan edilmemesi ve tarafsız olmaması; ihaleyi kazanamayan isteklilerin ihale komisyon kararı hakkında bilgilendirilmemesi; ödeneği bulunmayan işlerin ihalesinin yapıyor olması (Sancakdar, 2015). Ayrıca kamuoyunda sıklıkla gündeme gelen kamu ihalelerinde yolsuzluk iddiaları, ihtiyaçlara cevap vermekte, rekabeti, eşitliği, şeffaflığı sağlamakta yetersiz kalması, siyasi otoritenin ihale sürecine müdahalesine izin vermesi, dünya ihale sistemlerine uygun olmaması gibi sebeplerle kanunun yeniden düzenlenmesi zorunlu olmuştur (Kaplan, 2012). Dünya Ticaret Örgütü Kamu Alımları Anlaşması, Birleşmiş Milletler UNCITRAL Kamu Alımları Model Kanunu, Avrupa Birliği Kamu Alımları Direktifleri’ne uyumlu, şeffaf ve rekabetçi bir mevzuat olan 04.01.2002 tarih ve “4734 Sayılı KİK” ve “4735 Sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu (KİSK)” hazırlanmış ve 22.01.2002 tarih ve 24648 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak 2003 yılında yürürlüğe girmiştir (Sezer, 2002). 2003 yılından itibaren mal, hizmet ve yapım işlerinde, yani devletin para harcayacağı, satın alma yapacağı işlemlerde “4734 Sayılı KİK”, satım, trampa ve mülkiyetin gayri ayni hak tesisi işleri yani devlete para kazandıran işler için ise “2886 Sayılı DİK” hükümleri uygulanmaktadır (Uz, 2005). Ayrıca “2886 Sayılı DİK”nun da ihale süreci ve sözleşme sonrası işlemler tek bir kanun altında toplanmakta iken sözleşmeye kadar olan ihale süreci “4734 Sayılı KİK” altında, sözleşme sonrası süreç ise “4735 Sayılı KİSK” altında toplanmıştır.

## V. AMAÇ VE YÖNTEM

### 5.1. Çalışmanın Amacı

Ankara ili metropol alanda Sağlık Bakanlığı’na bağlı seçilmiş kamu sağlık kurumlarında hizmet satın alınmasının uygulanma nedenlerini tespit etmek, uygulanma alanlarının neler olduğunu belirlemek, yararlanma kararlarını etkileyen faktörleri belirlemek, yararlanma uygulamalarının etkilerini ve sonuçlarını belirlemek, yararlanma uygulamalarının risklerini belirlemek, hizmet alımlarından yararlanma uygulamalarını tercih etmeme ya da gerçekleştirilememe nedenlerini sağlık kurumları yöneticileri, satın alma personeli ve hizmet işleri kontrol teşkilatları ile muayene kabul komisyonunda görevli personelin değerlendirmelerine göre belirlemektir.

### 5.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, araştırma yapılmasına izin verilen sağlık kurumlarında görev yapmakta olan üst ve orta düzey yöneticiler, satın alma birimlerinde çalışan personel, ihale yöneticisi tarafından hizmet alımı sürecini denetlemekle görevlendirilen hizmet işleri kontrol teşkilatı ve muayene kabul komisyonu görevlileri oluşturmaktadır. Bu bağlamda herhangi bir örneklem seçilmeksizin, kapsamdaki tüm deneklere ulaşılması planlanmıştır.

### 5.3. Veri Toplama

Araştırmada belli bir takvimsel kesite bağlı kalınmaksızın yürütülen veri toplama süreci, Akyürek’e ait (2013) araştırmacının kendisi tarafından geliştirilmiş ve ilgili geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmış olan anket ile yürütülmüştür. Anketin kullanımı ile ilgili izinler araştırmacıdan alınmıştır.

### 5.4. Verilerin Analizi

Araştırma anketinde katılımcıların değerlendirmeleri beşli Likert tipi bir ölçekle toplanmıştır. Toplanan verinin istatistiksel analizi SPSS 23.0 programı yardımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların önerme ve sorulara vermiş oldukları yanıtlara dair grup ortalama genel skorunun belirlenmesinde aritmetik ortalama ve standart sapma gibi merkezi dağılım ölçütleri kullanılmıştır. Çalışmaya katılan denek grupları arasında karşılaştırmalar yapılmadan önce, parametrik test varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığının anlaşılabilmesi için öncelikle normal dağılımın tespiti için Shapiro-Wilk normallik testinden faydalanılmıştır. Verinin normal dağılım sergilemediği ve dolayısıyla parametrik test varsayımlarından birini yerine getirmedığının anlaşılmasıyla analiz sürecine parametrik olmayan test yöntemleri ile devam edilmiştir. İki denekten fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testinden faydalanılmıştır. Anlamlı farklılığın görüldüğü durumlarda ise Medyan Testi kullanılarak farklılığın kaynaklandığı gruplar belirlenmiştir. (P=0,05)





## VI. BULGULAR VE TARTIŞMA

### 6.1. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Hizmet İhalelerini Tercih Ettiği Alanlar

Tablo 1’de araştırma kapsamındaki hastanelerin Hİ uygulamalarını tercih ettiği hizmet alanları verilmiştir. Katılımcıların vermiş olduğu yanıtlara bakarak Hİ alım yöntemine en çok başvurdukları alanların güvenlik, yemek, temizlik ve bilgi-işlem hizmetleri olduğu görülmektedir.

Tablo 1: Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Hizmet İhalelerini Tercih Ettiği Alanlar

Uygulama Alanı	Sıklık	%
Güvenlik	115	80,4
Yemek	113	79,0
Temizlik	112	78,3
Bilgi - İşlem	74	51,7
Tıbbi atıklar ile ilgili işlemler	68	47,6
Laboratuvar	65	45,5
Danışma ve hasta yönlendirme hizmetleri	65	45,5
Teknik bakım - onarım (elektrik, su, asansör vb.)	62	43,4
Radyoloji ve görüntüleme	58	40,6
Sterilizasyon	50	35,0
Haberleşme ve telekomünikasyon	32	22,4
Ambulans ve hasta nakil hizmetleri	21	14,7
Çamaşırhane hizmetleri	11	7,7
Eczane	8	5,6
Anestezi	4	2,8

### 6.2. Katılımcıların Dış Tedarikçi Seçiminde Dikkat Ettikleri Faktörler

Araştırma kapsamına alınan görevlerde çalışan personelin dış tedarikçi seçiminde göz önüne buldukları faktörlere yönelik değerlendirmeleri Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre katılımcılar bir dış tedarikçi hakkında karar verirken en çok seçim sürecinin mevzuata ve yasal gerekliliklere uygunluğundan (4,50), tedarikçinin o alandaki uzmanlığından (4,43), o tedarikçinin daha önceden yaptığı iyi işlerden (4,32), tedarikçinin teknolojik kapasitesinden (4,18) ve tedarikçinin sunmayı garanti ettiği hizmet düzeyinden (4,12) etkilenmektedir. Tedarikçi ile kurumun yakınlığı, coğrafi olarak ulaşım durumu ise katılımcıların diğer faktörlere kıyasla en az önem verdiği alandır.

Tablo 2: Katılımcıların Dış Tedarikçi Seçiminde Dikkat Ettikleri Faktörler

Faktörler	n	x	ss
O tedarikçinin sizin için daha önceden yaptığı iyi işler	143	4,32	0,92
Tavsiyeler / referanslar	143	3,59	1,16
Tedarikçinin size sunmayı garanti ettiği hizmet düzeyi	143	4,12	0,92
Tedarikçinin o alandaki uzmanlığı	143	4,43	0,77
Tedarikçi ile kurumun yakınlığı, coğrafi olarak ulaşım durumu	143	2,80	1,30
Hizmet bağlamında kurumun ihtiyaç duyduğu özel ihtiyaçları karşılayabilmek için tedarikçinin sergilediği esneklik	143	3,43	1,15
Tedarikçinin öngördüğü maliyet	143	3,99	1,05
Tedarikçi ile kurum arasındaki kültürel uyum	143	3,41	1,33
Tedarikçinin teknolojik kapasitesi	143	4,18	0,92
Mevzuata ve yasal gerekliliklere uygunluk	143	4,50	0,80

### 6.3. Hizmet İhalesi Uygulamalarının Olası Tercih Nedenleri

Anket katılımcıların hizmet ihaleleri uygulamalarının olası tercih nedenlerine yönelik değerlendirmeleri Tablo 3’de verilmiştir. Katılımcılar tarafından sırasıyla en çok vurgulanan tercih nedenleri “Hizmet kalitesini artırmak” (4,58), “Hasta memnuniyetini artırmak” (4,55), “Daha verimli hizmet üretmek” (4,47), “Maliyetleri düşürerek, tasarruf sağlamak” (4,36), “Teknolojik yeniliklere ulaşmak” (4,30) ve “Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak” (4,24) olmuştur.



**Tablo 3.** Hizmet İhaleleri Uygulamalarının Olası Tercih Nedenleri

Faktörler	n	x	ss
Hasta memnuniyetini artırmak	143	4,55	0,72
Hizmet kalitesini artırmak	143	4,58	0,71
Kurum personelinin sayısal yetersizliğini gidermek	143	4,13	0,93
Daha verimli hizmet üretmek	143	4,47	0,76
Teknolojik yeniliklere ulaşmak	143	4,30	0,79
Tedarikçilerin hizmete özgü uzmanlaşma yeteneklerinden faydalanmak	143	4,15	0,90
Hastanenin imajını korumak ve güçlendirmek	143	4,07	1,05
Maliyetleri düşürerek, tasarruf sağlamak	143	4,36	0,98
Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak	143	4,24	0,96
Temel faaliyet alanı olan hasta bakım faaliyetlerine daha fazla zaman ayırabilmeyi sağlamak	143	4,13	0,94
Tedarikçiler arasındaki rekabetten faydalanmak	143	3,81	1,16
Bir hizmeti sunmak için gereken tesis ve ekipmanların yaratacağı dolaylı maliyetlerden kaçınmak	143	3,99	0,96
Kuruma esneklik kazandırmak	143	3,79	0,98
Yönetimin büyüklüğünü sınırlandırmak	143	3,56	1,21
Devlet memurluğu sisteminin hantallığından kurtulmak	143	3,73	1,11
Kamu çalışanlarının bağlı oldukları sendika ve birliklerin talepleriyle daha az karşılaşmak	143	3,29	1,17
Günlük yönetim problemlerinden kurtulmak	143	3,62	1,14

#### 6.4. Hizmet İhalesi Yönteminden Yararlanma Kararlarını Etkileyen Faktörler

Anket katılımcılarının Hİ yapma kararı alırken etkilendikleri faktörler ile ilgili yaptıkları değerlendirmelerin sonuçları Tablo 4’de verilmiştir. Buna göre katılımcılar Hİ yapma karar süreçlerinde en fazla ilgili hükümet organlarının (bakanlık vb.) teşviki ve bu yöndeki yasal düzenlemelerden (4,17) etkilendiklerini ifade etmişlerdir. Bunun dışında diğer hastanelerin uygulamaları hakkında alınan olumlu duyularından (4,03), tedarikçilerin daha iyi teknolojik altyapıya sahip olmasından (3,99) ve tedarikçilere bağlı personelin kurum personeline kıyasla daha maliyet etkili çalışmasından (3,87) etkilendiklerini belirtmişlerdir. Mevcut faktörlere kıyasla ülkedeki politik (3,36) ve ekonomik (3,45) istikrardan en az etkilendikleri anlaşılmaktadır.

**Tablo 4.** Hizmet İhaleleri Uygulamalarından Yararlanma Kararlarını Etkileyen Faktörler

Faktörler	n	x	ss
İlgili hükümet organlarının (bakanlık vb.) teşviki ve bu yöndeki yasal düzenlemeler	143	4,17	0,94
Diğer hastanelerin uygulamaları hakkında alınan olumlu duyular	143	4,03	0,80
Tedarikçilere bağlı personelin kurum personeline kıyasla daha maliyet etkili çalışması	143	3,87	1,02
Tedarikçilerin daha iyi teknolojik altyapıya sahip olması	143	3,99	0,89
Hizmetin, kurumun temel faaliyet alanı içerisine girip girmediği	143	3,78	0,83
Dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına konu olan hizmetin karmaşıklığı	143	3,52	0,92
Hizmetin kurumun kaynakları ile sunulması halinde oluşacak daha yüksek maliyet	143	3,73	1,03
Ülkedeki politik istikrar	143	3,36	1,23
Ülkedeki ekonomik istikrar	143	3,45	1,20
Ülkenin sağlık hizmetleri altyapısı	143	3,66	1,19
Sermaye yetersizliği	143	3,50	1,17
Kurum için yeni bir program ya da hizmet alanı olması	143	3,66	1,05
Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesi bağlamında finansman belirsizliği	143	3,50	1,19

#### 6.5. Hizmet İhalesi Uygulamalarının Etkileri / Sonuçları

İstatistiksel sonuçları Tablo 5’de verilen bu bölümde, katılımcıların en çok vurguladığı etki veya sonuç Hİ’nin hizmet kalitesini artırıcı etkisi (3,86) olduğudur. Katılımcılar ayrıca Hİ sayesinde finansal (parasal) tasarruf sağlandığını (3,74), verimli hizmet gereksinimlerinin karşılandığını (3,74) ve hasta memnuniyetini artırıcı bir etkisi olduğunu gözlemlediklerini (3,74) belirtmişlerdir.



**Tablo 5.** Hizmet İhaleleri Uygulamalarının Etkileri / Sonuçları

Faktörler	n	x	ss
<b>Finansal (parasal) tasarruf sağlandı.</b>	<b>143</b>	<b>3,74</b>	<b>1,09</b>
Kurumumuz daha esnek hale geldi.	143	3,44	1,11
Tedarikçinin teknolojik yeterliliklerine bağlı olarak kurumda teknolojik gelişim ve ilerleme yaşandı.	143	3,59	1,02
Hizmet üretim maliyetleri azaldı.	143	3,66	1,06
Giderlerimizi daha iyi kontrol eder hale geldik.	143	3,66	0,97
<b>Hizmet kalitesi arttı.</b>	<b>143</b>	<b>3,86</b>	<b>1,04</b>
Kurum temel faaliyet alanı olan sağlık hizmetlerine daha fazla odaklanma olanağı yaratıldı.	143	3,64	1,07
<b>Hasta memnuniyetini artırıcı bir etkisi olduğunu gözlemledim.</b>	<b>143</b>	<b>3,74</b>	<b>0,93</b>
Kurum personelinin sayısal olarak yetersizliği giderildi.	143	3,61	0,99
<b>Verimli hizmet gereksinimi karşılandı.</b>	<b>143</b>	<b>3,74</b>	<b>0,98</b>
Teknolojik yeniliklere uyum sağlandı.	143	3,64	1,00
Tedarikçinin sahip olduğu hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlandı.	143	3,58	1,10
Tedarikçilerin yapmış olduğu katkılarla hastanenin imajı güçlendi.	143	3,49	1,16
Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kuruldu.	143	3,38	1,05
Dış kaynaklardan yararlanılan alanlarda kurumun yetenekleri arttı.	143	3,49	1,10

### 6.6. Hizmet İhalesi Uygulamalarının Riskleri

Katılımcıların Hİ uygulamalarına yönelik risk değerlendirme sonuçları Tablo 6'da verilmiştir. Bu kapsamda, katılımcıların belirlediği en önemli risk seçilen tedarikçinin finansal istikrarsızlığıdır (3,90). Tedarikçiden kaynakları sebeplerden ötürü hastane imajının zedelenmesi (3,83), tedarikçinin sunduğu ürün ya da hizmetin kurumun isteklerini karşılayamaması (3,80) ve istenen mal veya hizmetin tedarikçi tarafından zamanında teslim edilememesi (3,78) katılımcıların en çok belirttiği risklerdir.

**Tablo 6.** Hizmet İhalesi Uygulamalarının Riskleri

Faktörler	n	x	ss
Kurumsal bilgi ve kontrolün kaybı	143	2,68	1,23
Kurum ve tedarikçiye bağlı personelin ortak yürüttüğü çalışmalarda tansiyonun yükselmesi	143	2,89	1,13
Tedarikçi tarafından sunulan hizmetlerde denetiminin zorluğu	143	2,94	1,15
Tedarikçiden kaynaklanan bilgi güvenliğine yönelik tehditler	143	2,74	1,27
<b>Seçilen tedarikçinin finansal istikrarsızlığı</b>	<b>143</b>	<b>3,90</b>	<b>1,02</b>
Öngörülemeyen maliyetlerin ortaya çıkması	143	3,46	1,02
Kurum personeli tarafından gösterilen örgütsel dirençle karşılaşma	143	3,34	0,97
<b>İstenen mal veya hizmetin tedarikçi tarafından zamanında teslim edilememesi</b>	<b>143</b>	<b>3,78</b>	<b>0,97</b>
Tedarikçinin, kuruma ait fikirleri, kurumla rekabet edecek bir ürün ya da hizmet yaratmada kullanması	143	3,06	1,17
<b>Tedarikçinin sunduğu ürün ya da hizmetin kurumun isteklerini karşılayamaması</b>	<b>143</b>	<b>3,80</b>	<b>0,99</b>
Tedarikçi personeli ile kurum personeli arasında işle ilgili anlaşmazlıklar yaşanması	143	3,36	1,15
<b>Tedarikçiden kaynakları sebeplerden ötürü hastane imajının zedelenmesi</b>	<b>143</b>	<b>3,83</b>	<b>1,05</b>
İnsan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki başlılığın olması	143	3,63	1,03
Tedarikçiye bağımlı hale gelme	143	3,48	1,07
Tedarikçinin hizmet faturalarını şişirmesi	143	3,52	1,36

### 6.7. Hizmet İhalesi Uygulamalarını Tercih Etmeme veya Gerçekleştirememeye Nedenleri

Bu bölüme ait istatistikler Tablo 7'de verilmiştir. Katılımcıların Hİ uygulamalarını tercih etmeme ya da gerçekleştirilmeme nedeni olarak en çok kurum bünyesinde bu hizmeti verecek nitelik ve nicelikte personelin olması (3,76) vurgulanmıştır. Bunu sırasıyla ihale yapmak için yasal sürenin dolmaması (3,38) ve ihalelere talip olacak nitelik ve nicelikte firmanın olmaması (3,28) takip etmektedir. İhale sisteminin şeffaf olmaması (2,76) ve hukuksal ve yasal altyapının yetersizliği (2,92) katılımcıların diğer nedenlere kıyasla daha az önem verdikleri nedenlerdir.



**Tablo 7.**Hizmet İhaleleri Uygulamalarını Tercih Etmeme veya Gerçekleştirememe Nedenleri

Faktörler	n	x	ss
<b>Kurum bünyesinde bu hizmeti verecek nitelik ve nicelikte personelin olması</b>	<b>143</b>	<b>3,76</b>	<b>1,15</b>
Kurum bünyesindeki personelle işin yapılmasının daha ucuza mal olması	143	3,11	1,38
Hukuksal ve yasal altyapının yetersizliği	143	2,92	1,15
Finansal (mali) kaynak yetersizliği	143	3,14	1,28
<b>İhalelere talip olacak nitelik ve nicelikte firmanın olmaması</b>	<b>143</b>	<b>3,28</b>	<b>1,11</b>
Siyasal / politik faktörlerin etkisi	143	3,16	1,29
İhale sisteminin şeffaf olmaması	143	2,76	1,40
Öngörülen maliyet tasarruflarının erişilebilir olmaması	143	3,08	1,11
Kontrol kaybına neden olması ihtimali	143	3,09	1,05
Hastane personelinin dışarıdan tedarik edilen hizmet sürecine yabancı kalması	143	3,01	1,24
<b>İhale yapmak için yasal sürenin dolmaması</b>	<b>143</b>	<b>3,38</b>	<b>1,14</b>

### 6.8. Değerlendirmelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Veri analizi kısmında belirtildiği üzere anket sonucu elde edilen veriler normal dağılmadığından parametrik olmayan test yöntemlerinden faydalanılmıştır. Katılımcıların görevleri ile anketin her bir bölümü için verdikleri cevaplar karşılaştırılmıştır. Ancak ankete Başhekim ünvanlı sadece 1 katılımcı olduğundan analizin geçerliliğini riske atmamak için Başhekim ve Müdür ünvanları birlikte değerlendirilmiştir.

**Tablo 8.**Görev Durumuna Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Bölüm	Görev	N	SS	KW Test İstatistiği	p
1	Başhekim+Müdür	7	0,052	3,092	0,378
	Satın Alma Personeli	55	0,071		
	Muayene Kabul Komisyonu	43	0,101		
	Hizmet İşleri Kontrol Teşkilatı Üyesi	38	0,102		
2	Başhekim+Müdür	7	0,210	5,974	0,113
	Satın Alma Personeli	55	0,096		
	Muayene Kabul Komisyonu	43	0,104		
	Hizmet İşleri Kontrol Teşkilatı Üyesi	38	0,081		
3	Başhekim+Müdür	7	0,221	0,297	0,961
	Satın Alma Personeli	55	0,077		
	Muayene Kabul Komisyonu	43	0,106		
	Hizmet İşleri Kontrol Teşkilatı Üyesi	38	0,126		
4	Başhekim+Müdür	7	0,180	4,095	0,251
	Satın Alma Personeli	55	0,090		
	Muayene Kabul Komisyonu	43	0,133		
	Hizmet İşleri Kontrol Teşkilatı Üyesi	38	0,160		
5	<b>Başhekim+Müdür</b>	<b>7</b>	<b>0,308</b>	<b>10,648</b>	<b>0,014</b>
	<b>Satın Alma Personeli</b>	<b>55</b>	<b>0,100</b>		
	<b>Muayene Kabul Komisyonu</b>	<b>43</b>	<b>0,094</b>		
	<b>Hizmet İşleri Kontrol Teşkilatı Üyesi</b>	<b>38</b>	<b>0,100</b>		
6	Başhekim+Müdür	7	0,157	6,354	0,096
	Satın Alma Personeli	55	0,082		
	Muayene Kabul Komisyonu	43	0,137		
	Hizmet İşleri Kontrol Teşkilatı Üyesi	38	0,145		

Yapılan Kruskal-Wallis testi neticesinde sadece 6. bölüm için en az bir görev şekli açısından verilen cevapların diğerlerinden farklı olduğu tespit edilmiştir ( $P=0.05$  olup KWT (6.bölüm)= $0.014 < P$ ). Farklılığın





nereden kaynaklandığını bulmak için Medyan Testi uygulanmış ve farkın hizmet işleri kontrol teşkilatı üyesi olarak görev yapan katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların sağlık hizmetleri alanındaki tecrübe süresi için ankette bulunan her bir bölümde verildikleri yanıtlar açısından farklılık olup olmadığına Kruskal-Wallis testi ile bakılmış ve tecrübe süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tablo 9'da değerlendirme sonuçları verilmiştir.

Tablo 9.Sağlık Hizmetleri Alanındaki Tecrübe Sürelerine Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Bölüm	Sağlık Hizmetleri Alanındaki Tecrübe	N	SS	KW	p
1	1-5 Yıl	32	0,104	1.547	0.818
	6-10 Yıl	52	0,082		
	11-15 Yıl	33	0,100		
	16-20 Yıl	16	0,139		
	21 Yıl ve Üzeri	10	0,216		
2	1-5 Yıl	32	0,104	2.993	0.559
	6-10 Yıl	52	0,097		
	11-15 Yıl	33	0,116		
	16-20 Yıl	16	0,139		
	21 Yıl ve Üzeri	10	0,243		
3	1-5 Yıl	32	0,108	0.238	0.993
	6-10 Yıl	52	0,095		
	11-15 Yıl	33	0,120		
	16-20 Yıl	16	0,150		
	21 Yıl ve Üzeri	10	0,278		
4	1-5 Yıl	32	0,142	1.096	0.895
	6-10 Yıl	52	0,117		
	11-15 Yıl	33	0,137		
	16-20 Yıl	16	0,225		
	21 Yıl ve Üzeri	10	0,289		
5	1-5 Yıl	32	0,106	3.545	0.471
	6-10 Yıl	52	0,102		
	11-15 Yıl	33	0,113		
	16-20 Yıl	16	0,174		
	21 Yıl ve Üzeri	10	0,286		
6	1-5 Yıl	32	0.155	3.161	0.531
	6-10 Yıl	52	0.101		
	11-15 Yıl	33	0.145		
	16-20 Yıl	16	0.195		
	21 Yıl ve Üzeri	10	0.214		

Ankete katılan kişilerin en son bitirdikleri okullara göre ankette bulunan her bir bölümde verildikleri yanıtlar arasında farklılık olup olmadığına Kruskal-Wallis testi ile bakılmış ve eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tablo 10'da değerlendirme sonuçları verilmiştir.

Tablo 10.Eğitim Durumlarına Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Bölüm	Eğitim Durumu	N	SS	KW	p
1	Yüksek Lisans / Doktora	7	0.202	2.656	0.617
	Lisans	96	0.064		
	Önlisans (2 yıllık)	34	0.087		
	Sağlık Meslek Lisesi	2	0.550		
	Lise	4	0.170		



2	Yüksek Lisans / Doktora	7	0.301	2.921	0.571
	Lisans	96	0.070		
	Önlisans (2 yıllık)	34	0.099		
	Sağlık Meslek Lisesi	2	0.300		
	Lise	4	0.166		
3	Yüksek Lisans / Doktora	7	0.216	0.481	0.975
	Lisans	96	0.069		
	Önlisans (2 yıllık)	34	0.117		
	Sağlık Meslek Lisesi	2	0.700		
	Lise	4	0.118		
4	Yüksek Lisans / Doktora	7	0.243	3.669	0.453
	Lisans	96	0.080		
	Önlisans (2 yıllık)	34	0.169		
	Sağlık Meslek Lisesi	2	0.450		
	Lise	4	0.247		
5	Yüksek Lisans / Doktora	7	0.342	3.785	0.436
	Lisans	96	0.066		
	Önlisans (2 yıllık)	34	0.137		
	Sağlık Meslek Lisesi	2	0.200		
	Lise	4	0.366		
6	Yüksek Lisans / Doktora	7	0.193	5.376	0.251
	Lisans	96	0.078		
	Önlisans (2 yıllık)	34	0.152		
	Sağlık Meslek Lisesi	2	0.500		
	Lise	4	0.328		

## VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada bir özelleştirme ve DKY uygulaması olan Hİ kavramsal çerçevesi oluşturulmaya çalışılmış, Hİ süreci açıklanmaya çalışılmış, Türkiye’de ki uygulama alanları incelenmiş ve Ankara’da Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde yapılmış bir araştırmaya yer verilmiştir. Bu nedenle araştırma sonuçları özel sağlık kurumlarını kapsamamaktadır.

Hİ uygulamaları, sağlık kurumlarının son yıllarda hızla yoğunlaşan rekabet ortamında başarılı olabilmeleri, son teknoloji imkânlarından faydalanabilmeleri, kaliteli hizmet sunabilmeleri ve bu faaliyetleri mümkün olan en düşük maliyetle elde edebilmeleri için önemli bir araç ve stratejik bir seçenektir.

Hİ, içinde insan unsurunu barındıran ve performansın tespiti ve kabul koşulları bakımından mal alımı ihalelerine kıyasla daha zor olan tedarik işlemleridir. Mal alımlarında istenen teknik standartlar piyasada bulunan malların teknik özelliklerine göre belirlenmekte ve teknolojinin gelişmesiyle güncellenmekte iken Hİ’nde talep edilen hizmetin niteliğine ve talep eden kurumun özelliğine göre hizmetin şekli değişmektedir.

Sağlık sektöründe hizmet sunan kamu kurumları varlıklarını sürdürebilmeleri ve rekabet ortamında avantaj elde edebilmeleri için temel yetenekleri olan teşhis ve tedavi hizmetlerine odaklanmakta ve temel olmayan yemek hazırlama ve dağıtım, sterilizasyon, bilgi işlem, veri işleme ve otomasyon gibi alanlarda Hİ aracılığıyla profesyonel firmalardan sağlama yoluna gitmektedirler. Ancak hastane yönetimlerine sağladığı tüm bu faydaların yanında bazı risklerde bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre bu risklerden en önemlileri; tedarikçinin finansal istikrarsızlığı, tedarikçiden kaynaklanan sebeplerden ötürü hastane imajının zedelenmesi, tedarikçinin sunduğu ürün ya da hizmetin kurumun isteklerini karşılayamaması ve istenen mal veya hizmetin tedarikçi tarafından zamanında teslim edilememesi sayılabilir.

Hİ yapma kararını etkileyen faktörler incelendiğinde en fazla ilgili hükümet organlarının (bakanlık vb.) teşviki ve bu yöndeki yasal düzenlemeler olduğu görülmektedir. Bunun dışında diğer hastanelerin uygulamaları hakkında alınan olumlu duyular, tedarikçilerin daha iyi teknolojik altyapıya sahip olması ve tedarikçilere bağlı personelin kurum personeline kıyasla daha maliyet etkili çalışmasından etkilendiklerini belirtmişlerdir. Mevcut faktörlere kıyasla ülkedeki politik ve ekonomik istikrardan en az etkilendikleri ise araştırmanın bir başka sonucudur.



Araştırma sonuçlarına göre yöneticilerin, personelin bir özelleştirme ve DKY yararlanma aracı olarak Hİ 'den beklentileri yani Hİ yapmayı tercih nedenleri; sağlık kurumlarında hali hazırda verilen hizmetten daha verimli, kaliteli ve etkili hizmet sunulması, hasta memnuniyetinin artırılması, maliyetlerin düşürülerek tasarruf sağlanması, teknolojik yeniliklere en düşük maliyetle ulaşmak, Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmaktır. Türkiye 'de kamu sağlık kurumlarında Hİ kanunlara ve yönetmeliklere uygun olarak yapılmaktadır. Hİ aracılığıyla DKY'nın kalitesini, verimini ve etkililiğini şekillendiren birincil etken kamu sağlık kurumları yöneticilerinin bilgi ve tecrübesi değil ayrıntılı şekilde düzenlenmiş ve sürekli olarak güncellenen ihale kanunu, yönetmelikler ve uygulama tebliğleridir. Özel sağlık kurumlarında ise DKY sürecini şekillendiren yasa ve yönetmelikler değil yöneticilerin bilgi ve tecrübeleridir. Kamu sağlık kurumlarının yapmış oldukları Hİ üzerindeki denetimler ise Sağlık Bakanlığı'ndan ziyade Kamu İhale Kurumu ve Sayıştay tarafından yapılmaktadır.

Araştırmaya göre Hİ uygulamalarını tercih etmeme ya da gerçekleştirilmeme nedeni olarak en çok kurum bünyesinde bu hizmeti verecek nitelik ve nicelikte personelin olması vurgulanmıştır. Bunu sırasıyla ihale yapmak için yasal sürenin dolmaması ve ihalelere talip olacak nitelik ve nicelikte firmanın olmaması takip etmektedir. Kurum bünyesindeki personelle işin yapılmasının daha ucuza mal olması, katılımcılar tarafından genellikle olumsuz görülmüştür. Yine katılımcıların görüşleri incelendiğinde ise ihale sistemine ve hukuksal altyapıya genellikle güven duyulduğu görülmektedir.

Literatürde Hİ olası tercih nedenleri olarak; hizmet kalitesini artırmak, hasta memnuniyetini artırmak, Daha verimli hizmet üretmek, Maliyetleri düşürerek, tasarruf sağlamak, teknolojik yeniliklere ulaşmak ve etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak gösterilmektedir. Araştırmaya katılan katılımcılar hizmet kalitesinin arttığını, finansal tasarruf sağlandığını, verimli hizmet gereksinimlerinin karşılandığını ve hasta memnuniyetini arttığını belirtmişlerdir.

Kamu kurumlarında Hİ süreci, önceleri sadece "2886 sayılı Devlet İhale Kanunu" na göre yapılmakta iken 2002 hem ihtiyaç ve taleplerin artması karşısında bu kanunun yetersiz kalması hem de Dünya ve Avrupa Birliği İhale Kanunlarına uyum çerçevesinde 2002 yılında yürürlüğü giren iki ayrı kanun "4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ile 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu" na uygun olarak yürütülmektedir. Sözleşme yapılmasına kadar olan tüm süreç için "4734 sayılı Kamu İhale Kanunu"na uyulmakta iken sözleşmenin imzalanmasından sonra ki tüm süreç için "4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu" na uyulmaktadır. Bu alandaki temel yasa metinlerine uygun olarak yapılan Hİ'nin, en büyük sorunlarından bazıları;

- İhale süreçlerinin uzunluğu,
- Firmalar tarafından kanuna aykırı ve rekabeti bozucu şekilde oluşturulan tekelleşme, İdarelerin ihtiyacın tespit edilmesi aşamasında hizmet alımı sürecinde gerekecek malzeme miktarının tam olarak tespit edilememesi ve fazla miktarda talep edilmesi,
- En avantajlı teklifin belirlenmesi aşamasında aşırı düşük fiyat sorgulamasının yapıp yapılmaması ve ihale komisyonunda görevli kamu personelinin bu aşamada karar verirken yasal yaptırımlar ve cezalardan dolayı yaşamış olduğu zorluklar ve sorumluluk almaktan çekinmesi neticesinde düşük tekliflerin genelde kabul görmesi ve bu yüzden aşırı düşük teklif veren firmaların maliyeti kısmak amacıyla hizmet kalitesini düşürmesi, çalışanların özlük haklarını kısması, sosyal harcamalarda kısıntıya gitmesi.
- AB uygulamalarında olduğu gibi fiyat dışı unsurların değerlendirilerek en profesyonel firmayı en uygun fiyattan seçme konusunda idareye takdir hakkı tanınmaması,
- Sözleşmenin imzalanmasından itibaren yasal süre boyunca siyasi müdahaleler nedeniyle idarenin etkin bir denetim fonksiyonu gerçekleştirilememesi,
- Sözleşme öncesi ve sonrası süreçte yolsuzluk ve usulsüzlük yaşanması,
- Doğrudan temin gibi şeffaf olmayan alımlarında idareye geniş takdir hakkı tanınan ihale dışı hizmet alımlarında yolsuzluk yaşanması ve kamunun zarara uğratılmasıdır.

24 Aralık 2017 tarihinde yürürlüğü giren 696 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımları sonlandırılmıştır. Söz konusu personel çalıştırılmasına dayalı Hİ kapsamında hali hazırda alt işveren işçisi olarak çalışanlar sürekli işçi kadrosuna geçirilmişlerdir. Ancak ilerleyen dönemlerde emeklilik, istifa vb. nedenlerle azalan personelin boşluğunun nasıl doldurulacağı konusunda belirsizlik bulunmaktadır.

Sonuç olarak kamu sağlık sektöründe yoğun talep gören ve önemli ekonomik büyüklüğe ulaşmış Hİ hakkında yapılabilecek öneriler aşağıda sunulmuştur:



- Hİ'nin sınırları iyi çizilmeli, amaç ve hedefleri doğru ve anlaşılır şekilde belirtilmeli, kurumun ihtiyaçlarına uygun olarak misyon ve vizyonuna katkıda bulunmalıdır.
- Hİ sözleşme tasarıları kanunda belirtildiği üzere standarttır ve üzerinde değişiklik yapılması mümkün değildir. İdarenin amacının ve beklentilerinin net bir şekilde sözleşmede belirtilmesi ile yüklenicinin etkinliği ve verimliliği artacaktır.
- Sözleşme kapsamına giren ve kapsam dışı olan konuların sözleşme de şüpheye mahal vermeyecek şekilde ifade edilmesi idareyi ve yükleniciyi sıkıntıya sokmayacaktır.
- İş alanının teslimi ve geçiş süreci belirli bir plan dahilinde yapılmalı, sadece bileşenler değil personel çalışma programı da belirginleştirilmelidir. Bu sayede fazla istihdam engellenecektir.
- İşin uygulanması sürecinde yükleniciyle idare arasında çıkabilecek sorunların adli makamlara başvurulmadan iki taraf arasında çözülmesi hem işin yürütülmesi, hem de doğabilecek ilave masrafların engellenmesi açısından önem arz etmektedir.
- İşin uygulanmaya başlamasından sonra bilgi sistemi kurulması idare ve yüklenici arasında bilgi paylaşımı açısından faydalı olacaktır. Kurulacak bu bilgi sistemi sayesinde istatistiksel veriler de sağlıklı bir şekilde kayıt altında tutulabilecektir.
- İdarelerin kendi hizmet binalarında veya diğer görev sahalarında gerçekleştirilen hizmet alımı ihaleleri (örneğin; temizlik, özel güvenlik, hasta ve ziyaretçi yönlendirme, veri işleme ve otomasyon sisteminin işletimi, yemek hazırlama ve dağıtım hizmetleri gibi) ile personel/ öğrenci taşıma hizmetleri ve araç kiralama hizmet alımı ihalelerinde kalite yönetim sistem belgesi ve niteliği gereği çevre yönetim sistem belgesi istenmesi uygun olmayan hizmet alımı ihalelerinde çevre yönetim sistem belgesi istenmesi yasaktır (Kamu İhale Genel Tebliği, md: 74.5.1-2).

#### KAYNAKÇA

- Arisi, E.A. (2016). Does Outsourcing Improve Quality of Service in Public Healthcare Institutions in South-East Nigeria?. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences* S. 6, s.196-203.
- Akyürek, Ç.E. (2013). *Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Aşan, S. (2014). *Özelleştirme Mali Alan İlişkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Bozkurt, C. (2009). 4734 Sayılı Kamu İhale Kanununun Son Değişiklikler (5812 Sayılı Kanun) De Dikkate Alınarak Genel Bir Değerlendirmesi. *Denetim Dergisi*, S.2, s. 60-74
- Bristol, A.D. (2005). *Everyone is; Should Healthcare? Outsourcing: Issues in Strategic Planing, Organizational Culture, And Organizational Ethics*, The University of Healthcare Science Center at Houston School of Public Health s.35-50.
- Cristia, J., Prado, A.G.; Peluffo, C. (2015). The Impact of Contracting in and Contracting out Basic Health Services: The Guatemalan Experience. *World Development*, S.70, s.215-227.
- Ergin, G. (2003). *Hastanelerde Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Değerlendirmeleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Frosini, F.; Dixon, A.; Robertson, R. (2012). Competition in the NHS: a provider perspective. *Journal of Health Services Research & Policy*, S.17, s.16-22.
- Ganmet, D. (2006). *Geçiş Ekonomilerinde Özelleştirme Uygulamaları ve Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Ankara.
- Gülel, İ. (2012). 5237 Sayılı Türk Ceza Kanununda İhaleye Fesat Karıştırma Suçu, *Türk Adalet Akademisi Dergisi*, S.11, s.225-257.
- Hayati, R., Heydarvand, S., Khammarnia, M., Ravangard, R., Sadeghi, A., Setoodehzadeh, F.; Sobhani, G. (2015). The decision-making matrix of propensity to outsourcing hospital services in Bandar Abbas. *Journal of the Pakistan Medical Association*, S.65, s. 1288-1294.
- Ikediashi, D.; Okwuashi, O. (2015). Significant factors influencing outsourcing decision for facilities management (FM) services: A study on Nigeria's public hospitals. *Property Management*, S.33, s.59-82.
- Jing, Y.; Chen, B. (2012). Is Competitive Contracting Really Competitive? Exploring Government-Nonprofit Collaboration in China, Erişim Adresi: (<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10967494.2012.7610549>), Erişim Tarihi: 08.02.2018.
- Kaplan, S. (2012). İdeal Bir Kamu İhale Kanunu ve İdeal Bir Kamu İhale Kurumu ve Kurulu Nasıl Olmalıdır? Fonksiyonel Bir Model Çalışması. *Maliye Dergisi*, S.162, s.18-50.
- Köksal, F. (2016). *Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımının Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Samsun.
- Liversedge, K. (2009). *A Culture of Awareness: Working Together to Build a Successful Outsourcing Relationship*. BC Institute of Technology, Royal Roads University.
- Ruble, W. (2015). The Effect of Contracting Out Low Performing Schools on Student Performance, Department of Economics, Tulane University, Erişim Adresi: (<https://ideas.repec.org/p/tul/wpaper/1521.html>), Erişim Tarihi: 07.02.2018.
- Sancakdar, O. (2015). Kamu İhale Kurulu Kararlarının Yargısal Denetimi Bağlamında Yürütmenin Durdurulması ve Hukukî Sonuçları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, S.16, s. 3843-3911.
- Sezer, Y. (2002). Kamu İhale Kanunu: Şeffaflık ve Rekabet. *Amme İdare Dergisi*, S.35, s. 57-82.
- Simonet, D. (2015). The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review. *Administration & Society*, S.47, s.802-826.
- Tatar, F.; Tatar, M.; Şahin, İ. (1997). Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye'deki Uygulamaları. *Amme İdaresi Dergisi*, S. 3, 30, s.77-96.
- Tengilimoğlu, D.; Işık, O.; Akbolat, M. (2011). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 3. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D. Ve Yiğit, V. (2013). *Sağlık İşletmelerinde Tedarik Zinciri ve Malzeme Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Uz, A. (2005). *Kamu İhale Hukuku*. Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları.