

**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİ İKTİSAT BİLİM DALI**

***KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN
SATIN ALINMASI***

Yüksek Lisans Tezi

SEVİNÇ TOKALAŞ

İstanbul, 2006

**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİ İKTİSAT BİLİM DALI**

***KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN
SATIN ALINMASI***

Yüksek Lisans Tezi

SEVİNÇ TOKALAŞ

Danışmanı: Yard. Doç. Dr. MUSTAFA ÇELEN

İstanbul, 2006

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde, kaynak tahsisinde etkinliğin sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin geliştirilmesi, ihtiyaçların planlanması, önceliklerinin belirlenmesi ve toplumun sağlık seviyesinin geliştirilmesi amacıyla satın alma modelleri geliştirilmiştir. Bunlardan en önemlisi stratejik satın almadır.

Stratejik satın alma, en iyi tedarikçileri, en iyi ödeme mekanizmalarını ve sözleşmelerin en iyisini bulmak için sürekli araştırma gerektirir. Stratejik satın alma, toplumun sağlık ihtiyaçlarını ve önceliklerini içeren değerlendirmeleri, satın alma stratejilerini geliştirmek için hizmet çeşitlerinin ihtiyaçlar doğrultusunda nasıl karşılanacağını ve hizmet dağılımının nasıl olması gerektiğini içeren toplantıları, bütçeden ödenek ayrımlarının başarılması için stratejilerin kapsar.

Ülkemizde kamu sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla gördürülebilmesi için, satın almayı yapacak kurumların harcama gerektiren işler olması ve satın almayı yapacak kurumların kamu statüsünde bulunmaları nedeni ile Kamu İhale Kanununa tabi olmaları doğal bir sonuçtur.

Kamu Sağlık Hizmetlerinin Kamu İhale Kanunu vasıtası ile satın alınmasındaki amaç ise, kanunun temel ilkelerini gerçekleştirerek, toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanmasında eşitliği sağlamak, sağlık hizmetlerinin planlanmasından, sağlık politikası hedeflerinin gerçekleştirilmesine kadar, tüm sağlık sistemi amaçlarının şartname ve sözleşmelerle gerçekleştirilmesini olanaklı kılmak, sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmaktır.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin, Kamu İhale Kanunu vasıtasıyla satın alınmasında, sağlık alanında kıt olan kaynakların kullanımında etkinliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin yükseltilmesi ve sağlık hizmeti çıktılarının geliştirilmesi beklenir. Ayrıca, uzmanlaşmanın getireceği maliyet avantajlarından yararlanılır. Böylece sağlık sistemi içerisinde bütün topluma yayılan kamu sağlığı hedeflerinin başarılmasına katkı sağlanabilir. Diğer en önemli sonuç ise, tedarikçiler arasında rekabet ortamı yaratılarak piyasa mekanizmasında etkinliğin artırılmasıdır. Böylece toplumun sağlık ihtiyaçları ve beklentileri satın alma kararlarının içinde karşılanabilir.

ABSTRACT

Purchasing models have been developed to ensure efficiency in source allocation for healthcare services, improvement of quality in service providing, planning of demands, determination of priorities and improvement of the public health. The most important for these is strategic purchasing.

Strategic purchasing requires continuous research for the best supplies, best payment mechanisms and best contracts. Strategic purchasing includes evaluations covering public health needs and priorities, how service types are to be fulfilled in line with the needs in order to develop purchasing strategies, meetings covering issues such as what the service distribution should look like and strategies for successful allocation of funds in the budget.

The existence of works obtained by medical institutions in our country through purchasing requiring spending of resources and subjection of such institutions to the Public Procurement Law due to their status as public institutions is no surprise.

The purpose of obtaining public healthcare services through the Public Procurement Law is, by satisfying the basic principles of the Law, provide equality to individuals in benefiting from healthcare services, ensure that all objectives in the healthcare system from planning of healthcare services to realization of healthcare policy goals are realized based on specifications and contracts and increase the quality of healthcare services.

Finally, it is expected that in purchasing based on the Public Procurement Law, efficiency shall be ensured in using limited healthcare resources, quality shall be increased in providing healthcare services and healthcare service outputs shall be improved. Furthermore, cost advanced brought by specialization can be benefited from. Thus, it can make a contribution to successful attainment of public health objectives spread to the whole society. Another important result is the creation of a competitive atmosphere among suppliers and increase of efficiency in market mechanisms. Public healthcare needs and expectations can thus be met by purchasing decisions.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ	2
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK ANALİZİ	9
2.1. Sağlık Hizmeti Kavramı	10
2.2. Sağlık Hizmeti Ekonomi İlişkisi	12
2.3. Sağlık Hizmetinin Genel Özellikleri	17
2.4. Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dışsallık	18
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Negatif Dışsallık.....	18
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Pozitif Dışsallık.....	20
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	21
2.5.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	22
2.5.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	23
2.5.3.Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	24
2.6. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Harcamalarının Gelişimi	25
2.7. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri.....	28
2.7.1. Sağlık Bilincinin Gelişmesi.....	28
2.7.2. Sağlık Alanındaki Yeni Tıbbi Teknolojilerin Gelişmesi.....	28
2.7.3. Uzun Süreli ve Tedavisi Pahalı Hastalıkların Ortaya Çıkması ..	28
2.7.4. Ortalama Yaşam Süresinin Uzaması.....	29
2.8. Sağlık Hizmetleri Piyasası ve Özellikleri	29
2.8. 1.Sağlık Hizmetlerinin Talep Yönü	29

2.8.2.Sağlık Hizmetlerinin Arz Yönü	31
2.9. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Üretilmesi.....	33
2.10. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Değerlendirme Teknikleri.....	34
2.10.1. Fayda ve Maliyet Analizi (Cost -Benefit Analysis).....	36
2.10.2. Maliyet- Etkinlik Analizi (Cost Effectiveness Analysis).....	36
2.10.3. Maliyet Minimizasyonu Yöntemi (Cost Minimization).....	37
2.10.4.Maliyet Fayda Analizi (Cost Utility Analysis).....	37
3. KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN SATIN ALINMASI	41
3.1.Sağlık Hizmetlerinde Satın Alma Kavramı.....	42
3.2.Satın Almada Yönetim Yapıları.....	44
3.3.Satın Almacının Özellikleri.....	46
3.4.Satın Alma Organizasyonları.....	47
3.4.1.Dikey Organizasyonlar.....	48
3.4.1.1.Makro Düzeyde Satın Alma (Makro –Level Purchasing)	48
3.4.1.2.Bölgesel Düzeyde Satın Almalar (Meso-Level Purchasing). 49	
3.4.1.3.Mikro Düzeyde Satın Almalar (Mikro Level Purchasing) ...	49
3.4.2.Yatay Organizasyonlar.....	
3.4.3.Tedarikçi Organizasyonlar.....	51
3.4.4.Satın Almacı Organizasyon Tipleri.....	51
3.4.4.1.Resmi Organizsyonlar.....	52
3.4.4.2. Satın Alma Organizasyonlarında Tedarikçi	
Satın Almacı İlişkisi.....	53
3. 4.5.Bazı Ülkelerde Satınalma Organizasyon Örnekleri.....	56
3.4.5.1.İngiltere.....	57
3.4.5.2.Hollanda.....	57
3.4.5.3.İtalya	58

3.4.5.4.İspanya.....	58
3.5.Kamunun Acentası Olarak Satın Almacılar.....	59
3.6.Satın Almada Fiyatlarını Etkileyen Unsurlar.....	61
3.6.1.Sağlık Sisteminde İşlemlerin Boyutu.....	61
3.6.2.Ölçüm, Pazarlık ve Gözlem Maliyetleri.....	61
3.6.3.Rant Yaratma, Zayıf Teşvik ve Koordinasyon Sorunları.....	62
3.6.4.Motivasyon Başarısızlıkları: Kaytarma Sorunları.....	63
3.6.5.Rekabet	64
3.6.6.Eşgüdüm (Koordinasyon) ve Güdüleme.....	66
3.6.7.Yaygın Olarak Tedarikçi ve Satın Almacının Fonksiyonları	66
3.7.Satın Almada Sözleşmeler.....	67
3.7.1.İşlemler ve Sözleşmeler.....	69
3.7.2.Sözleşmenin Tamlığı	69
3.7.3.Sözleşmede Karmaşıklık ve Belirsizlik.....	70
3.7.4.Sözleşme Tipleri	71
3.7.4.1.Piyasaya Giriş Sözleşmeleri (Market Entry Contract).....	72
3.7.4.2.Üretim Sözleşmeleri.....	73
3.7.4.2.1.Girdi Sözleşmeleri.....	73
3.7.4.2.2.İcraat Sözleşmeleri.....	73
3.7.4.2.3.Hizmet Sözleşmesi.....	74
3.7.5. Sözleşmelerde Yönetimin Rolü.....	79
3.7.6. Düzenleyici Hedefler.....	80
3.7.7.Kurallar ve Yöntemler.....	81

3.8.Kolektif Sözleşme Yapma.....	81
3.9.Batı Avrupa'da Hastane Ödeme Sistemleri.....	81
3.10.Doğu Avrupa Ülkelerinde Ödeme Sistemleri.....	82
3.11.Satın Almada Karşılık Tipleri.....	83

4. KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU İHALE KANUNU VASITASIYLA SATINALINMASI

86

4.1.Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Satın Alma Yapısı	86
4.2. 4964 Sayılı Kanun İle Değişik 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu İle İlgili Temel Açıklamalar Sayılı Kamu İhale Kanunu İle İlgili Temel Açıklamalar.....	88
4.3.Kamu İhale Kanunun Amacı.....	88
4.4.Kamu İhale Kanunun Kapsamı.....	90
4.5.Eşik Değerler.....	91
4.6.İhale Yetkilisi ve İhale Komisyonu.....	92
4.7.Alt Yüklenici.....	95
4.8.İhaleye Katılabilmek İçin Yeterlilik Koşulları.....	95
4.9.Teknik Şartnameler.....	102
4.10.İdari Şartnameler.....	103
4.11.İhale Usulleri.....	103
4.11.2.Açık İhale Usulü	104
4.11.3.Belli İstekliler Arasındaki İhale Usulü.....	104
4.11.4.Pazarlık Usulu.....	105
4.12.Sağlık Hizmetlerinin Kamu İhale Kanunu İle Satın Alınmasında Uygulanabilecek İhale Usulleri	106
4.13.İhale Hazırlık ve İhale Aşaması.....	108
4.14.Kamu Hastaneleri için Sözleşmeler.....	110
4.15. Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınmasında Fiyatlar ve Ödeme Şekilleri.....	111
4.16.Değerlendirme.....	112
5.SONUÇ	115

EK.1. Tablo Listesi

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranlarının Gelişimi Yüzde (%)	25
Tablo.2. Sağlık Harcamalarının Toplam Tutarının GSMH'ya Oranı (%)	27
Tablo 3. Türkiye'de Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı, 2004	27
Tablo 4. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri	34
Tablo 5. Yönetim Satın Alma Seçenekleri	60
Tablo 6. Rekabet ve Piyasalardaki Rolü	65
Tablo 7. Sağlık Hizmetlerinde Sözleşmelerin Genel Olarak Sınıflandırılması	79
Tablo.8. Avrupa'da Seçilmiş Bazı Ülkelerin Hastane Tedarikçi Organizasyonlarının Özellikleri	85
Tablo 9. İlan Süreleri	94
Tablo 10. Hizmet Alımları İçin Yıl Sonu Bilançolarına Uygulanacak Kriterler	96
Tablo 11. Sözleşmelerde Öncelikli Şartlar	99
Tablo 12. Bir Hizmet Alım İhalesinin Tüm İhale Süreçleri	108

EK.2.Şekil Listesi

ŞEKİLLER

	Sayfa No.
Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu	12
Şekil 2. QALY İle Kazanılan Yaşam Süresi	39
Şekil 3. Toplum Sağlığının Ölçülmesinde DALE Analizi ...	40
Şekil 4. Satın Almada Taraflar	69

Ek:3 Kısaltmalar

KISALTMALAR

AB :Avrupa Birliği

BUT :Bütçe Uygulama Talimatı

GSMH :Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

GP :General Medical Practitioners

DALE: Disability Adjusted Life Years

DRG : Diagnostik Related Group

IMF : International Monetary Found

HISS : Slovenya Sağlık Enstitüsü

KİK :Kamu İhale Kurumu

SSK :Sosyal Sigortalar Kurumu

NHS : National Health System

NPM :New Public Management

MR : Manyetik Rezonans

TTB :Türk Tabibler Birliği

TOBB :Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği

QALY :Quality Adjusted Life Years

a.g.e. :adı geçen eser

a.g.k. :adı geçen kanun

a.g.b. :adı geçen bildiri

a.g.m. :adı geçen makale

a.g.t. :adı geçen tez

a.g.y. :adı geçen yönetmelik

a.g.r. :adı geçen rapor

S. :sayı

s. :sayfa

1.GİRİŞ

Sağlık, hem ulaşılması istenen bir hedef hem de gelişmenin önemli bir sonucudur. Sağlık yatırımlarının ekonomik gelişmeyi canlandırmakla yoksulluğu azaltmakta kritik bir girdi olduğu söylenebilir.¹ Makro ekonomik açıdan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, ülke nüfusunun sağlık durumu ekonomik konjoktür ile ilişkilendirilebilir. Sağlık alanına yapılan harcamalar ile sağlanan istihdam ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki ortaya konulabilir. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişliği arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Sağlık açısından durumu iyi olan bir toplumun, beşeri sermaye kalitesi de iyi olacak ve bu durum verimliliği arttırarak, ekonomik büyümeyi olumlu etkileyecektir.² Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin nitel ve nicel düzeyi sosyal refahın bir göstergesi olarak sayılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin, nispeten az sayıdaki spesifik müdahalelerden dünya yoksullarına yapılan yardımlara kadar olan geniş kapsamı her yıl milyonlarca hayatı kurtarabilir, yoksulluğu azaltabilir, ekonomik gelişmeyi kamçılayabilir ve global güvenliğe katkıda bulunabilir.³

Bedava sağlık hizmetleri ile (yeşil kart gibi) yoksulluğun azaltılması ve uzun dönemli ekonomik gelişme arasındaki bağ çok güçlüdür. Sağlık sektörünün milli hâsıladan aldığı pay sadece o payla sınırlı olarak Gayrisafi yurtiçi hâsılada yüzde iki kadar bir orana eriştiğinde, oluşturduğu katma değer ile gayrisafi yurtiçi hâsıladaki payı yüzde altılara kadar yükseltebilmektedir.⁴

Tüm bu nedenlerle sağlık hizmetlerinde, kaynak tahsisinde etkinliğin sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin geliştirilmesi, ihtiyaçların planlanması, önceliklerinin belirlenmesi ve toplumun sağlık seviyesinin geliştirilmesi amacıyla satın alma modelleri geliştirilmiştir. Bunlardan en önemlisi stratejik satın almadır. Stratejik satın alma ile sağlık

¹ Macroeconomic and Health, **Investing in Health For Economic Development Report Of The Comission Macroeconomic And Health** Presented By Jeffrey D.Sachs, Chair to Gro Harlem Brundtland, Director, General Of The World Health Organization on 20 December 2001, s.80

² Sami Taban, **Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Nedensellik Testi**, <http://iibf.ogu.edu.tr/kongre /bildirileri, s.5/01/01/2006>

³ Makroconomics and Health, Investing in Health For Economic Development Report, a.g.e., s.90

⁴ Makroconomics and Health, Investing in Health For Economic Development Report, a.g.e., s.102

hizmetlerinde, çıktı odaklı hizmet sunumu, yeni yönetim stratejilerine geçiş, geleneksel uygulamaların yanında alternatif yöntemlerin bulunması, kalitenin geliştirilmesi, performansa dayalı ödeme, tedarikçi ve satın alıcı arasındaki rekabet piyasasının sağlanarak etkinliğin artırılması ve sağlık sistemlerinin teknik verimliliğinin gelişimi hedeflenmektedir.

Bu tez kapsamında, kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitlik ile adalet ilkelerinin gerçekleştirilebilmesi ve sağlık hizmetlerinden beklenen maksimum çıktının elde edilebilmesi için, sağlık hizmetlerinin gördürülmesinde Kamu İhale Kanunu'nun uygulanmasına yer verilmektedir. Kamu İhale Kanunu vasıtasıyla, kamu sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin kullanımının, fiyat - maliyet avantajlarının sağlanması, sağlık hizmetlerinde tedarikçilerin kalite standartlarının yükseltilerek, toplumun sağlık ihtiyaçlarının daha iyi koşullarda ve zamanında karşılanması beklenmektedir.

Bu kapsamda öncelikle, sağlık hizmetlerinin ekonomik analizi, sağlık hizmetlerinin genel özellikleri ve sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirme teknikleri ele alınmaktadır. Daha sonra ise, kamu sağlık hizmetlerinin satın alınmasına, satın alma yapısı içinde, organizasyon yapılarına, özelliklerine, sözleşmelere ve Avrupa'daki çeşitli ülkelerin satın almalarına ait örneklere yer verilmektedir. En son olarak lkemizde, Kamu İhale Kanunu uygulamalarına dair genel bilgiler doğrultusunda, kamu sağlık hizmetlerinin bu kanun vasıtası ile satın alınabileceği öngörülmektedir. Sonuç kısmında ise, kamu sağlık hizmetlerinin Kamu İhale Kanunu vasıtası ile gördürülmesi halinde, elde edilecek faydalar belirtilmektedir.

2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK ANALİZİ

İktisadi faaliyet kollarının makro ekonomik boyutlarda incelenmesi sırasında, sektörel analizler, konuları, daha derinlemesine incelenme imkanı vermektedir. Bu sebeple ekonomik sektörlerde faaliyetlerin, en küçük birimleri dikkate alarak incelenmesi daha verimli çalışmalar ortaya çıkartır. Sağlık ekonomisi, turizm ekonomisi, eğitim ekonomisi gibi, alt sektörlerin analizlerinin yapılabilmesi, mikro ekonomik bazda çalışmaya ve daha sonra makro süreçlerde analize ihtiyaç göstermektedir.

Sağlık, günlük hayatın kaynağıdır, hayatın bir hedefi değildir. Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur.⁵ Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali⁶ şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlığın, vazgeçilmez bir servet olması temel özelliğidir ve bu bakış açısıyla eğitim, mesleki bilgi gibi, diğer beşeri sermaye formlarına oldukça benzer.⁷

Sağlığın korunup geliştirilmesi; ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplum üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir.⁸

Sağlığı elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ve bunların içinde yer alan kişi, kurum ve kuruluş, statü ürün vb. unsurların tümümü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavram olarak da sağlık sektörünün tanımını verebiliriz. Sağlığın korunup geliştirilmesi ile ilgili tüm bu faaliyetler sağlık hizmetleri alanını kapsar.

⁵ Sophia Witter, "Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countries" **Centre For Health Economics University of York**, 22 January, 2002 s. 4

⁶ <http://www.who.int/en/02/02/2006>

⁷ World Health Organization, "Health Systems Improving Performance", What is a Health System? Cheapter One , **The Word Health Report**, Regional Office For Europe, Genove, Switzerland, 2000, s. 4

⁸ Savaş Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Yayınları, Yayın No: 2350, Ankara, 1994, s. 10

İnsanların daha iyi bir sağlık düzeyinde ve / veya daha uzun yaşamak istemelerine karşın sağlık alanındaki kısıtlılıklar giderek daha belirgin hale gelmektedir. Buna karşılık sağlık harcamaları ise sürekli bir artış eğilimi göstermektedir. Bu gelişmenin bir sonucu olarak sağlık alanına önemli tutarda kaynak tahsis edilmekte, kaynakların kıt olduğu bir ortamda en iyi çıktının elde edilmesi ise ekonomi bilimi ve teknikleri ile mümkün olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Sağlık harcamalarının artması ve buna paralel olarak sağlık sisteminin etkinliğinin aynı oranda artıp artmaması gibi meseleler karşında, fayda maliyet analizlerinin yapılması gerekir. Spesifik bir tedavi ya da bakım metodunun giderleri ile ilişkili ekonomik verileri değerlendirmek üzere fayda ve maliyet çalışmaları geliştirilmiştir. Örneğin bir kişinin sağlık durumu veya bazı morbidite koşulları ile sağlık, tedavi ya da ölümü geciktirmek bakımından, bunların tedavi maliyetleri ile nasıl kıyaslanabileceğine imkan tanır.⁹

Sağlık hizmetlerinde strateji, hedef ve politikalar belirlenirken, ya da çeşitli uygulama sonuçları değerlendirilirken maliyet- fayda (cost- benefit) analizi en iyi sonuç veren seçeneğin bulunması ve tercih edilmesi gerekir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, idare açısından sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi birçok yönden güç iken, bireyler açısından, bu hizmetlerden nasıl yararlanılacağı sorun oluşturmakta ve bu durum, hem idari harcamaların hem de aile bütçesinin önemli bir bölümünü teşkil etmektedir. Bu ülkeler aynı zamanda, kısıtlı döviz kaynakları ile ilaç, tıbbi alet, ekipman ve bunların gerekli yerlere ulaştırılma problemi ile sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksekliği hakkında kötü bir deneyime sahiptirler. Bundan dolayı, sağlık hizmetlerinde etkinliğin yükseltilerek maliyetlerin düşürülmesi konusunda çalışma yapılması gereği ortadadır ve bu da ancak ekonomi bilimi ve teknikleri ile mümkündür.¹⁰ Sağlık ekonomisi işte bu ihtiyaca yönelik olarak çalışmaktadır. Sağlık ekonomisi, kaynakların tahsisi ile değişik sağlık sistemlerinin alternatif etkilerini gösteren bir alt iktisadi branştır.¹¹ Sağlık ekonomisi, genel olarak sağlıkla ilgili tüm faaliyetlerin ekonomik yönünü inceler. Sağlık ekonomisin faaliyet alanı da, sağlık hizmetlerinin üretimi ve arzı, finansmanı, talebin düzenlenmesi, hizmet aktarımının yaygınlaştırılması ve sağlık sektöründeki diğer çalışmalardır.

⁹ Bianco Mabel, **Cost Benefit and Economic Approach Related to Health Care Services System**, Introduction, 2000, s.1

¹⁰ Abdülkadir Işık, Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 1998, s.6

¹¹ The Establishment and Use of Dedicated Taxes for Health, [http://www.wpro.who.int/guick_links/Health Economics and Financing](http://www.wpro.who.int/guick_links/Health_Economics_and_Financing), s.1, /14/02/2006

Sağlık hizmetleri, yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfında yer aldığı için piyasada kaynak dağılımında etkinliği önlerler. Bunun başlıca sebepleri, sağlık piyasasındaki dışsallıklar, hizmet satın alıcıların piyasa hakkında tam bilgiye sahip olmaması, piyasaya giriş kısıtlılığı, üreticiler arasında eksik rekabet olması, arz ve talep arasındaki dengesizliklerdir.

Tam rekabet piyasası, alıcı ve satıcıların belli koşullar altında, hiçbir engel olmadan mübadele yaptıkları ortamı ifade eder. Tam rekabet piyasasının var olabilmesi için, atomise olma, mobilite olma, homojenlik ve açıklık koşullarının gerçekleşmiş olması gerekir.¹²

Piyasaya Giriş Yönünden (Atomise Olma Koşulu Yönünden), tam rekabet piyasasının var olabilmesi için piyasada alıcı ve satıcıların piyasa fiyatını etkileyemeyecek kadar çok sayıda olması gerekir. Bunun sonucunda da piyasada var olan alıcı ve satıcılar piyasada oluşan fiyatları kabullenmek zorundadırlar.

Sağlık mal ve hizmetleri piyasasında arz yönünden, tıbbi malzeme ve ilaç firmalarının, sağlık kuruluşlarının ya da sağlık personelinin örgütlü davranışlarına karşın, piyasaya girişleri tamamen bağımsız olan tüketicilerin fiyat ve hizmet kalitesi açısından talep baskısı yaratmaları mümkün değildir. Bu nedenle arz ve talep arasında eşitsizlik vardır.

Sağlık piyasasına girişte kısıtlamalar mevcuttur. Sağlık hizmetini sunan kişiler zorunlu lisansı olan kişilerdir. Gerekli eğitimlerini tamamlamış ve bunu belgelemiş olan kişiler sağlık hizmetini yerine getirebilirler. Sağlık hizmetleri sınıfı ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı tarafından yerine getirilen tüm sağlık hizmetlerinde aynı zorunluluk vardır. Sağlık, bir hizmet alanı olduğu için hizmeti çok çeşitlendirmek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilebilme niteliği sağlık hizmeti sunucularının monopolcü bir güç oluşturmalarını sağlar. Sağlık kuruluşlarının modernitesinin, hizmet kalitesinin veya kendini konusunda ispatlamış bir uzman hekimin sağlık hizmetleri piyasasında monopol gücü vardır.

Sağlık kuruluşlarının, sağlık hizmeti sunabilmeleri için, çeşitli kontrollere tabi tutulmaları ve bu kontrollerin sonucunda gerekli izinleri almış olmaları gereklidir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri piyasasında, piyasaya girişler kısıtlılık içerir. Sağlık hizmeti veren kurumların ve sağlık personeli sayısının az olması doğal monopollerin oluşmasına yol açar. Sağlık personelinin bağlı olduğu birlikler de monopol güçlerini arttırmaktadır. (Tabibler Odası gibi) Kırsal bir bölgede hastaların ambulansla taşınmaları, hastane hizmetleri ya da bir doktorun muayenehanesi bile doğal bir monopol özeliği taşır.

¹² Orhan Türkay, **Mikro İktisat Teorisi**, İmaj Yayıncılık 9. Baskı, Eylül 2000, Ankara, s.154-155

Metropol kentler dışında, birçok il ya da ilçede hastane sayısı ya tek ya da sınırlı sayıdadır. Böyle durumlarda, sağlık hizmeti tüketicilere karşı devlet hastanesi, bölge hastanesi veya bireysel hizmet sunan hastaneler yerel bir monopol özelliği göstermektedirler. Bu özellik, hastane piyasasının doğasından kaynaklanmaktadır. Kişiler özellikle de acil durumlarda mecburen tek olan sağlık kurumuna gitmek zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca üniversite hastaneleri ve özel dal hastaneleri de doğal bir tekel özelliği gösterirler.

Hastane hizmetleri üretimi, ölçek ekonomilerine uymaktadır. Firma ölçeği büyüdükçe maliyetler de düşmektedir. Az bir nüfusa sahip, küçük ölçekteki yerleşim birimleri için birden çok hastane ya da sağlık kurumunun kurulması ekonomik açıdan etkin olmayacaktır. Örneğin 25 yataklı bir ilçe devlet hastanesinde ameliyathane, doğum salonu, laboratuvar ve tıbbi cihaz salonu bulunmasına rağmen, hasta potansiyelinin yetersiz olması ve uzman doktor ataması yapılamaması nedeni ile günlük dokuz on hasta muayenesi yapılarak Sağlık Ocağı düzeyinde hizmet verebilmektedir.¹³

Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan monopollerin önemli bir bölümü, teknolojik piyasa başarısızlığından kaynaklanan üretimdeki ortalama maliyetlerin düşmesinden çok, risk ve bilgi eksikliğinin sebep olduğu piyasa başarısızlıklarının iyileştirilmesine yönelik programların oluşturulması için yapılan idare müdahalelerinden dolayı yükselmektedir.¹⁴ Devletin çeşitli müdahaleleri ise monopol etkisini azaltmaktadır. Devletin müdahale biçimleri ise, iki şekilde olabilir, ya rekabet koşulları içinde rekabetin bir unsuru veya tarafı olarak müdahale edecek, ya da düzenleyici olarak kurallar koyup, bu kuralların uygulanmasını sağlayacaktır. Bunu şu üç yolla yapar. Birincisi düzenleme şeklindeki müdahalesidir. Türk Tabipler Birliği'nin özel hekim muayene ücretleri için alt sınır belirlemesi bunun en iyi örneğidir. İkincisi devletin doğrudan hizmet sunmasıdır. Üçüncü müdahale tipi ise devletin destekleme yapmasıdır. Sosyal devlet anlayışından hareketle devlet vatandaşlarının bedelini karşılayamadıkları bazı sağlık hizmetlerini sübvansede etmektedir. Sağlık hizmetlerinin büyük oranda, serbest pazar ekonomisi içerisinde sunulduğu ABD'den başka birçok ülkede devlet

¹³ T.C. Sayıştay Başkanlığı, **Performans Denetim Raporu**, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, Mart ,2005

¹⁴ www. sakarya.edu.tr /yayınlar/02/01/2006, A.Kadir Işık, (**Devletin Düzenleyicilik ve Rekabet Koşulları**): **ABD Sağlık Piyasaları Örneği**, s.7

hastaneleri ve hükümet kontrolleri ile sağlık piyasasındaki tabii monopol etkisi kırılmaya veya azaltılmaya çalışılmaktadır.¹⁵

Sağlık hizmetlerinde pahalı ve karmaşık müdahaleler için daha az rekabet var iken (rekabet edecek hizmet sunucusu az olduğundan), özellikle ayaktan tedavi hizmetleri için daha çok hizmet sunucusu yani daha çok rekabet ortamı vardır. Sağlık sektörünün dengelenmesi amacı ile yapılan bazı müdahaleler (yasal düzenlemeler vb) hizmet sunucu tarafından monopoliye neden olabilir. Buna karşın hükmet veya yerel sigorta kuruluşu gibi tek bir hizmet satın alıcının mevcut olduğu durumlarda (monopsolistic purchaser) bu tür bir monopoli dengelenebilir ve fiyatlar aşağıya doğru çekilebilir.¹⁶

Özel sektörde kurulan hastanelerin yerleşim yerleri, kamu tarafından, nüfus, coğrafi ölçek vb. gibi bir denetimlere tabi tutulmazlarsa belirli bir bölgede yoğunlaşma olacaktır. Bu da kaynakların etkinsiz olarak kullanılmasına yol açacaktır. Satın alma gücü ile desteklenmiş talebin yetersiz kaldığı bir ortamda, pahalı olan hastane işletmeciliğine yönelmek, karlı bir yatırım özelliği taşımamaktadır. Bu durumda serbest çalışan hekimler, fazla sermaye gerektirmeyen muayenehane hekimliğini veya nispeten daha az sermaye gerektiren ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerinin merkezlerinde hizmet vermeyi tercih etmektedirler.¹⁷

Hekimlik hizmetleri piyasası, tüketicinin araştırma ve değiştirme maliyetlerinden dolayı, en iyi, monopolistik rekabet piyasaları olarak tanımlanır. Her hizmet sağlayıcı, diğer doktorlara yöneldiklerinde ek maliyetlere uğrayacak olan kendi hastaları üzerinde, bir derecede monopol gücü uygular. Bu maliyetler hastanın kendini rahat hissedebileceği yeni bir doktor bulmanın alacağı zamanı, yeni bir doktorun kalitesi hakkındaki belirsizlik ve yeni doktorla hastanın tıbbi geçmişi ve durumunu tesis etmek için gerekli ilave viziteleri de kapsar. Hekimler, bu türdeki mevcut lokal monopol gücü ile talebi güdülemenin bir derecesini uygulayabileceklerdir.¹⁸

Mobilite koşulu yönünden tam rekabet piyasalarında, alıcı, satıcı ve üretim faktörleri tam bir hareket serbestisine sahiptirler. Piyasadaki herhangi bir alıcı, arzuladığı herhangi bir

¹⁵ Kurtulmuş, Sevgi, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, 1. Baskı, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s. 49

¹⁶ [www.merih.net/makaleler/15.02.2006/Uz_M.Hulki, Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları](http://www.merih.net/makaleler/15.02.2006/Uz_M.Hulki_Sağlık_Ekonomisi_ve_Hastanedeki_Uygulamaları), s.9

¹⁷ Bursa Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Şubesi, **Özel Hastaneler ve Polikliniklere ait Kayıtlar**, Sağlık hizmetleri veren kuruluşlardan, özel muayenehane, özel tıp merkezleri ve özel polikliniklerin sayısı özel hastanelerin sayısı ile karşılaştırılırsa yataklı tedavi hizmeti veren kuruluşların (hastane) sayısının az olduğu görülür.

¹⁸ Erdinç Ünal, “Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2000, s.38

malı alabileceği gibi herhangi bir satıcı da faaliyet konusunu herhangi bir sınırlama olmadan reddedebilir. Ancak sağlık mal ve hizmetleri piyasasında, talebin ne zaman ortaya çıkacağı belli değildir. Bu nedenle alıcılar sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları sırada bundan vazgeçmeleri çok zordur. Örneğin acil bir durumun ortaya çıkması halinde bu durumun kendiliğinden düzelmesi beklenemez. Alıcı böyle durumlarda, kendi iradesinin dışında sağlık hizmetinden faydalanmaktadır. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu kamu sektöründe hizmet etmektedir. Bu nedenle hizmet sunum koşullarını değiştirmek çok kolay değildir. Dolayısı ile sağlık mal ve hizmetleri piyasasında tam bir hareket serbestisinin olduğu söylenemez.

Piyasa hakkında bilgi sahibi olma açısından (açıklık koşulu) tam rekabet piyasalarında, alıcılar her türlü bilgiye sahiptirler ya da her türlü bilgiye çok düşük maliyetlerle ulaşabilirler. Bu koşul altında, piyasada alıcı ve satıcıların piyasadaki tüm fiyatları bildikleri, piyasaya giriş ve çıkışlardan anında haberdar oldukları ifade edilir. Piyasa hakkında tam bilgiye sahip olmak, talep edilen hizmetlerle bunlara ödenen ücret arasında mukayese yapabilme, alternatifler arası seçim yapabilme veya vazgeçebilme gibi kararların verilmesi açısından önemlidir.

Sağlık mal ve hizmetleri piyasasında alıcılar, piyasa hakkında tam bilgiye sahip değildirler. Bireyler, hangi kurumun daha kaliteli hizmet verdiği ya da hangi hekimin daha iyi olup olmadığı ya da branş hekimin gerekli olup olmadığı, yataklı tedaviye ihtiyaç gösterip göstermediği, uygulanacak tedavinin form ve şekli ile tedavinin etkinliği gibi birçok konu hakkında da bilgiye sahip değildirler. Piyasanın iki bileşeninden birinin (üreticilerin) ürün, üretim süreci ve üretim teknolojisi hakkındaki bilgiye sahip olamamasına karşılık diğer bileşenin (tüketicilerin) bütün bunlar hakkındaki bilgisizliği “bilgi asimetrisi” olarak adlandırılır.¹⁹ Bilgi asimetrisi talebin ortaya çıkmasında satıcıların hizmetteki yerinin artması ve alıcıların bu durumdan zararlı çıkması halinde karşımıza çıkar.

Sağlık hizmetlerinin bizzat hastanın vücudu üzerinde uygulanması ve konusunun insan vücudu olması nedeni ile etik değerler içerdiğinden deontolojik kurallara uyulması gerekir. Tüm bu faktörler sağlık piyasasında reklamın çok kısıtlı olarak uygulanmasına neden olur. İlaç piyasasında da reklam çok kısıtlı (sadece reçeteye tabi ilaçlarda) olarak uygulanır. Genelde bütün dünyada ilaca yönelik reklamlar yasaklanmıştır. Buradaki amaç, sağlık mal ve hizmetlerinden beklenen hedeflerin yanlış yönlere sapması, sağlık mal ve hizmetlerinin yanlış değerlendirilmesinin önüne geçilmesidir. Çünkü sağlık piyasasındaki mal ve hizmetlerle ilgili

¹⁹ Abdülkadir Işık, **Sağlık Ekonomisi Terimler Sözlüğü**, Beta Yayınları, İstanbul, 2002, 2. Bölüm

yeteri kadar bilgiye sahip olmayan tüketiciler, reklamları iyi değerlendirmeyeceklerdir. Bu nedenle bilgi eksikliği, piyasada yüksek karlar elde etmek amacı ile kötü kullanıma neden olabilir.

Sağlık mal ve hizmetleri konusunda bilgi sahibi olmak uzun bir süreç gerektirir. Bilim ve teknolojinin gelişmesi sağlık mal ve hizmetlerinin de çeşitlenmesine neden olmaktadır. Bunun için sağlık alanında doğru bilgilenmek zor ve zaman alıcıdır. Ayrıca sağlık hizmeti hakkındaki bilgi büyük oranda, sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilmektedir. Sağlık hizmetini satın alanlar, sağlık hizmet sunucuların kararına güvenmek zorunda kalırlar.

Hastaların, hastalıkları ile ilgili her şeyi bilmelerine imkân yoktur. Ancak belirli programlara çeşitli hastalıklara ait başlıca özellikler veya korunma yolları anlatılabilir. Tedavisi mümkün olan hastalıkların erken teşhisi, tedavi maliyetlerini düşürücü etki yapar. Erken teşhis için ise, çeşitli eğitim programları vb. gibi yöntemlerle toplumun bilinçlenmesi sağlanabilir. Eğer başarı sağlanırsa, erken teşhis sayesinde toplumsal tedavi maliyeti de düşer.

Homojenlik şartının sağlanması için tam rekabet koşullarında, piyasada belirli bir malın alıcı ve satıcıları ile alışverişe konu olan malların birbirinin aynısı ya da türdeş olması gereklidir.

Sağlık mal ve hizmetleri büyük oranda homojen değildir. Sağlık mal ve hizmetlerini iyi değerlendirebilmek için sağlık mal ve hizmetleri ile bunları arz edenler arasında yeterli bilginin bulunması gereklidir. Sağlık hizmetlerinde talep düzensiz olarak ve ihtiyaç halinde ortaya çıkar. Talebin düzensiz olması, hastalıkların çok çeşitli sebeplerle ortaya çıkması, her hastaya göre tedavi yöntemlerinin değişebilmesi gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinin, piyasadaki herhangi bir ürün gibi standartlaştırılması mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin heterojenliği fiyat ve kalite açısından karşılaştırmayı da zorlaştırır.

Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmetler içerisinde yer alırlar. Yarı kamusal mallar önemli oranda dışsal ekonomi yayarlar. Yarattıkları özel faydadan ayrı olarak bazı gruplara ve topluma sağladıkları pazarlanamaz nitelikteki faydalara dış faydalar adı verilir.²⁰

²⁰ Halil Nadaroğlu, **Kamu Maliyesi Teorisi**, Sermet Matbaası, İstanbul, 1976, s.32

2. 1. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Sağlık ekonomisi, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne denir.²¹ Diğer bir tanım da “sağlık alanına ekonomi biliminin kurallarının, yöntemlerinin ve inceleme tekniklerinin uygulanması olarak tanımlanacağı gibi; sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan kaynakların belirli dönemlerdeki miktarını, organizasyonunu, finansmanını, sağlık alanında kullanılmak üzere paylaştırılan kaynakların etkililiğini ve verimliliğini, bireysel ya da ulusal düzeydeki koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkisini inceler”²² şeklindedir.

İnsan sağlığının bozulması ya da tehlikeye düşmesi halinde ekonomik olarak iki sonuç ortaya çıkar. Birincisi, hastalık ya da hastalık riskinin oluşması kişinin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan çalışma gücünün tamamen ya da kısmen kaybedebilecek olması ve bunun sonucunda uğrayacağı gelir kaybıdır. İkincisi ise hastalık veya hastalık riski nedeni ile meydana gelen gider artışlarının oluşmasıdır. Sağlıklı bireylere sahip olma insan mutluluğunun önemli bir unsuru olduğu gibi ülkenin ekonomik kalkınmasında gerekli insangücü kaynağının oluşturulabilmesi için de şarttır.²³ Bireysel bütçe veya toplumsal bütçe düşünüldüğünde hastalık nedeni ile gelir azalırken, giderler artmakta ve bütçe açık vermektedir. Toplumun sağlık düzeyi beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan bir unsurdur. Sağlıklı bireylere sahip olmak bir toplumun beşeri sermaye kalitesini de yükseltir.²⁴

2.2. Sağlık Hizmeti ve Ekonomi İlişkisi

Ekonomi, kıt kaynaklarla sonsuz olan ihtiyaçları karşılamak için bireylerin ya da toplumun mal ve hizmetlere yönelik seçimlerini, bunların üretimini, dağıtımını ve tüketimini inceleyen ve tatmin düzeyini optimuma erişirme yollarını arayan bir bilimdir. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kaynaklar sonsuz değildir. Ülkeler sağlık politikalarını belirlerken kaynaklarının kıt olmasından dolayı, sağlık koşullarını geliştirici her istenilen

²¹ Metin Bekir, **Türkiye'nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları**, Ankara, Ocak 2003, s.1

²² Nesrin Çilingiroğlu, **Sağlık Ekonomisi** (Yayımlanmamış Halk Sağlığı Ders Notları, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kasım 2003, s. 11

²³ Sevgi Kurtulmuş, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, a.g.e., s.17

²⁴ Sami Taban, **Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Nedensellik Testi**, a.g.b.,s.5

faaliyeti gerçekleştiremezler. Bu sebeple ekonominin temel kavramlarından yararlanmak zorundadırlar. Dolayısı ile toplumsal fırsat maliyeti, birim ve toplam maliyet gibi kavramalarla, kaynakların etkin kullanımına ve üretim kapasitesinin artırılmasına çalışılmaktadır. Temel iktisadi kavramlar, sağlık ekonomisinin analizleri içerisinde önemli yer tutmaktadır. Sağlık sistemlerinin temel amacı, verilen hizmetler aracılığı ile bireyin ya da toplumun sağlığında olumlu gelişme sağlamaktır. Sağlığı iyileştirici bir faaliyetin yapılmaya değer olup olmadığının kararı verilirken, bu müdahale sonrası elde edilecek sağlık getirisini elde etmek için harcanacak kaynaklarla bir başka alternatifin gerçekleştirilmesi halinde sağlanacak getiriler arasında kıyaslama yapılması gerekir. Eğer getiri diğerinden fazla ise, ilk planlanan faaliyet yapılmaya değerdir. Burada fırsat maliyeti kavramı karşımıza çıkmaktadır. Kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda, fırsat maliyeti kavramı elde edilen bir ürün ya da hizmet miktarını, bu seçim sonucunda sağlanamayan diğer bir ürün ve hizmetlerin cinsinden hesaplamayı önerir.²⁵ Sonuç olarak sağlık ekonomisi, sağlık ve ekonomi biliminin kesişim kümesidir. Sağlık kavramı vücudun fonksiyonlarını geliştirmek, onarmak ve korumak için çalışırken, ekonomide tüm bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli olan kaynakları sağlar.

Sağlık ekonomisinin temel amacı, her türlü sağlık hizmetini üretmek için ayrılan kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetleri yerine getirilirken, sağlık üreten birimlerin ve sağlık personelinin amacı; hastalıkların önlenerek, daha uzun ve rahat bir yaşam sağlanması iken, ekonomistler için amacı, kıt kaynakların ve tercihlerin çokluğu arasında en iyi kararı verip bireysel ve toplumsal faydayı maksimize etmektir.²⁶

Sağlık, piyasada alınıp satılabilen mal ve hizmetlere benzemez, kendine özgü bir niteliği vardır. Bu nedenle sağlık piyasası da tamamen kendine özgü diğer mal ve hizmet piyasalarından oldukça farklı bir piyasadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin, kişiler arası alım ve satımı farklı nitelikler taşır. Diğer mallar üreticiler tarafından üretilip halka satılırken, bireylerin sağlık statüleri satın aldıkları başka mal ve hizmetlerden de etkilenmekle birlikte büyük orada kendilerinin ürettiği bir durumdur. Refah seviyesi, zaman tercihleri, riskler ve sağladığı faydalar gibi standart ekonomik kavramlarla ele alındığında sağlığın bireyler tarafından marjinal değerinin hesaplanmasının hemen hemen imkansız olduğu anlaşılabacaktır.

²⁵ Nesrin Çilingiroğlu, “Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi”, **Yeni Türkiye**, Sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001, s.1592

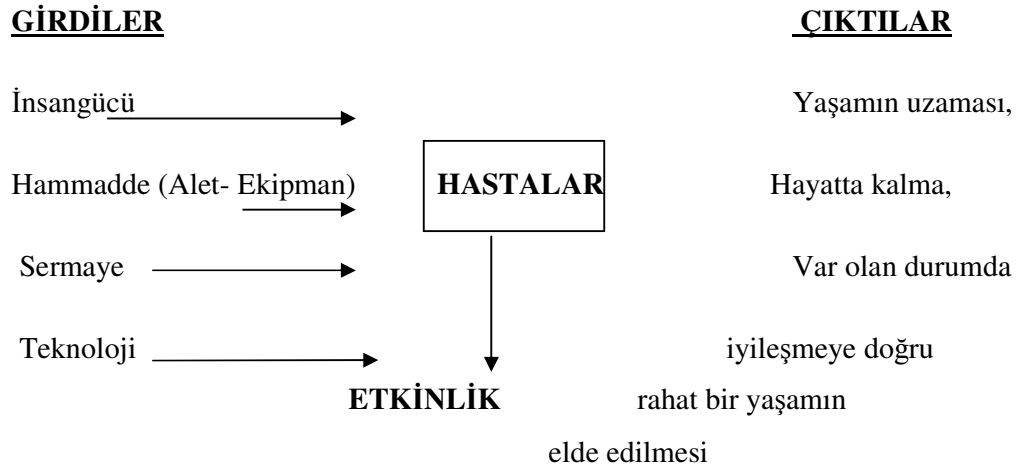
²⁶ Alan Williams, **Health and Economics**, “Introduction”, London UK, Mac Millian, 1987, s.xi

Bu bakımdan, sağlığa atfedilen değerin alıcılar için yüksek olma özelliği refah kavramına farklı yansımalar yapar.

Sağlık alanında da kaynaklar sınırlı olduğu için (işgücü, para, zaman, cihaz, bina vs. gibi), eldeki kaynaklar doğru kullanılmalı, minimum kaynak ile maksimum çıktı sağlanmalı, kullanılan birim kaynak başına en fazla yarar sağlayan işlerin yapılmasına öncelik verilmelidir. Tüm bu tercihleri yapabilmek, kaynak israfının ve etkinliği olmayan işlerin yapılmasının önlenmesi için sağlık ekonomisine ihtiyaç vardır.

Sağlık ekonomisi temel sağlık konuları dışında, insan sağlığını etkileyen her türlü çevresel, ekonomik, sosyolojik etkenlerden, ilaç sanayine, tıbbi malzeme - cihaz sektörüne, hastane yönetimine, tıbbi bakım hizmetlerinin kalitesinin sağlanmasına kadar çok geniş bir alanı kapsamaktadır.

Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu



Kaynak: George T. Smith, **Prospect for the Future**, An Introductory Overview (Edited by, George T.Smith), Health Economics, Prospects for the Future New York, Croom Helm, 1987, s. 2

Şekilde; sağlık ekonomisinin süreçleri, girdiler ve çıktılar kullanılarak şematize edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir. Sağlık hizmetlerinin varlığı ve

kullanılması sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde gereken girdilerden sadece bir tanesidir. Ülkelerin ekonomik göstergelerine paralel olarak, kalıtım, beslenme, barınma, eğitim, gelir seviyesi, yaşam tarzı, çalışma koşullarındaki iyileşmeler, yeni sağlık teknolojilerinin kullanılması gibi faktörler de sağlık hizmetlerinin girdileri arasında yer alır. Kalıtım; bireyin genetik özelliklerinden dolayı hastalık riskinin yüksek olması ya da hastalığın kalıtım yolu ile geçmesi bireyin yaşam tarzını ve sağlığını etkileyen bir faktördür. Yaşam tarzı bireyin, sigara, alkol, uyururucu kullanması, beslenme alışkanlıkları, gelir düzeyi ve buna bağlı olarak beslenme imkanları, kişilik yapısı, stres, üzüntü, doktora gitme alışkanlıkları gibi kişisel özellikler ile bireyin yaşadığı vre şartları, hava, su kirliliği gibi etkenler de sağlığı etkileyen diğer faktörler arasındadır. Bütün bunlar bireyin sağlık durumunun yani sağlık stokunun etkileyen faktörlerdir. Bu faktörlerin olumsuz etkileri sağlık stokuna zarar verir, olumlu gelişmeler ise sağlık stokunu geliştirir. Tüm bu faktörlere bağlı olarak toplam yaşam süresi içerisinde sağlıklı olarak geçirilen süre azalır ya da çoğalır. Sonuç olarak; sağlık, sağlık hizmetleri, kalıtım, beslenme, vre, eğitim, yaşam biçimi vb. faktörlerin bir fonksiyonudur.

Ekonomik ve sosyal düzeydeki iyileşmeler ortalama yaşam beklentisinin uzamasına yol açarken bireylerin sağlık hizmetlerinden olan beklentilerini de arttırmaktadır.

Bir ülkede sağlık ekonomisi ile sağlık sisteminden; sağlık ve sağlık hizmetlerine tahsis edilecek kaynakların optimum tutarının belirlenmesi, tahsis edilen kaynakların kullanımının optimum bileşiminin belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde en yüksek düzeyde performans sağlanması için finansman tekniklerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin piyasa başarısızlığı ve dışsalıklar nedeni ile yönetimin rolünün ne olacağı, sağlığa ayrılan payın büyüklüğü m yoksa dağıtılan kaynakların nereye ne oranda gittiği ve önceliklendirmenin nasıl yapıldığına mı bağlı olduğu gibi temel konular çözüme kavuşturulmaya çalışılır.

2.3. Sağlık Hizmetinin Genel zellikleri

Eski dönemlerde hastalara yapılan hizmetler yardım ve hayır işleri olarak değerlendirilirken, tıp biliminin gelişmesi ile sağlık hizmetlerinin önemi artmıştır. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinin daha iyi nasıl yerine getirilebileceği konusunda ekonomi biliminden yararlanılmaya başlanmıştır.

Günümüzde sağlığın ve sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemi benimsenmiş, sağlığın sosyal olduğu kadar ekonomik bir olay olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde

ihtiyaçların en iyi şekilde karşılanabilmesi için mevcut kaynakların sınırlı olması, sağlık ile ilişkilendirilebilecek konuların, hastane hizmetleri, özel sağlık hizmetleri, hastalıklar ve hastalıkların maliyetleri gibi konuların ekonomik olarak incelenmesini zorunlu kılmıştır.

Sağlık sistemi bütün insanları kapsar. Sağlık hizmetlerinin faaliyetlerinin öncelikli amacı sağlığı geliştirmektir.²⁷ Bu nedenle de sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır. Ayrıca sağlık bir mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir. Yalnız diğer hizmet sektörlerine göre de oldukça farklılıklar göstermektedir. Örneğin aşılama ve dönemsel denetimler (periyodik kontroller gibi), sağlık hizmetleri bir yana; çürük bir dişin sağaltımı, akut apandisit'in opere edilmesi gibi sağlık hizmeti gereksinimleri, sağlık dışı diğer hizmet gereksinimleri ile bir tutulamaz.²⁸

Sağlık hizmetlerinin farklı birkaç yönü ise şu şekilde sayılabilir.

1- Sağlık hizmeti ihtiyacı arasına görülür ve önceden tahmin edilmesi ve garantiye alınması zordur. Ona ihtiyaç olduğu zaman, satın almak lazımdır.

2-Sağlık hizmeti, özellikle hastane tedavisi, kaza ve uzun süreli hastalık durumlarında çok pahalı da olabilir.

3-Sağlık hizmetini satın almaya gücü yetmeyen fakir insanlar daha az sağlık hizmeti almak durumunda değildirler (diğer mallarda olduğu gibi). Gecekonuda oturma, yetersiz beslenme, kötü çalışma koşullarına katlanan fakirler sağlık ihtiyaçlarında kısıntı yapma imkanına sahip olamazlar. Bunun nedeni de, sağlık talebinin fiyat esnekliğinin katı olmasıdır.

4-Hastalığa düştüğü zaman, kişinin esas olarak yetenekleri, bütün temel fonksiyonlar zayıflar.²⁹ Hastalık durumunda, gelir yaratma yerine, tedavi süreci farklı bir yapı elemanı olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin tüketimi, genellikle hastalık ya da hastalık belirtisinin oluşması durumunda başlamaktadır. Sağlık hizmetine olan ihtiyacın yeri, zamanı, ölçüsü ve kimlerce isteneceği önceden belirlenemez. Örneğin bulaşıcı ve salgın hastalık epidemileri, sağlık hizmet talebi ve tüketiminde patlamaya yol açarken, ekonomik krizler talebi kısar. Sağlıklı bir

²⁷ The World Health Report, **Health Systems Improving Performance**, Genove, Switzerland, 2000, s.1

²⁸ Ahmet Saltık, **Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar**, Toplum ve Hekim, Ankara, Temmuz- Ağustos 1995, Cilt10, S.68, s.38

²⁹ Sophia Witter, Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countries, a.g.e., s ,3

insanın kaza geçirmesi sonucu, aniden sağlık hizmetine ihtiyaç duyması halinde, sağlık hizmetine olan ihtiyacını önceden belirlemesi mümkün olamaz.

Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Sağlık hizmetleri piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılan en önemli özelliklerden biri de budur. Çünkü diğer mal ve hizmet piyasalarında ikame yapma imkanı vardır. Sağlık hizmetlerinde bir hastaya kalp ameliyatı olması gerekirken daha ucuz olduğu için apandisit ameliyatı yapma imkanı yoktur.

Sağlık hizmetleri ihtiyacı ertelenmez. Çoğu durumda da acilen karşılanması gerekir. Özellikle acil olarak, kişiye ağrı acı veren, sağlığını tehlikeye düşüren /düşürecek olan sağlık hizmetlerinin talebi ertelenmez ve ertelenmemelidir.³⁰ Çünkü bu durum bireyi sakatlayabilir, çalışma ve üretimini düşürebilir, ölümüne yol açabilir. Erken ölüm toplum için yitiktir; çünkü insan en pahalı yatırımdır. Gereken toplumsal üretimi yapmadan ölümü, bir makinenin adeta garanti süresi ya da ekonomik ömrü (yahut amortisman dönemi) dolmadan devre dışı kalmasına benzetilebilir. Ertelenen sağlık hizmeti istemleri ilerde kişiye, ailesine ve topluma daha büyük ekonomik yükler getirir.³¹

Sağlık hizmetlerinin kapsamını ve boyutunu hizmeti alan değil hekim belirler. Örneğin bir ameliyat yapılacaksa hizmeti alan şu kadar parça alın şeklinde bir talepte bulunamaz, kendi tedavisini düzenleyemez. Hekim çoğu kez tıp bilimi doğrultusunda kararlar vererek hizmet sunar.

Sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltir. Bunun sonucunda, sağlıklı bir toplumun çalışma verimleri artar beklenen yaşam süreleri uzar ve daha üretken olurlar. Tüm bu sonuçları parasal değer olarak ifade etmek oldukça zordur. Örneğin, bebek ölüm hızını binde 30'dan binde 20'ye düşürmek için yapılan harcamalara karşılık “ne kadar kar elde edildi ?” şeklinde bir hesaplama yapma imkanı yoktur.

Sağlık alanında yapılan harcamalarla geri kazanılan, korunan ya da geliştirilen sağlık hizmetleri bir yatırımdır. Harcanan paraların ekonomiye geri döndürülmesi için ayrıca bir faaliyete gerek yoktur.

³⁰ Abdülkadir Işık (Akt.), **Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel Gelişimi**, Turgay Berksoy, Abdülkadir Işık ve Mustafa Çelen, I.Uluslararası İktisat Kongresi, METU,Ekonomik Araştırma Merkezi, Ankara, 1997, s.65

³¹ Ahmet Saltık, Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, 1995, a.g.m, s.38

Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet bedelleri çoğu kez pazarlığa konu olamaz. Sağlık hizmetleri piyasasının tüm bu özellikleri sağlık hizmetleri piyasasının eksik rekabet koşullarında işlemesine sebep olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı, sosyal amaçlar da düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin tamamen serbest piyasa koşullarına bırakılması mümkün değildir. Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazen kaçınılmaz olarak, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların doğal sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.³²

Bugün gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan unsuruna yapılan yatırım olması nedeni ile sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesi için artan oranda kaynak tahsis etmektedirler. İktisadi kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, kalkınmış ülkeler Gayri Safi Milli Hasıllarından daha fazla pay ayırabilmektedirler. Bir anlamda sağlığa yapılan yatırımı “üretken yatırım” olarak kabul etmektedirler.³³

Rekabet piyasalarının belirlenen özelliklerine rağmen pareto etkin olmayışına sebep olan piyasa başarısızlıklarının varlığı, bu piyasaların işleyişine müdahalenin gerekçesini oluşturur. Sağlık hizmetleri piyasasında ise, piyasada etkin kaynak tahsisini önleyen nedenler olarak belirtilen faktörler piyasa aksaklıklarına neden olurlar. Bu sebepler nedeni ile rekabetçi piyasalar, sağlık hizmetleri için etkin çalışmaz ve bu şartların olmadığı bir yerde farklı bir piyasa tipi ortaya çıkar. Sağlık hizmetleri alanında özel piyasalar pareto etkin olabilirler. Ancak bu hizmetlerin bedelini ödeyemeyecek olan kimselerin bu hizmetten yararlanamaması piyasasının etkinliğini bozmaktadır.³⁴

Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına girmektedir. Bu hizmetleri bir tüketicinin kullanımına sunarken, toplumun diğer bireylerinin bazıları da bu hizmetlerden faydalanmaktadır. Sunulan sağlık hizmeti bireye özel fayda sağlamakla kalmayıp topluma da sosyal bir fayda yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bireysel fayda pazarlanabilir nitelikte olmasına karşın, bu hizmetlerin sağladığı sosyal fayda pazarlanamaz niteliktedir. Mal ve hizmet üretmek isteyen bir üretici yalnızca pazarlayabileceği özel faydayı dikkate alarak hareket eder. Diğer bir anlatımla, kaynak tahsisini, yalnızca pazarlayabileceği özel faydaya

³² Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, a.g.e., s.44

³³ Erdinç Tokgöz, **Sosyal Gelişmede Sağlık**, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No. 1783, Ankara, 1981, s. 499

³⁴ Joseph E. Stiglitz, **Kamu Kesimi Ekonomisi**, (Çev. Ömer Faruk Batırel) Marmara Üniversitesi Yayınları Yayın No: 549, İstanbul, 1994, s.350

göre yapar.³⁵ Belirli bir muayene, tedavi, aşı hizmetleri öncelikle bireylerin sağlığını etkilemekte bu arada da toplumun genel sağlığına önemli katkı sağlamaktadır. Özellikle bulaşıcı hastalıklarda toplumun sağladığı fayda çok yüksektir. Toplumun genelinin, daha sağlıklı bir yapıya kavuşması, bir üretim faktörü olan emeğin verimliliğinin artmasına sebep olur. Sağlık hizmetlerinin faydası sonuç olarak, bireyin dışına taşar ve topluma yayılır.

Nitelik itibari ile piyasada üretilebilir nitelikte olan sağlık hizmetlerinin, toplum açısından taşıdığı önem, toplumsal faydalar veya yeterince üretilmemeleri halinde yaratacakları toplumsal maliyetler nedeni ile piyasanın yanında kamu sektörünün de üretimde bulunmasına neden olmuştur. Piyasada üretilebilir nitelikte olmalarına rağmen, kamu sektörü tarafından üretilmelerinde sosyo- ekonomik faktörler etkilidir. Sadece piyasada üretilmeleri halinde, satılan ya da alınan hizmetin tutarı, kişinin sağladığı marjinal faydaya eşit fiyat düzeyinde olacaktır. Çıkarlarını tam olarak rasyonelize eden bir kişi, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi marjinal birimin faydasına dikkat edecektir. Sağlık hizmetleri için kullanılan kaynaklar ile sunulan sağlık hizmetinin düzeyi, kişinin marjinal faydasındaki değişmeye bağlı olacaktır. Bu nedenle sağlık gibi yarı kamusal mal ve hizmetlerin üretimi yalnızca bu hizmetleri satın alanların sağladıkları faydalarla değil, aynı zamanda ekstra sosyal faydalar ile de yakından ilgilidir. Bu sosyal fayda, fiyat içerisinde yer almamaktadır.³⁶

Yeterli geliri olmayan kişilerin bu hizmetleri satın alamaması halinde, doğrudan doğruya topluma yayılacak olan dışsal faydaları da sınırlamaktadır. Herhangi bir bedel ödmeden hizmetlerden yararlanmak isteyecek bir grupta karşılaşılmamasından dolayı, Yeşil Kart, 2022 malüllük sigortası gibi destekler sağlanarak sosyal fayda yayınlattırılmaya çalışılmaktadır.³⁷ Hizmet talep ediciler açısından ise; bireylerin hasta olduklarının farkında olmamaları, tedavinin zor ve acı vermesi, sonucun tam olarak bilinmemesi nedeni ile tedaviden kaçma ve maddi imkansızlıklar nedeni ile eksik talep söz konusu olabilir. Devlet tüm bu nedenlerle sağlık hizmetlerinin tüketiminde sosyal bir minimumu gerçekleştirmek istediğinden, sağlık hizmetlerinin üretimini tamamen özel sektöre bırakmaz. Piyasa mekanizması yanında kamu sektöründe de finanse edilip üretilmesini sağlar. Devlet uyguladığı çeşitli vergi, sübvansiyon gibi yollarla sağlık hizmetlerinin üretimini verimli bir şekilde gerçekleştirmeye çalışır.

³⁵ Halil Nadaroğlu, **Kamu Maliyesi Teorisi**, 5. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981, s.34

³⁶ Abdurrahman Akdoğan, **Kamu Maliyesi**, 7. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 1999, s.44

³⁷ Orhan Şener, **Kamu Ekonomisi**, 6. Baskı, Alkım Yayınevi, İstanbul, 1998, s.60

Sağlık hizmetlerinin üretiminin tamamıyla piyasa koşullarına bırakılmayışı; ekonomik, teknik, sosyal, hatta etik nedenlerle, sağlıklı bir yaşamın bir insan hakkı ve Anayasal bir hak olmasından dolayıdır. Sağlık hizmetlerinin topluma yaydığı yoğun dışsallıklar nedeni ile Kıta Avrupası ülkelerinde bu hizmetler sosyalize edilmiştirler.

2.4.Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dışsallık

Dışsallık, mal ve hizmetlerin sosyal optimuma göre daha az veya daha fazla arzına neden olan özel bir piyasa başarısızlığıdır. Dışsal ekonomiler, bir ekonomik birimin diğer ekonomik birim veya birimler üzerinde dolaylı olarak ortaya çıkardığı olumlu veya olumsuz etkileri ifade etmektedir.³⁸ Sağlık mal ve hizmetlerinden yararlanan bireylerin daha sağlıklı bir duruma gelmeleri, en azından üretimin artmasına ve maliyetlerin düşmesine neden olur. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucunda oluşan fayda, onu tüketen bireye olan direkt yararları ve toplum üyelerine olan marjinal ya da ek katkılarıdır.

Toplumların modernleşmesi ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte yapılan birçok faaliyetin insan sağlığını olumlu ya da olumsuz etkilediğini gözlemekteyiz. Endüstrileşme ile birlikte birçok sanayi kuruluşunun üretim sürecinin sonucunda hava, su, toprak ve çevre kirliliği gibi insan sağlığını etkileyen birçok olumsuzluklar ortaya çıkmıştır. Bunun yanında kişisel alışkanlıklardan, sigara, alkol, madde bağımlılığı gibi durumlar da insan ve toplum sağlığını etkilemektedir.

2. 4.1.Sağlıkta Negatif Dışsallıklar

Negatif dışsallık, belirli bir birey yada bireyler grubunun aralarında herhangi bir anlaşma ya da ticari ilişki olmaksızın gayri iradi olarak bir başka birey ya da bireyler grubunun herhangi bir eyleminden dolayı maliyetle karşılaşmalarıdır. Sağlık hizmetlerindeki durumda ise, günümüzde insanın yaptığı hemen hemen her hareket, insan sağlığını etkileyici dışsallıklar yaymaktadır. Bunlara en iyi örnek olarak sigara içilmesi verilebilir.³⁹ Bu dışsallıkları bertaraf etmek için, çeşitli devlet ya da devletlerarası politikalar uygulanmaktadır. İnsan sağlığını tehdit eden hava ve su kirliliğinin önlenmesi, radyoaktif, nükleer ve kimyasal atıkların, tıbbi atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve imha edilmesi, araç egzost gazlarının kontrolü, fabrikaların çıkardığı zararlı gazların kontrol altına alınması, sigara, alkol,

³⁸ <http://tr.wikipedia.org/wiki/D%C4%B1%C5%9Fsall%C4%B1k/04/02/2006>

³⁹ H.Hüseyin Yıldırım, **Piyasa Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları**, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 32, S.1, Mart 1999, s.3

uyuşturucu madde kullanımlarının azaltılması, gürültü kirliliğinin önlenmesi gibi çeşitli düzenlemeler bunlara örnektir. Devlet, hava ve su kirliliğini önlemek, ulaşım ve barınma koşullarını insan sağığına uygun hale getirmek, besin kaynaklarının kirlenmesinin veya hormon kullanımı gibi etkilerle insan sağığını tehdit etmesinin önüne geçmek için gerekli standartları ve politikaları oluşturur.

Devletin tüm bu sayılan çalışmaları, insan sağığını olumsuz yönde etkileyen, negatif dışsallıkların önlenmesi veya azaltılması için oluşturulmuş kamu politikalarıdır. Çevre kirliliğinin denetimi, insan sağığına zarar veren etkenlerin önlenmesi, kamusal bir hizmettir. Devlet bu alanlara çeşitli vergi (çevre temizlik vergisi gibi), sübvansiyon, kirletici teknolojilerin değıştirilmesi için yapılan teşvikler veya yasaklayıcı (fabrikalar için filtre uygulaması gibi) düzenlemelerle müdahale eder.

Herhangi bir hastalık meydana geldiğı zaman, kişinin uğradığı işgücü kaybının yanında, çevresindeki kişilere de ek maliyetler yükler. Hasta hastalığını bulaştırabilir veya hastalığı sebebi ile bakıma muhtaç hale düşebilir. Böyle bir durumun oluşması halinde hastanın bakımını üstlenen kişilerin de üretim kayıplarına neden olur. Hasta ve yakınları için hem psikolojik, hem de meydana gelen maddi kayıplar hastalığın negatif dışsallıklarıdır. Hastanın tedavisine başlanması, toplumun diğeri üyelerinin katlanacağı ek maliyetlerden korur ve negatif dışsallıklardan etkilenmelerini önler. Örneğın göğüs kliniğinde bir tüberkülozlu hastanın tedavi edilmesi ile bu hastanın kaynak vaka olarak hastanede ve toplumun genelinde hastalığını yayması önlenmiş olur. Dolayısı ile tedavinin sosyal ve ekonomik maliyetlerine sadece hasta katlanmakta ve onun dışındakiler de bu müdahalenin pozitif dışsallığından yararlanmaktadır.⁴⁰

2.4.2.Sağııkta Pozitif Dışsallıklar

Pozitif dışsal ekonomiler, ekonomik karar vericilerin eylemlerinin diğeri birimlere fayda sağılaması ve bu faydayı elde edenlerin eylemi gerçekleştiren ödemedede bulunmaması durumunda ortaya çıkar.

Gerek üretim gerekse tüketimde pozitif dışsal ekonomiler söz konusu olduğı durumlarda ekonomide oluşan sosyal fayda fonksiyonu piyasada oluşan özel fayda fonksiyonundan yüksektir. Bu durumda mal/hizmet için oluşan piyasa fiyatı üreticiler için

⁴⁰ M. Hulki Uz, Sağıık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları, a.g.m., s.3

sosyal optimum düzeyindeki fiyatın altında oluşurken tüketiciler için bu fiyatın üstünde olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde örneğin, bulaşıcı hastalığı olan kişilerin tedavilerinin sağlanması, hastalığın topluma yayılmasını önler. Akıl hastalarının tedavi ve rehabilitasyonu, meydana gelebilecek ek toplumsal maliyetleri önler.⁴¹

Aile planlaması hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin gelişmesine ve daha sağlıklı bir nesil yetişmesine neden olur. Emek gücünün niteliğinin artması üretim maliyetlerinde bir düşüşe neden olur. Ailelerin bilgisizlik ve çeşitli nedenlerle bu hizmetlere ulaşamamalarından dolayı çok çocuk sahibi olmaları (ve istenmeyen çocuk sahibi olmaları) önlendiği gibi, ekonomik kaynakların daha fazlasının nüfus yatırımlarına gitmesi önlendiğinden tüm toplum dışsal kazanç sağlar.

Ekonomik koşulların yetersiz oluşu, beslenme imkânlarının da kötüleşmesine neden olur. Beslenme bozuklukları çocuklarda bedensel, ruhsal ve zekâ gelişimi, yetişkinlerde ise çalışma gücünü ciddi oranda etkiler. Beslenme ve temizlik konularına yönelik bilgilendirme çalışmaları, özellikle çocuklara yönelik gıda yardımları sağlıklı ve üretken bir neslin yetişmesine önemli katkı sağlar.

Sağlık alanında yapılan araştırma ve geliştirme faaliyetlerine destek verilmesi, yeni ürün geliştirme ve denemelerinin desteklenmesi devletin sübvansiyon, teşvik gibi birtakım yasal düzenlemeleri ülke ekonomisinin gelişmesine katkıda bulunur.

Sağlık hizmetlerinin tamamen piyasaya bırakılması halinde bu hizmetler toplum genelini ilgilendirdiği için, ya hiç ya da gerektiği kadar sunulamaz. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal özellikleri ve yaydığı dışsallıklardan dolayı elde edilen çıktıları her zaman para ile ifade etmek mümkün değildir. Bu durum normal projeler için kullanılan birtakım analiz tekniklerin (ortalama karlılık yöntemi, geri ödeme süresi yöntemi, iç karlılık oranı yöntemi gibi) sağlık alanına uygulanmasına engel olmaktadır.⁴²

⁴¹ <http://idari.cu.edu.tr/igunes/kamu/dissal4.htm/04/05/2006>

⁴² Alan Williams and Emilio Giardiana, **Efficiency In The Public Sector, The Theory and Practise of Cost Benefit Analysis**, Edward Elgar Publishing Co., UK, 1995, s.26

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin temel amaçları kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalıkları önlemektir. Ancak herkesi her hastalıktan korumak mümkün olamaz. Bu durumda ikinci aşama ortaya çıkan hastalıkların tedavisinin sağlanmasıdır. Tedavi hizmetleri sonucunda ise bazı kişiler yaşamların kaybeder bazıları da sakat kalabilirler. Üçüncü aşama ise sakat kalanların başkalarının yardımı olmadan kendi yaşamlarını sürdürebilmelerinin sağlanması ve rehabilite edilmeleridir.

Dünya Sağlık Teşkilatının “2000 Yılında Herkese Sağlık Programı” çerçevesinde sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için uygun gördüğü iyileştirme önerilerini dört başlık altında toplamıştır. Bunlar;

1- Sağlıkta eşitlik, ülkelerarası ve aynı ülkelerdeki nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması,

2- Sağlıklı bir hayat için, insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak yaşama anlam kazandırılması,

3- İnsanların önemli hastalık ya da sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak sağlıklı yaşam yıllarının arttırılması,

4- Doğuştan beklenen yaşam süresinin yükseltilerek, yaşam süresinin uzatılmasıdır.⁴³

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili 1996 tarihli Lubljana sözleşmesinde sağlık hizmet sunumu sistemleri ile ilgili gerekliliklerden; insan onuru, eşitlik, dayanışma ve mesleki etik ilkeleri ile yönlendirilmesi, sağlığın geliştirilmesi yönünde açık hedefler konulması, finansmanın vatandaşların tüm sağlık hizmetlerinin ulaşabilmesine olanak yaratmasının yanı sıra, sürdürebilir nitelikte olmasının güvenceye alınması vb. gibi hedefler konulmuştur.⁴⁴

Sağlık hizmetleri Anayasadan doğan ve herkesin yararlanma hakkı olan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri sadece hastalıkların iyileştirilmesi olmayıp, sağlığı bozucu etmenlerin daha oluşmadan yok edilmesini de kapsamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç başlık altında incelenebilir.

⁴³ WHO, **Health For All**, 2000, Geneva, s.5-6

⁴⁴ DPT, Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2001

2.5.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır.⁴⁵

Ancak bu hizmetler topluma götürülmediği takdirde ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlardan tüm toplum etkilenir. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetleri dışsal faydası en çok olan sağlık hizmetleridir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürücü bir fonksiyon da taşır. Bu hizmetlerden tüm toplum yararlanır. Koruyucu Hekimlik (aile hekimliği) hizmetleri de ekonomik literatürde kamu ekonomisi (mal ve hizmetleri) üretimi kapsamına girer ve dolayısı ile bu tür hizmetler fiyatlandırılmaz.⁴⁶

Toplumda bir kişinin hastalık riskinin azaltılması, hepsinin azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetleridir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, sadece kişiye yönelik olarak ya da tüm topluma yönelik olarak yapılabilir. Kişiye yönelik olarak yapılan sağlık hizmetlerine periyodik olarak yapılan çocuk sağlığı, hamile kadınlara yapılan düzenli takipler, bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, iyi beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi hizmetler verilebilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri I. Basamak sağlık kuruluşları (Sağlık Ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri) tarafından yerine getirilir.

Toplumun geneline yönelik olarak yapılan koruyucu sağlık hizmetlerine ise, aşılama, içme suların sanitasyonu, verem ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklarla savaş, sağlık ve hijyen şartlarını iyileştirmeye yönelik hastalık riski taşıyan çevre etkenlerinin denetimi gibi hizmetler örnek verilebilir. Çevredeki olumsuz biyolojik fiziksel kimyasal faktörleri yok ederek düzelterek, insan sağlığını olumsuz yönde etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlıklarını korumaya yönelik hizmetlerdir.

⁴⁵ Kenan Bulutoğlu, **Kamu Ekonomisine Giriş**, 3. Basım, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981, s. 297

⁴⁶ Kenan Bulutoğlu, a.g.e.,1981, s. 297

Koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerle toplumun hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflediğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin, genellikle, özel faydası bölünemediği ve tüm toplumun faydası söz konusu olduğu için gelir dağılımındaki eşitsizliğin önlenmesi açısından da önemlidirler.

Kolektif malların mahiyeti gereği bölünmez olarak üretildikleri halde, bu kategoriye girmeyen yani bölünebilen bazı mal ve hizmetlerde çeşitli üretim yöntemleri ile bir bölge veya grup için bölünmez olarak üretebilirler. Çünkü bazı hizmetlerin fertlere tek tek sunulması yerine belirli bir grup için toplu olarak sunulması maliyetleri düşürür. Örnek olarak aşılama bölünebilir bir hizmet olduğu halde, toplu aşı kampanyaları hem maliyetleri düşürür hem de dışsal faydalar sağlar.

2.5.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık, sakatlık gibi durumlarla karşılaşanların, bu durumların yarattığı zararlardan kurtarılması için yapılan hizmetlerdir. Kişilerin çalışma gücündeki geçici veya sürekli kayıp nedeni ile kazancın da kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiye yeniden fazlası ile kazandırılması gayretleridir.⁴⁷ Ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde bakım hizmetleri olarak çeşitli şekillerde uygulanabilir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici sağlık hizmetleri daha pahalı bir sistemdir. Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ağır basmaktadır. Hizmetten faydalanan doğrudan bir özel fayda elde etmektedir. Dışsal fayda ise kişinin tedavi edilmesi sonucu toplumdaki diğer bireylere hastalık bulaştırma riskinin azaltılması ya da tedavi altına alınması ile topluma verebileceği zararların (psikiyatrik hastalar gibi) engellenmiş olması halinde ortaya çıkar.

Tedavi edici sağlık hizmetleri sadece kamu sektörü tarafından sunulmaz. Piyasa ekonomisi içerisinde özel müteşebbisler tarafından da sunulur.

Tedavi edici sağlık hizmetleri çok boyutlu bir yapıdır. Ayakta tedavi birimlerinden en modern yataklı tedavi kurumlarına kadar uzanan sağlık kuruluşları yapısı ile tıbbi ve medikal cihaz ve malzeme sektörüne kadar uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyal niteliklerinden dolayı toplumda herkesin yararlanması gereken hizmetlerdir. Devlet tedavi hizmetlerinden herkesin yararlanmasını sağlamak

⁴⁷ Turan Yazgan, **Sosyal Sigorta**, İstanbul, 1977, s.150

amacıyla ödeme gücü olmayanların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için çeşitli yöntemler geliştirmiştir. Yeşilkart - 2022 karnesi gibi ücretsiz tedavi imkanları buna örnek olarak verilebilir.

Tedavi hizmetleri geliri belirli bir seviyenin altında olanlara sunuluyorsa, hizmetler bu gelir gruplarının yoğun olduğu bölgelerde sunulmalı, geliri ne olursa olsun tüm yurttaşlara eşit tedavi imkanı tanııyorsa (üniversal sistemlerde) nüfus yoğunluğuna göre eşit kullanım imkanı tanınmalıdır.⁴⁸

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, II. Basamak Sağlık Kuruluşları (Yataklı Tedavi Hizmetlerinin verildiği genel veya özel dal hastaneleri) tarafından yerine getirilir.

Bütün gelişmiş ülkelerde halihazırdaki harcama ve sermaye yatırımlarının her ikisinin de en büyük bölümünü hastane (yataklı tedavi kurumları) harcamaları oluşturmaktadır.⁴⁹

2.5.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Sakat ve çalışma gücünü kısmen ya da tamamen kaybetmiş insanları tekrar topluma kazandırmaya, işgücü ve çalışma imkanı sağlanmaya yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleri kapsamında yer alır. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyon çalışmalarıdır.

Rehabilitasyon hizmetleri, toplumda sakat ya da sosyal bakımdan dezavantajlı olan kişilerin, hem kendi kendilerine günlük yaşamlarını sürdürebilmelerine yardımcı olur, hem de ailelerinin bakım yüklerini hafifletir ve toplum refahını artırır.

Devletin tüketilmesini istediği sağlık mal ve hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha fazla tüketilmesi, zorunlu sağlık sigortası, insan sağlığına zarar verici sigara, alkol ve madde bağımlılıklarının azaltılması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılması gibi mal ve hizmetlerdir. Tüm bu çalışmalar ise, devletin sağlık alanındaki erdemli mallarıdır. Ücretsiz veya düşük ücretle sağlık ve tedavi hizmeti sunulması, sakatların sosyal açıdan

⁴⁸ Kenan Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş, a.g.e., s.255

⁴⁹ G. Teeling Smith, **Public Health in Europa**, 1.Health Planning and Organization of Medical Care, WHO, Copenhagen, s.34 -35

koruması, insanca yaşamayı sağlayacak olanakları yaratacak konut politikası uygulaması bunlara örnek olarak verilebilir.

2.6.Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Sağlık ekonomisinin temel problemlerinden biri ve en önemlisi nelerin sağlık harcaması içinde sayılacağı konusudur. Bir taraftan tıbbi bakım, öbür taraftan mesela kozmetik uygulamalar rekreasyon (kaplıca, fitness vb) aktiviteleri, hatta gıda, içecek, barınmanın sağlık harcamaları konusuna ne kadar dahil olduğunu belirleyecek sınır çizgisini tanımlamak zordur.

Uluslar arası sağlık harcamalarını karşılaştırmak amacı ile standart tanımlamalar kullanılmıştır. Sözelimi tıbbi bakım harcamaları (per capita) ve bunun ulusal gelire (Yurt İçi Safi Hasıla) veya GSMH’ya oranı ve toplam harcamalar içindeki payı gibi. Bir zaman süreci boyunca anlamlı eğilimleri keşfetmek ve farklı ülkelerin toplam zenginliklerinden tıbbi bakım için daha fazla veya az mı harcadığını da değerlendirmek de mümkündür.⁵⁰

Ülkemizde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1950-1980 arasında önemli ölçüde yükselmiştir. 1950’li yılların başlarında birçok sanayileşmiş ülkede sağlık harcamaları GSMH’nın yüzde 4’ü civarında iken, 1980’li yılların başında bu pay yüzde 10 civarına yükselmiştir.⁵¹

Günümüzde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı tüm dünya ülkeleri ortalaması alındığında yüzde 8.6’dır. Bu oran sanayileşmiş ülkelerde yüzde 9.4 ve OECD ülkeleri için yüzde 9.7, gelişmekte olan ülkeler için yüzde 4.2 , sahra altı Afrika ülkeleri için yüzde 4.4 ve az gelişmiş ülkeler için yüzde 3.8’dir.⁵²

Dünya Sağlık teşkilatı (WHO)’na göre bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH’nın en az yüzde 5’i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş yada gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur.⁵³

⁵⁰ G. Teeling Smith, **Public Health In Europa**, 1. Health Planning and Organization of Medical Care, WHO, Copenhagen, s.34 -35

⁵¹ Pierre Laroque, **La Securite Sociale a Phorizen**, 21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvelik, ILO,Geneva,1984, Çev. Yusuf Alper, Yayınlanmamış Rapor, Bursa, 1988, s. 76

⁵² İlhan Belek, **Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?**, Toplum ve Hekim, Kasım 1994 - Şubat 1995, Cilt. 9, S. 64, s.15

⁵³ T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı**, Ankara,1992, s.15

Ülkemizde sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı 1999 yılından itibaren sürekli bir yükselme eğilimi içinde olmuştur. 1999 yılında GSMH'nın yüzde 3.2'si oranında olan sağlık harcamaları toplamı, 2002 yılında yüzde 5.2'ye yükselmiş,⁵⁴ 2003 yılında ise yüzde 4.4'e düşmüştür.

Türkiye'de sağlık harcamalarını yapan kurumlar, Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve Üniversitelerdir. Bu kuruluşlar esas konsolide bütçe kapsamında kaynak kullandığı gibi, Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler özelinde bütçe dışından fon kaynaklı harcamalar ve döner sermayeler aracılığı ile sağlık harcaması yapmaktadırlar. Sağlık harcaması yapan ve son dönemde ağırlığı artan bir diğer kurumsal yapı ise Sosyal Güvenlik Kuruluşlarıdır. Üniversitelerin öğrencilerine sunduğu sağlık hizmetleri ile döner sermayeli birer kuruluş olan hastaneler bu kapsamdadır. Bu kuruluşların yanında diğer konsolide bütçe kapsamındaki kuruluşlar ve diğer kamu kurumları özellikle personel harcamaları içinde sağlık harcaması yapmaktadırlar. Ayrıca Sosyal Yardım ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ile Mahalli İdareler de sağlık harcaması yapmaktadır.

Tablo 1. Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranlarının Gelişimi Yüzde (%)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Toplam Kamu Sağlık Harcamaları	2.7	2.9	3.2	3.9	3.8	4.2	5.2	4.4
Konsolide Sağlık Harcamaları	1.1	1.2	1.2	1.4	1.1	1.2	1.3	1.1
Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları	0.8	0.9	0.8	1.0	0.7	0.7	0.9	0.8

Kaynak :Wold Bank- **Reforming the Health Sector for Improved Acces and Efficiency**, DPT, Hazine Müsteşarlığı, SSK, Bağkur, Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı Hesapları; Ferhat Emil ve H.Hakan, Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler, a.g.m., s.31

⁵⁴ Ferhat Emil ve H.Hakan Yılmaz, **Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler**, Economics Resource Center, Working Papers in Economics, September, 2003, s.30

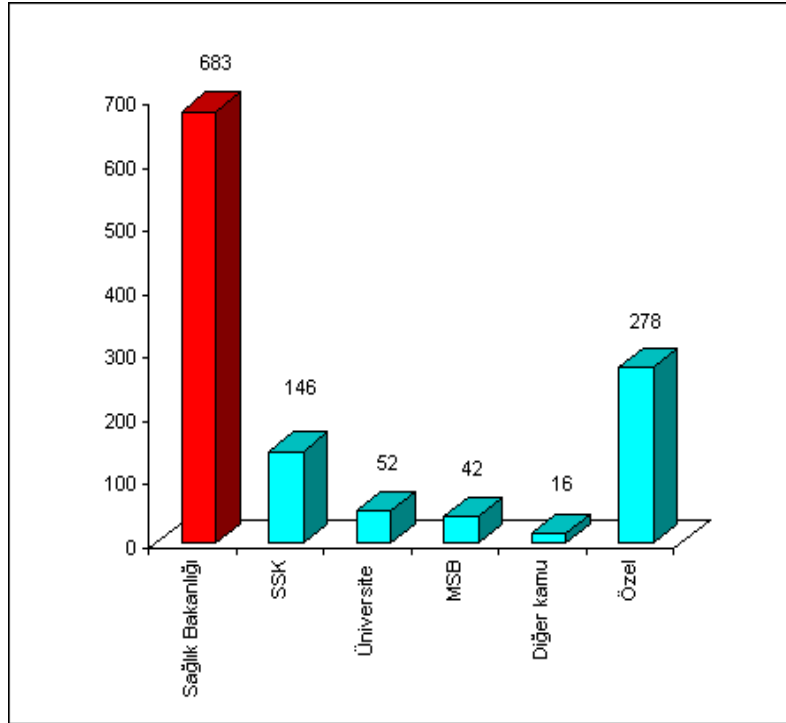
Tablo.2. Sağlık Harcamalarının Toplam Tutarının GSMH'ya Oranı (%)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Sağlık Harcamaları Toplamı	143.873	343.947	803.998	1.519.369	2.501.512	4.085.116	6.878.000
GSMH'ya Oranları (%)	0.96	1.17	1.50	1.94	1.99	2.31	2.52

Kaynak :Ferhat Emil ve H.Hakan Yılmaz, Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler, a.g.m. s.30

1996 yılından 2002 yılı sonuna kadar olan dönemde Sosyal Güvenlik Kurumları' nın sağlık harcamaları önemli bir artış içinde olmuştur. Sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı SGK'nın (Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağkur ve Emekli Sandığı) ilaç alımı harcamalarıdır.

Tablo 3. Türkiye'de Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı, 2004



Kaynak:www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/içindekiler-hm/02/03/2005

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın toplam konsolide bütçe harcamaları içindeki payı son 7 yıllık dönemde yüzde 2.7 düzeyinde olmuştur. Sağlık Bakanlığı dışında diğer kurumların da yaptığı sağlık harcamaları ilave edilirse konsolide bütçe içindeki Sağlık Harcamaları toplamı yaklaşık %3 düzeyinde gerçekleşmektedir.

2.7.Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Özelikle gelişmiş ülkelerde, son on-onbeş yıldan bu yana, sağlık hizmeti harcamalarının GSMH içindeki payı büyük oranda artış göstermiştir. Sağlık harcamalarının genel olarak artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir.

2.7.1. Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumun eğitim seviyesinin ve sağlık bilincinin yükselmesi, insan sağlığına verilen önemin artması genel olarak toplumsal ve kişisel talebin artmasına yol açar. Ülkelerin ekonomik seviyelerine bağlı olarak, bireylerin hayat standartlarının yükselmesi, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması ile bireyler sağlık konularına daha duyarlı hale gelmişlerdir. Günümüzde sağlık endüstrisi gelişmiş ülkelerde en karlı sektörlerden birisi haline gelmekte, geliştirilen özel satış ve finansman teknikleri ile ürünlere kolayca müşteri bulunabilmektedir.⁵⁵

Sosyal sağlık güvencesinin kapsamının genişlemesi, sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanabilme imkanı getirdiği için sağlık harcamalarında artışa neden olabilmektedir.

2.7.2. Sağlık Alanındaki Yeni Tıbbi Teknolojilerin Gelişmesi

Tıp ve sağlık alanındaki araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yoğunluk kazanması ile birlikte hastalıkların teşhis ve tedavilerinde sürekli yeni tıbbi teknolojiler kullanıma girmektedir.

Son yıllarda teşhis ve tedavide ileri teknoloji ürünü pahalı ve kullanımı özel eğitim gerektiren yeni cihazların sürekli geliştirilmesi sonucu, yeni cihaz alımları, bakım onarım giderleri, yeni teçhizatın kullanımı ile ilgili eğitim gibi maliyetleri arttırıcı çeşitli faktörler toplam sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.⁵⁶

2.7.3.Uzun Süreli ve Tedavisi Pahalı Hastalıkların Ortaya Çıkması

Kanser, Hepatit, AIDS gibi uzun süreli ve tedavisi çok pahalı olan hastalıkların görülme sıklığının artması toplam sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bu hastalıklar hem uzun süre tedavi gerektirir hem de tedavi maliyetleri çok yüksektir. Bunun karşılığında ise, bu

⁵⁵ Yusuf Alper, 21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvelik, Yayınlanmamış Rapor,a.g.r., Bursa, 1988, s. 76-77

⁵⁶ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, a.g.e.,1998, s. 64

tür hastalıklardan bazılarına karşı uygulanan tedavi her zaman başarılı olmayıp, sadece çoğu zaman, yaşam süresini uzatmaktadır. Ayrıca kardiyovasküler sistem hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıkları gibi kronik hastalıklar tedavi maliyetlerini arttırdığı gibi bu hastalıklara bağlı işgücü kaybına da neden olurlar.

2.7.4.Ortalama Yaşam Süresinin Uzaması

Gelişmiş ülkelerde, yaşam koşullarına bağlı olarak ortalama yaşam süresinin yükselmesi ve bu ülkelerin yaşlı bir nüfus yapısına sahip olmaları tedavi ve bakım maliyetlerini arttırmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık harcamalarını artırdığı gibi, sağlık hizmetlerinin ve dolayısı ile sağlık harcamalarının artması da ortalama yaşam süresini uzatabilmektedir.

2.8.Sağlık Hizmetleri Piyasası ve Özellikleri

Sağlık ekonomisinin analizleri yapılırken ekonominin temel kavramlarından olan arz ve talepten de yararlanır. Talep fiyat dışında, talebi etkileyen tüm faktörler sabit iken, belirli bir fiyatla satın alınmak istenen miktar arasındaki ilişkiyi verir. Arz ise, üreticilerin belirli bir zamanda, üreticilerin çeşitli fiyatlardan satmak üzere piyasaya sundukları miktarlar olarak tanımlanabilir. Talep ve arzın kesiştiği bir noktada piyasa dengelenmiş olur. Sağlık hizmetlerinde de arz ve talebin kesişmesi, sağlık hizmetinin denge fiyat ve miktarının belirlenmesine sebep olur. Sağlık alanında üretilen hizmet arzının çeşitli nedenlerden dolayı azalması ya da çoğalması, sağlık piyasasındaki denge noktalarını değiştirebilir ve yeni bir dengenin oluşmasına neden olur. Denge noktasında sağlık hizmetlerinden faydalananlar, her zaman için faydalarını maksimize etmeye çalışırlar. Sağlık hizmetleri toplam fayda eğrisi, tüm sağlık ekonomisine uygulanabileceği gibi sağlığın alt birimlerine örneğin, dişçilik, cerrahi hizmetler vb. gibi hizmetlere de uygulanıp toplam faydanın maksimize edildiği noktalar bulunabilir.

2.8.1.Sağlık Hizmetlerinin Talep Yönü

Serbest piyasa sisteminde hangi mal ve hizmetlerin ne kadar üretileceği, hangi faktörler kullanılarak hangi yöntemlerle üretileceği ve kimler için üretileceği sorularının cevabı fiyat mekanizması sayesinde cevaplandırılır. Serbest piyasa sisteminde mal ve hizmetlerin ne kadar üretileceği sorusu arz ve talep tarafından belirlenir.

Sağlık hizmetlerine olan talep ile ekonomi literatüründe tanımlanan talep farklılık göstermektedir. Bunun nedeni yine sağlık hizmetleri piyasasının özelliklerinden dolayıdır. Normal mal ve hizmet piyasalarında tüketicilerin tatmin düzeyi hemen hemen aynı tatmin düzeyine ulaşırken sağlık hizmetleri tüketiminde tatmin düzeyi bireylere göre büyük farklılıklar gösterebilir. Sağlık hizmetlerine her zaman ihtiyaç vardır. Fakat toplumumuzun geleneksel bazı özelliklerinden ve sağlık bilincin yeterince gelişmemesinden dolayı sağlık hizmetine olan ihtiyaç, sağlık hizmeti talebine her zaman dönüşmemektedir. Örneğin başı ağrıyan birinin bu ağrıyla yaşamaya alışması ve tedavi için herhangi bir yola başvurmaması ya da yaşlıların çözümlenebilecek sorunları olduğu halde bunu yaşlılığın bir sonucu olarak görmeleri nedeni ile herhangi bir tedaviye başvurmamaları gibi çeşitli ihtiyaçların talebe dönüşmemesi sayılabilir. Bazen de hekimlerin istismarları ile ya da hastalık hastası olan kişilerin görünürde talep olan başvuruları gerçek bir talebi ortaya koymayabilir. Sağlık mal ve hizmetleri talebi türetilmiş bir talep (derived demand) niteliğindedir. Dolayısıyla da sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan girdiler (birbiri ile ikame edilebilen), talebinden bağımsız olarak incelenemez.⁵⁷

Sağlık alanında tüketici kendi eğilimine ve gereksinimine göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın almaya girişemez. Kendi adına bir hekimin karar vermesini beklemek zorundadır. Hekim kendine bilimsel saydığı veriler ışığında, hastanın başvurması gereken sağlık hizmetleri çeşitlerini belirleme yetkisine sahiptir. Hekimin kararını, fiyat maliyet, gelir unsurları değil tıp biliminin olanakları ve kullanılabilir araçlar etkiler.⁵⁸ Kişi hasta olarak; hekim, sağlık kuruluşu ve medikal kuruluşlar ile ilaç firmaları karşısında mutlak bağımlı durumdadır. Kişi hasta olarak sağlık hizmetlerinden hangisine ihtiyacı olduğu konusuna kendisi karar veremez. Sağlık hizmetlerinin talebini hasta için doktor bulacaktır. Sağlık hizmetlerine olan talebin ne zaman ve ne şekilde olacağı önceden belirlenememesi (doğum hariç), bazen sağlık hizmetlerine olan talebin ani olarak ortaya çıkması ve ertelenemez olması gibi faktörler sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın tam olarak bilinmemesine sebep olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin talep yapısı farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin karşılanamaması durumda ciddi sağlık sorunları ve hatta ölüm söz konusu olabilir.

Sağlık hizmetlerinin talebinin fiyat elastikiyeti düşüktür. Fiyatlar yükseldiği zaman talepte çok fazla bir değişiklik meydana gelmez. Fiyat elastikiyeti ilaç ve tedavi araçlarında en

⁵⁷ Ömer Faruk Batirel, **Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansman Konusunda Yaklaşımlar**, Maliye Araştırma Merkezi Konferanslar, 34. Seri, 1990/91, İstanbul, 1993, s.18

⁵⁸ Erdiç Tokgöz, **Sağlık Ekonomisi**, Toplum ve Hekim, 2000

yüksek, doktor ve hastane hizmetlerinde en düşük orandadır. Fiyatı yüksek bir ilacın, tarifi en yüksek doktorun veya yüksek primli bir hastalık sigortasının çeşitli nedenlerle tercih edilmesi gibi örnekler sağlık alanında talebin fiyat değişikliklerine karşı farklı tepkisini ortaya koyan örneklerdir.⁵⁹ Sağlık hizmetleri konusunda yapılan ampirik çalışmalarda talebi etkileyen faktörler arasında, talebin fiyat esnekliği gelir esnekliği, hizmet sunum koşul ve farklılıkları, hizmet için kullanılacak maliyetler ve eğitim gibi temel etkenlerin etkisi araştırılmış ve bu araştırmaya göre, hizmetin bedelinin (ücret ya da fiyat) sigorta ya da devlet tarafından ödenmesi durumunda, hastanın alacak hizmet konusunda etkisiz olduğu, doktorun reçetede pahalı ilaçlara yer verdiği durumlarda hastaların bu ilaçları almama eğilimi tespit edilmiştir. Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin ise, pozitif ve oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁶⁰ Sağlık hizmetlerine olan talebi gelir seviyesi ve bireylerin zevk ve tercihleri de etkiler. Gelir seviyesi arttıkça belli bir noktaya kadar sağlık hizmetlerine olan talepte de artma görülür. Estetik operasyonlar gibi. Bu durumda bireylerin tercihleri, eğitim durumu, sağlık kuruluşları arasındaki hizmet farklılıkları gibi faktörler de sağlık hizmeti talebini etkileyen unsurlar arasında sayılabilir.

2.8.2.Sağlık Hizmetlerinin Arz Yönü

Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde hükümetler, idareler ve bunların aldıkları kararlar etkilidir. Bir ülkenin sağlık sisteminin bütün performansının nihai sorumluluğu hükümetin sorumluluğu ile beraberdir.⁶¹ Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasasında oluşan fiyat, yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiş bir fiyat denetimine tabidir. Sağlık mal ve hizmetlerinde ulusal veya uluslararası monopoller vardır ve arz sınırlıdır. Sağlık hizmetleri piyasasına girebilmek için belirli özellikleri taşımak (diploma sahibi olmak gibi), belirli kuruluşlardan izi almak (ilaç ruhsatı almak gibi) ve yetili kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen asgari fiyat tarifelerine uymak gibi zorunluluklar piyasaya girişi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında aynı konuda birçok farklılıklar olabilir. Aynı konuda verilen sağlık hizmetlerinde; başta doktor olmak üzere, sağlık kurumlarının, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan teknolojik yöntemlerin vb. gibi faktörlerin etkisi ile önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Sağlık sektöründe arzın artırılması ancak var olan kapasitenin artırılması ya da yeni yatırımların yapılması ile mümkün olabilmektedir. Bu da çok yüksek maliyetlere katlanmak

⁵⁹ İsmet Toprak, **Sağlık İhtiyacı ve Hastalık Sigortası**, Doçentlik Tezi, Erzurum, 1982, s.14

⁶⁰ Ömer Faruk Batirel, **Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansman Konusunda Yaklaşımlar**, a.g.m., s.19

⁶¹ The World Economic Report, Newyork, 2002

demektir. Ayrıca kısa dönemde sağlık sektörünün üretim olanakları da arttırılamaz. Çünkü sağlık personelinin eğitimi, altyapı yatırımlarının uzun zaman alması gibi etkenler kısa dönemde üretim olanaklarının arttırılmasını mümkün kılmamaktadır.

Sağlık hizmet talep edenler genellikle teknik bilgiye sahip değildirler. Bireyler piyasada var olan sağlık hizmetlerinden hangisine ihtiyaçları olduğunu belirleyemezler. Sağlık hizmeti alıcıları, uygulanacak teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında, hastanede kalmanın gerekli olup olmadığı, uzman hekimin gerekli olup olmadığı gibi konularda bilgi sahibi değildirler ancak doktor tarafından bilgilendirilebilirler. Alıcılar çoğu durumda karar verme yetkisini doktora (hizmet sunucusuna) bırakırlar (operasyon gerektiren durumlarda hastadan izin almanın dışında). Alıcıların tam bilgi sahibi olamamalarına karşılık, sağlık hizmet sunucuları piyasa hakkında tüm bilgiye sahiptirler. Alıcı ve satıcıların piyasa hakkında eşit bilgiye sahip olmamaları (informational asymmetry) eksik rekabet koşullarının bir göstergesidir. Sağlık hizmetleri alanında tıbbi etik açısından reklam yasağı olması alıcıların piyasa hakkında bilgi sahibi olmalarını engelleyen unsurlardan biridir. Ayrıca hastalar kendilerine uygulanan tedavinin maliyeti hakkında bilgi sahibi değildirler. Bu nedenle doktora olan güven konusu gündeme gelmektedir. Doktor, hastasını etkileyerek sağlık hizmetleri talebinin artmasına neden olabilir. Bu ve benzeri durumlar karşısında hükümetler tarafından yasal düzenlemeler yapılmaktadır.⁶² Yeni Türk Ceza Kanunu ve Ceza Muhakemesi Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile sağlık personelinin mesleki uygulamalar esnasında ortaya çıkan hastalıklardan, yükümlölüklerden ve kendisine yüklenen görevlerden ortaya çıkan sorumluluklardan dolayı çeşitli cezalar getirilmiştir. Sağlık personelinin uyguladığı tedavi yöntemleri sonucu hastada ortaya çıkan zarardan hukuksal olarak sorumlu tutulabilmesi için, kusurlu bir hareketin olması yani bir tıbbi kötü uygulamanın (Tıbbi Malpraktis) söz konusu olması gereklidir.⁶³

Sağlık piyasasında arz yönünden ilaç firmalarının, sağlık kuruluşlarının ya da sağlık personelinin piyasada oluşturdukları örgütlü davranışlara karşılık, piyasaya girişleri tamamen ferdi olan tüketicilerin fiyat ve hizmetin kalitesi açısından bir talep baskısı oluşturmaları mümkün olamamaktadır. Bu da sağlık piyasasında arz ve talep arasında büyük eşitsizlikleri ortaya çıkarmaktadır.⁶⁴

⁶² Tıbbi Malpraktis , Yeni Türk Ceza Kanunu, 26.09.2004, Kanun No.5237, Madde. 36-55-64-96

⁶³ Keremettin Kurt, Yeni TCK ve CMK'da Sağlık, **Sağlık Bakanlığı Diyalog**, Ağustos 2005, Sayı.14, s.46-47

⁶⁴ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, a.g.e., s.47

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, hükümet politikaları, finansman yöntemleri, öngörülen sağlık sisteminin yapısı gibi faktörlere bağlıdır. Sağlık hizmetleri arzının düzeyini, miktarını, kalitesini ve dağılımını belirleyen iki temel faktör vardır. Bunlar sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık mal ve hizmetlerini üreten sağlık üretim birimleridir. Sağlık hizmetlerinin arzı incelenirken kamu ve özel sektör ayırımına dikkat edilmelidir.

Sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabet koşullarının var olmasının nedenleri, sağlık piyasasında talebin belirsiz olması (hastalık riski önceden hesap edilemez), sağlık piyasasına girişte arz kısıtlamaların olması, alıcıların piyasa hakkında tam bilgi sahibi olmamaları, sağlık hizmetlerinde homojenliğin sağlanamamasıdır.

2.9.Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Üretilmesi

Sağlık hizmetlerinin toplumsal fayda yaratma özelliğinden dolayı, özel sektör kuruluşları ile kamu tarafından birlikte üretim söz konusudur. Sağlık hizmetleri taşıdıkları bölünebilme, fiyatlanabilme ve pazarlanabilme özelliklerinden dolayı piyasadaki özel mallara benzerler. Ancak sağlık hizmetlerinin hepsi aynı özellikleri göstermezler. Bilindiği üzere temel olarak, sağlık hizmetleri birbirini tamamlayan iki alanda yürütülür. Birinci alanda koruyucu sağlık hizmetleri, ikinci alanda ise tedavi edici sağlık hizmetleridir. Kamusal finansmanla sunulan koruyucu sağlık hizmetleri, yararı tüm çevreye yayılan niteliktedir. Tedavi edici sağlık hizmetleriyle ilgili yaygın kanı ise, bireysel esasta sunulabilen bu hizmetlerin, bazı yaygın bulaşıcı hastalıklar dışında, özel nitelikli olduğu yönündedir.

Kamu sağlık önlemleri, örneğin sıtma eradikasyonu bedelini ödeyip ödeyemediğine bakılmaksızın tüm kişilere fayda sağlayacaktır. Hiç kimse bu faydadan dışlanamayacaktır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri bölünemez özellikler gösterir. Bu bağlamda bakıldığında bu tür hizmetlerin pazarlama olanağı olmadığı gibi tamamen piyasaya bırakılmaları halinde eksik üretimle karşılaşılacağından toplumsal maliyetleri yüksek olacaktır. Bu tür hizmetlerin yarattığı toplumsal fayda ve maliyetler açısından (kamu malı olması) serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün olamamakta ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.⁶⁵ Fakat tedavi edici sağlık hizmetleri ise yarı kamusal bir nitelik taşıdığından hem kamu, hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır.

⁶⁵ H.Hüseyin Yıldırım, **Piyasa Sağlık Bakımı**,a.g.e. s.3

Sağlık piyasalarında diğer piyasaların aksine, kötü sağlık koşullarından toplumun tümü etkileneceği için çeşitli önlemler gündeme gelecektir. Arzın artırılması için özel sektöre yapılan teşviklerde bunlardan bir tanesidir.⁶⁶

Kamu ve özel sektörün altyapı ve hizmet sunmak amacıyla ortak yatırım yapması esasına dayanan “Kamu-Özel Sektör Ortaklığı Yatırım Modeli” bu alternatiflerden birisidir. Bu şekilde özel girişimcilerin sağlık yatırımları için kaynak aktarmalarının ortamı oluşturulmuş olacaktır.⁶⁷ Böylece sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın kamunun yanında özel sektör tarafından da daha çok karşılanabilmesi için teşvik getirilmiş olacaktır.

2.10.Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Değerlendirme Teknikleri

Sağlık hizmetlerinde ekonomik yönden değerlendirme, uygulanan veya uygulanacak alternatif faaliyetlerin hem maliyetleri (girdileri) hem de sonuçları (çıktılar) bazında karşılaştırması, fayda ve maliyet unsurlarının belirlenerek optimum noktanın bulunması amacı ile yapılır. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı ve verilen hizmetlerin yararlılığını karşılaştırmak amacı kullanılırlar. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde maliyetler sistemin girdilerini oluşturur. Sağlık hizmetleri sonucu elde edilen faydalar ise sistemin çıktıları oluşturur.

Tablo 4.Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Analiz Yöntemleri	Girdilerin Ölçümü	Çıktıların Ölçümü	Sonuçların Kullanımı
Maliyet-Etkinlik analizi (cost effectiveness)	Maliyetler	Doğal Bilimler(başarı ile tedavi edilen vakalar, kazanılan hayat süresi, sağlıklı geçen zaman)	Etkili Tedavi vakası başına maliyetler CT+CTSE+CTE / LY
Maliyet Minimizasyon Analizi (Cost Minimization)	Maliyetler (genellikle direkt maliyetler)		Vaka Başı Maliyet (Eşdeğer tedavi yöntemleri içinde en düşük maliyetli olanın seçimi)
Fayda-Maliyet Analizi (Cost Utility)	Maliyetler	QALY HYE	QALY Başına Maliyet
Maliyet-Fayda Analizi (Cost Benefit)	Maliyetler	Parasal Fayda (Benefit)	Maliyet/ Fayda Oranı

Kaynak: Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul,1998, s.76

⁶⁶ Ayşegül Mutlu, A.Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005,s.59

⁶⁷ www.saglik.gov.tr/duyurular/15.08.2005/5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Ek Bir Madde Eklenmesine Dair Kanun, 02.07.2005 tarihli Resmi Gazete

QALY (Quality Adjusted Life Years): Kalitesi Düzeltilmiş Hayat Standardı

HYE (Healthy Years Equivalents): Sağlıklı Geçen Yıllar Eşdeğeri

CT (Cost of Treatment) : Tedavinin Maliyeti

CTSE (Cost of Treating Side Effect): Yan Etkileri Tedavi Etmenin Maliyeti

CTE (Cost of Treating Events): Hastalığın en düşük seviyeye indirilmesi dolayısı ile kazanılan maliyetler

LY (Increase in Number of Life Years): Tedavinin etkisi ile kazanılan ilave yıllar⁶⁸

Dolaysız Tıbbi Maliyetler : Hastane maliyetleri (yatak hizmetleri), sağlık personeli maliyeti, ilaç maliyeti, laboratuvar ve test ürünleri maliyeti, diagnostik diğer hizmetlerin maliyeti, tedavi prosedürünün maliyeti (ameliyat, rehabilitasyon vb.), tıbbi cihaz –malzeme, bina ve tesisatın maliyeti,

Tıbbi Olmayan Dolaysız Maliyetler: Hastanın tedavi süresince katlandığı ilave masraflar, satın alınan özel hemşirelik hizmetleri, hasta refakatçilerinin katlandığı diğer masraflar,

Dolaylı Maliyetler (Indirect Costs): Hastanın işgücü kayıpları, refakatçilerin işgücü kayıpları, hastalık dolayısı ile bireyin azalan verimliliği, erken ölüm,

Görünmeyen Maliyetler (Intangible Costs): Acı, ızdırap gibi elle tutulamayan ancak yaşam kalitesini etkileyici maliyetler olarak sıralanabilir.

Parasal olarak ifade edilebilen maliyetler yukarıda da açıklandığı gibi sağlık hizmetlerinin organizasyonundan ve işletilmesinden kaynaklanan, hasta ve ailesinin hastalık nedeni ile maruz kaldığı maliyetler ve sağlık sektörü dışındaki maliyetlerdir. Dolaylı maliyetler ise, genellikle değeri parasal olarak ölçülemeyen maliyetlerdir. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan analiz yöntemleri; maliyet-fayda (cost benefit analysis), maliyet- fayda (cost utility analysis), maliyet- etkinlik (cost effectiveness analysis) ve maliyet minimizasyonu (cost minimization analysis)'dur. Sağlık piyasasında eksik rekabet şartları hakim olduğu için fiyatlar bir gösterge olarak kullanılmamaktadır. Bunun yerine gölge fiyatlar (shadow pricing) kullanılır.

⁶⁸ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, a.g.e.,1998, s.76

2.10.1.Fayda ve Maliyet Analizi (Cost -Benefit Analysis)

Fayda maliyet analizi çıktıların farklı olduğu durumlarda başvuru ve farklı çıktılar elde edilecek olan projelerin arasında veya bir proje içindeki gruplar arasında, faydası en yüksek ve maliyeti en düşük olan projeyi seçmek amacı ile kullanılır. Fayda ve maliyetlerin parasal olarak ifadesi her zaman mümkün değildir. Burada ölçümleme yapmak için ya parasal değer olarak ifade edilebilen değerler ele alınır ya da marjinal fayda ve maliyetler göz önünde alınır. Bu değerlerin, herhangi bir birim cinsinden hesaplanması esastır. Belli bir nüfusa düşen hasta sayısı, belli bir nüfusa düşen doktor sayısı örnek verilebilirken, ağrının geçirilmesinin maliyeti ya da önlenen bir hastalığın maliyeti hesaplanamaz.

Herhangi bir projede, fayda katlanılacak maliyetten fazla ise amaç gerçekleştirilmeye değerdir. Bu analiz sağlık ve sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi amacı ile kullanılır.

2.10.2.Maliyet-Etkinlik Analizi (Cost Effectiveness Analysis)

Bu yöntem uygulanırken en etkin sağlık projesinin seçimi yanında, bu amacın en düşük maliyetle uygulanması belirlenmektedir. Aynı zamanda fayda ve maliyetler arasında bir karşılaştırma yapılarak, faydalar maliyetleri geçiyorsa hizmet yerine getirilmektedir. Bu yöntemle değişik projelerin maliyeti hesaplanarak parasal ifadesi mümkün olmayan işlemlerin etkinliğinin ölçümü yapılmaktadır. Etkinlik amaca ulaşmada başarı derecesini ölçerken belirlenen amaca ulaşmak için gerekli olan unsurlar (teknoloji, insan vs) maliyetleri oluşturur.⁶⁹ Uygulanan ya da uygulanacak olan programların maliyeti ile önceden saptanan amaca ulaşmak konusundaki etkinliklerinin kullanıldığı bir tekniktir. Sağlık hizmetlerinden elde edilen çıktıların maliyeti en az olanın seçilmesidir. Bu yöntem, tıbbi müdahalelerin mal oluşlarına karşın, ne kadar etkinlikle kullanıldıklarını değerlendirmeye çalışır. Planlanan hedeflere ulaşmada seçenek yollar arasında en iyi, en etkin seçimi yapıp, maliyeti düşürüp hizmet sunumu arttırmak için bütçe yapma yolunu gösterir.

Çıktı, örneğin kazanılan yaşam süresi (life years gained) tüm seçenekler için ortaktır. Ancak programların bu çıktıya ulaşmadaki başarısı ve aynı zamanda maliyetleri farklı olabilir. Bu durumda da programlar karşılaştırılırken kazanılan yılbaşına düşen birim maliyetler

⁶⁹ Ayşegül Mutlu ve A. Kadir Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, a.g.e.,2005, s.153

hesaplanır.⁷⁰ Yaşam süresini uzatmak için koroner by-pass ameliyatı ile koroner balon tedavisi karşılaştırılabilir.

Kazanılmış Yıl (Koroner by- Pass)/ Faaliyetin Maliyeti

Kazanılmış Yıl (Koroner balon uygulaması)/ Faaliyetin Maliyeti

şeklinde bir orantı yapılarak her iki yöntem arasında yaşam yılı daha ekonomik olan seçenek bulunabilir.

2.10.3.Maliyet Minimizasyon Yöntemi (Cost Minimization)

Sonuçları aynı olduğu bilinen veya aynı olduğu varsayılan iki sağlık programının karşılaştırılmasında kullanılır. Aynı faydayı sağlayan sağlık hizmetlerinin yapılması için gereken bakım, teşhis, vb. gibi yöntemlerden en ucuz olan seçilmesidir. Aynı tür faydayı sağlayamayan sağlık hizmetleri için bu yöntem kullanılmaz. Örneğin bronşit tedavisi için üç yöntem vardır; şisede oksijen ile tedavi, sıvı oksijen ile tedavi ve oksijen yoğunlaştırıcı tedavi.⁷¹ Bu üç yöntemden en ucuz olan tedavi yöntemi seçilmelidir.

2.10.4.Maliyet Fayda Analizi (Cost Utility Analysis)

Sağlık hizmetlerinin sonucunda elde edilen hayatın kalitesini değerlendirmek için çeşitli yöntemler vardır. Hayatın kalitesi (quality of life) kişilere göre değişebilen, çok subjektif bir kavram olmasına rağmen, ekonomik olarak çeşitli yöntemlerle ölçülebilmektedir. Burada sadece York Okulu tarafından benimsenen “Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Süreleri” (QALY- Quality Adjusted Life Years) kavramına yer verilecektir. QALY yaklaşımı bireylerin sağlıkla ilgili olarak hayatın kalitesini değerlendiren bir araç niteliğindedir. Burada işleyiş oldukça basittir ve bir matrisin iki farklı boyutu ile ilgilenilmektedir. Matrisin birinci bölümü acı ile ilgili iken diğer boyutu hastalıkla ilgilidir (hastalık ve sağlık olarak veya maliyet ve fayda gibi iki şekilde de ele alınabilir). Hastalıkla ilgili bölüm sekiz statüden oluşmakta, acı ile ilgili bölüm ise dört statüden meydana gelmektedir. Bu statüler için belirlenen kademeler ise hayatın kalitesi yani, sağlığın ölçüsünü vermektedir.⁷²

⁷⁰ www.sabem.gov.tr/yayinlar/ sağlık ekonomisi/18.06.2005

⁷¹ Mehmet Tokat, Sağlık Ekonomisi (Yayınlanmamış Ders Notları), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara, 1994, s.99

⁷² Ayşegül Mutlu ve A. Kadir Işık, a.g.e., 2005, s .193

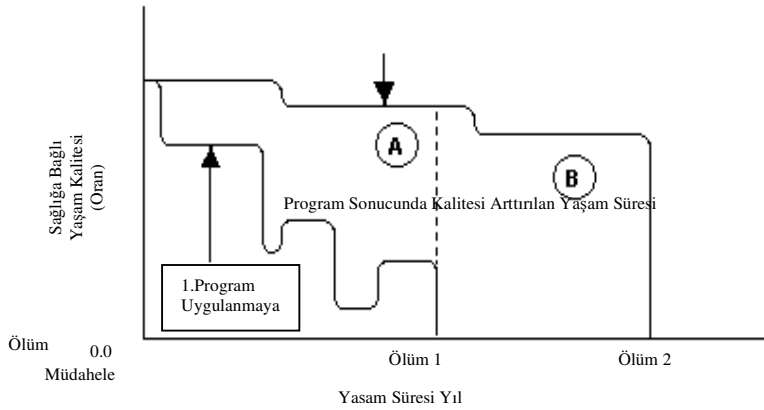
Son yıllarda sağlık hizmetlerinin başarısı sonucu hayatta kalış süresinin uzatılmasının yanında, yaşanan hayatın kalitesinin de artırılması konusu ağırlık kazanmaya başlamıştır. Örneğin, kalp nakli konusunda tıbbi gelişmeleri inceleyenler kalp ameliyatlarının hastaların ömrünü ne kadar uzattığı konusunda yoğunlaşırken, bu alandaki yeni yapılan araştırmalarda bu ameliyatların, hastaların ameliyat sonrası hayatlarında sağlık açısından önemli oranda kalitenin arttığını ortaya koymaktadır.⁷³

Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Süreleri yaklaşımı bireylerin sağlıkla ilgili olarak hayatın kalitesini değerlendirmeyi hedefler. İki fonksiyona sahiptir. Birincisi, herhangi bir sağlık sorununa uygulanan tedavi yönteminin aynı soruna uygulanabilecek alternatif bir tedavi yöntemi ile etkinliği yönünden karşılaştırırken rasyonel değerlendirme ve daha fazla bilgi sağlamaya olanak tanımlanmaktadır. İkincisi ise, uygulanan tedavinin ekonomik değerlendirmesinde, maliyet etkinlik analizleri yerine maliyet fayda analizlerinin kullanılmaktadır. Bireyin yıllar içinde beklenen hayat kalitesi ile bir bireyin yaşamının geri kalan yıllarının her birinin ağırlıklı ortalamaları alınarak hesaplanır. Beklenen hayat kalitesi, olası sağlık statülerinin her biri ile hayatın kalitesi skorlarının ortalama ağırlıklarının bileştirilmesinden oluşmaktadır.⁷⁴ Sonuçta, 0.0 ölüm olabileceği gibi 1.00 mükemmel sağlık gibi sonuçlar ortaya konur. Seçeneklerin maliyetleri ile kişilerin kazanmış oldukları kaliteli yaşam süreleri (kalite eklenmiş yaşam süresi QALY) veya sakatlık eklenmiş yaşam süresi (disability adjusted life years DALY) karşılaştırılır. Bu analizde elde edilen sonuçlar “sağlıklı gün” veya “kalite eklenmiş yaşam süresi başına düşen maliyet” olarak ifade edilir.

⁷³ Buxton, Martin, “*The Economic Evulation Of High Technology Medicine:The Case of Health Transplant*”, Alan Williams (Edt.) **Health Economics**, London, Mac Millian Pres,1987, s.166

⁷⁴ A. Kadir Işık, Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, a.g.t., 1998, s. 55

Şekil 2.QALY İle Kazanılan Yaşam Süresi



Kaynak: Michael F.Drummond, Bernie O'Brien, Greg L.Stoddart and George W. Torrance, "*Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*", **Basic Types of Economic Evaluation**, Oxford Medical Publications,Second Edition,Oxford,1986, s.16

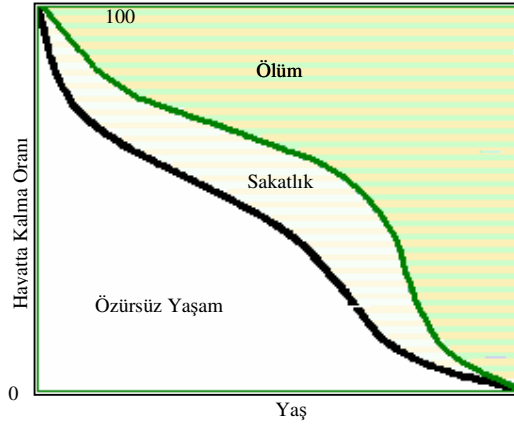
Bu iki insan arasındaki yaşama süreleri ve yaşam kaliteleri farkı QALY'dir. “Death1” zamanına kadar iki kişide yaşamasına rağmen program uygulanan kişi uygulanmayana oranla daha yüksek kalitede bir yaşam standardına sahiptir. Bunun da ötesinde Program uygulanan kişi ölürken bile uygulanmayana oranla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmuştur. Program uygulanan kişi ölüm anına kadar her aşamada, program uygulanmayan kişiye oranla daha kaliteli bir yaşama sahip olmuştur.⁷⁵

DALE, toplum sağlığının ölçülmesi hastalığının (rahatsızlık) ana fikrini oluşturan iki temel yaklaşım; sakatlanmadan sürdürülen uzun bir yaşamın kaybedilen sağlıkla ve sakatken müdahalelerle kazanılan yaşam süresinin beklentisini ölçer. Toplum sağlığının ölçülmesinde kullanılan metotlardan biri de DALE’ dir. DALE toplum sağlığını ölçerken yaşam standardına göre engelsiz yaşayanların ve hastalıklar sonucu oluşan sakatlıklara yapılan müdahaleler sonucu arttırılan insan ömrünün süresini esas alır. DALE üç temel bilgiyi sunar. Toplumun yüzde kaçının hangi yaşa kadar yaşayacağını ve bu yaşlarda sıklıkla görülen sakatlık tiplerini ve bunların yaşa bağlı olup olmadığını içeren bilgileri verir. DALE (DALYs)’e göre daha az parametre ile çalışabilme açısından daha avantajlıdır.⁷⁶

⁷⁵ Michael F.Durummond, Bernie O'Brien, Greg L.Stoddart, George W.Torrance, **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**, Oxford Medical Publication Second Edition, 1986, s,16-17

⁷⁶ The World Health Report, a.g.r., Genevo, Switzerland, 2000, s.28

Şekil 3. Toplum Sağlığının Ölçülmesinde DALE Analizi



Kaynak: Murray CIL, Saloman JA, Mathers C.A. “ *Critical examination of summary measures of population health*” The World Health Report, Genova, 2000, s.28

3.KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN SATIN ALINMASI

Kamu yönetimi anlayışındaki değişmeler reformları da beraberinde getirmiştir. Yeni Kamu Yönetimi (NPM- New Public Management) ile Ekonomik Organizasyonların (EO) bir araya geldiği bir alan oluşmuştur. Çok sayıda önemli ülke içi farklılıklara karşın, NPM'nin bazı ana özellikleri aşağıdaki gibi tanımlanabilir.⁷⁷

- İşletmecilik çabasının odağında, girdiden ve süreçlerden çıktılara ve sonuçlara,
- Performans göstergeleri ve standartların üzerinde durulmasına yol açan, daha fazla ölçüme,
- Büyük, çok amaçlı, hiyerarşik bürokrasilerden çok daha uzmanlaşmış, yalın, düz ve bağımsız örgütsel biçimlere,
- Hiyerarşik bürokrasilerin yerine sözleşme ya da sözleşme benzeri ilişkilerin geniş çaplı ikamesine,
- Kamu hizmetlerinin götürülmesinde pazar ya da pazarımsı mekanizmaların kullanılmasına ve özelleştirme, sözleşmeyle başka şirkete iş yaptırma, iç pazarların geliştirilmesi vb.ne,
- Kamusal ve özel sektörler arasındaki çizgiyi belirsizleştirmeye (Kamu-özel sektör ortaklıklarının ve melez organizasyonların gelişimi),
- Evrenselcilikten, hakkaniyetten, güvenlik, esneklikten verimlilik ve bireyciliğe ve gelişen tüketimciliğe doğru kayma olarak sıralanabilir.

Kamu yönetimi anlayışındaki değişiklikler, kamu sağlık hizmetlerine de yansımıştır. Avrupa sağlık sistemlerinde, geçen yıllarda büyük değişiklikler görülmüştür. Sağlık sistemi içindeki değişiklikler, nüfusun sağlık kazanımlarının ve sağlık çıktılarının öneminin vurgulanmasını, hastaların tercihlerine ve ihtiyaçlarına kamunun yeterli düzeyde karşılık verebilmesi için giderek artan baskıları, kıt kaynakların daha verimli kullanılması için yapılan

⁷⁷ Forder Julian, Robinson Ray ve Hardy Brian, “ *Theories of Purchasing*”, **European Observatory on Health Systems and Policies Series, Purchasing to Improve Health Systems Performance**, Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski, Chapter 4, Theories of Purchasing, England, 2005, s. 87-89

araştırmaları kapsar. Sağlık hizmetlerinin bu çerçevede değerlendirilmesi, kamunun, sağlık sistemindeki rolünün yeniden incelenmesini gerektirmiştir.⁷⁸

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Satın Alma Kavramı

Sağlık sistemlerinin satın alma yoluyla gördürölmesinin önemi giderek artmış, stratejik satın alma modelleri ön plana çıkmıştır. Stratejik satın alma, en iyi tedarikçileri, en iyi ödeme mekanizmalarını ve sözleşmelerin en iyisini bulmak için sürekli araştırma gerektirir.⁷⁹ Stratejik satın alma, toplumun sağlık ihtiyaçlarını ve önceliklerini içeren değerlendirmeleri, satın alma stratejilerini geliştirmek için hizmet çeşitlerinin ihtiyaçlar doğrultusunda nasıl karşılanacağını ve hizmet dağılımının nasıl olması gerektiğini içeren toplantıları, bütçeden ödenek ayrımlarının başarılmaları için stratejileri (ödeneği aşmadan sağlığa ayrılan ödeneği arttırmanın yolları arayan strateji) kapsar. Aynı zamanda, kalite standartlarına yol gösterici özelliği de vardır.⁸⁰

Satın alma, sağlık ihtiyaçlarının planlanmasına, sağlık sistemi içindeki yapılar ile diğer sektörlerin bağlantısına ve finansal kaynakların dağılımına etki eder. Satın alma pasif ve stratejik olarak ayrılabilir. Pasif satın alma, sadece bütçeleme sistemini veya faturalar sunulduğu zaman ödeme yapmayı esas alır. Bu nedenle stratejik satın alma tercih edilir.⁸¹ Stratejik satın alma ile kaynaklardan bütçesel olarak ödenek ayrımı ile plandaki boşluklar arasında köprü kurulur. Satın alma teorisi, planlayıcıların üretim süreci ile birleşerek yukarıdaki fonksiyonların potansiyel temelini oluşturur. İkinci olarak da, komuta – kontrol modellerinin katı bürokratik sonuçlarından, yeni yönetim stratejilerine geçişi sağlar. Yönetici okulları, yerel yönetimleri içeren uygulamalar, performansa dayalı ödeme sistemleri, kalitenin tanınması ve çıktı kültürü, kamu sektörü ile girişimcilerin ortaklığının artması, hastanelerin kendi yönetim yapılarının kurulmasına (self governing hospital), tedarikçi ve satın alıcı arasındaki rekabet piyasasında, satın alma organizasyonlarına işleyişte yetki verilmesine yol

⁷⁸ Ray Rabinson, Elke Jakubowski and Josep Figueras, “*Purchasing to Improve Health Systems Performance Drowning The Lesson*”, **Purchasing to Improve Health Systems Performance European Observatory on Health Systems and Policies Series**, Open University Press, 2005, s. 3

⁷⁹ The World Health Report a.g.r, Geneva, Switzerland, 2000, s. 106

⁸⁰ Roger England, **Contracting and Performance Mangement in The Health Sector**, Health Systems Resource Centre, April, 2000, s.6

⁸¹ Report Health Metric System, HMN, **Monitoring the Health System in Developing Countries**, Glion, Switzerland, October 6-7 2004, s.6

açmıştır.⁸² Satın alma teorisi birçok ülkede sağlık sistemlerinin teknik verimliliğinin gelişimine liderlik eder.

Satın alma ile asıl gerekli olan sağlık hizmetleri sağlanır. Süreç, yıllık bütçeler ve planlar düzenlenerek yönetilir. Yıllık bütçe ile planlanan giderlerin, aylık harcama giderlerini gösterir belgelerle ve aylık raporlarla geri ödemeleri yapılır.⁸³

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında tedarikçi ve satın alıcıların fonksiyonları beş şekilde özetlenebilir.

a) Kaynak tahsisindeki öncelikler, hizmet planları ile birleştirilip geliştirilebilir. Örneğin, daha fazla fayda – maliyet için kaynakların değişimine müdahale (ayakta- yatakta tedavi gibi) edilebilir. Geleneksel planlar sürdürülürken, satın alma, elde edilen sonuçlarla alternatif yöntemler oluşturulabilir.

b) Satın alma kararları, toplumun sağlık ihtiyaçları ve tüketicilerin beklentileri doğrultusunda yapılandırılabilir.

c) Tedarikçilerin performansı, satın almacıların kullandığı finansal teşvikler ve denetim araçları gibi kaldıraçlarla geliştirilebilir. Tedarikçi hastanelerin etkinlikleri ve hizmet sunumu giderek arttırılabilir.

d) Kamu sağlık sistemlerinin, geleneksel yapıları genellikle katı yönetsel sınırlamalar ile komuta - kontrol modelli hiyerarşik sistemlerden oluşmuştur. Satın alma organizasyonları ile yerel yönetimler etkinleştirilebilir, satın alma kararlarının tedarikçilerin ürettiği hizmetlerin verimliliğine odaklanarak alınmasına izin verilebilir.

e) Fonksiyonların dağılımı, kamu ve özel sektör tedarikçileri arasında rekabet ve rekabet edilebilirliği sağlayabilir ve bu suretle piyasa mekanizmalarının kullanımında etkinlik artabilir.⁸⁴

Batı Avrupa ülkelerinde, sosyal sağlık sigorta sistemlerinin sunum fonksiyonları, satın almadan sorumlu sigorta fonları ve hizmet provizyonlarından sorumlu finansal özerkliği

⁸² Josep Figueras, Ray Rabinson ve Elke Jakubowski, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., England, 2005, s.48

⁸³ Bill Savedoff, **Health Financing Policies Concepts and Examples**, World Health Organization, International Health Economics Association, San Francisco, June 15, 2003, s.9

⁸⁴ R.Rabinson, El. Jakubowski and J. Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., Introduction, 2005, s. 4

olan hastaneler arasında dağıtılmaktadır. Satın alma, gelir toplanması ve kaynakların havuzlanmasında, sağlık sistemi finansmanı ile karşılıklı ilişkiler, provizyon gibi konular sağlık sisteminin fonksiyonlarını oluşturur.

Bir görüşe göre satın alma, genellikle kaynakların dağılımına bağlıdır. Bu yaklaşıma göre, finansal kaynakların verimli kullanımı, sağlık hizmetleri fonksiyonunun talep dinamiklerinin sağlanması ilkesine dayanır. Diğer bir görüşe göre ise satın alma, komisyonlama ve sözleşmeler gibi diğer fonksiyonlara ihtiyaç duyar. Bu görüşe göre sağlık hizmetlerinde satın alma, komisyonlama kavramından daha dar kapsamlı olmaktadır. Komisyonlama yetersiz kalınan sağlık hizmetinde tamamlayıcı olarak hizmetin dışardan temin edilmesi anlamına gelmektedir. Komisyonlama, toplum sağlığını maksimize etmeye ve sağlık hizmetlerinin satın alınmasındaki eşitliği sağlamak ve insanların sağlığını geliştirmek için uygun organizasyonlar yaratır. Komisyonlama bir kamu sektörünün fonksiyonudur. Milli sağlık stratejisi ve uygulamasını geniş bir yelpaze içerisinde geliştirir. Bu yelpaze içinde koruyucu sağlık ve sektör içi stratejiler gibi sağlık hizmetleri yer almaktadır. Satın almada sözleşmelerle sağlanabilecek sağlık hizmetlerinin içerisinde, ambulans hizmetleri, acil bakım hizmetleri (bazı acil durumlar, solunum yetmezliği, ağrı, kanamalar, zehirlenmeler, kemik kırıkları, çocuk veya yetişkinlerde yüksek ateş, hayati tehlikesi olan kazalar ve yaralanmalar) yataklı tedavi, ayaktan tedavi, uzman doktor hizmetleri, diş tedavileri, tıbbi ve cerrahi branşların arzı, eczacılık hizmetleri, uzman hekim konsültasyonu yer alır. Aynı zamanda bu sözleşmelerle ödenecek ücretler, örneğin hastaların sağlık hizmetlerine ulaşım maliyetleri, yataktan veya ayaktan tedavi ücretleri ve diğer hizmetlerin bedelleri yer alır.⁸⁵

3.2.Satın Almada Yönetim Yapıları

Yönetim yapıları, işlemlerle ilgili kurallar, düzenlemeler, protokoller ve uzlaşmalar bütünüdür. Genel olarak yönetim yapıları, sahiplik, kontrol ve acentalığı (komisyonlama ve devir), sözleşme formlarını ve geri ödeme teşviklerini, düzenlemeyi ve toplumsal çevreyi içerir.

İlk boyut satın alma, yetki aktarımı ve ilişkili alt yapının mülkiyeti ile ilgilidir. Bu bağlantı içinde, sahiplik ile denetimi ayırmak yararlıdır. Satın alma ve sağlama işlevinin araç ve varlıklarının (assets) sahipliği önemli bir konudur. Hem satın alma hem de tedarik aracının mülkiyetinin ayrı taraflarda olması daha faydalıdır. Bir varlığın sahibi, gönüllü olarak

⁸⁵ <http://www.chs.net/investor.relations/html.What> is Contract Health Services/05/02/2006

denetimi bir başka varlığın sahibine geçirebilir ya da devredebilir. Aslında gerçek denetimin yeri (yani kökende sahiplik tarafından verilen otoriteden ne kadarının yer değiştirdiği) stratejik performansı açıklamada anahtar bir faktördür.⁸⁶

Ödeme teşvikleri genelde, ekonomik sistemlerin çalışmasında, temel destektir. Sağlık bakım sistemleri de bunun dışında değildir. Oliver Williamson teşvik tiplerini; yüksek ya da düşük güçte olarak ayırmaktadır. Bireyler çabalarından kaynaklanan bütün kârları alabildiğinde, teşvikler yüksek güçlüdür. Düşük güçlü teşvikler kârlar ile maliyetler arasındaki ilişkiyi bir ölçüde hafifletir. Maaşlar düşük güçlü teşviklerin örnekleridir. Teşviğin gücü, tedarikçilerin kendi eylemleri ile çabaları üzerinde denetim sahibi olup olmamalarına ve sahipliğin sonucu olarak ya da bu hakkın sözleşmeyle devredilmesi nedeniyle net geliri kendine alma hakkına sahip olup olmamalarına bağlıdır.⁸⁷

Düzenleme sorunu sağlık bakım sistemini gruplama ya da biçimlemedir. Böylece, kendi en iyi çıkarları için karar alan tek tek oyuncular, gerçekte daha geniş toplumsal çıkar için de çalışırlar. Bu durum, yönetimin rolünü değerlendirmede anahtar bir faktördür. Düzenlemeye ilişkin etkinlikler normalde üç ana alanla, yani kapasitenin, fiyatların ve niteliğin düzenlenmesiyle ilişkilidir. Yönetim (ya da onun acentelerinden biri), bu alanların her birinde tek tek örgütlerin yerine getirmesi gereken standartlar koyar.

İçinde yer alınan toplumsal çevre, sağlık sistemi aktörlerinin davranışları üzerinde güçlü bir etki uygulayabilir.

Bununla birlikte, pratikte, belli koşullar içinde seçimler bir biriyle bağıntılı olma eğilimindedir ve alternatif yönetim yapılarının sayısını azaltmak için aşağıdaki gibi üç ana tipte gruplanabilir.

Piyasaların ayrı ayrı sahip olunan ve denetlenen örgütleri (ya da bireyleri) vardır. Bunlar satın almadan, mal ve hizmet sunmadan sorumludur. Sözleşmeler gönüllü (iki yanlı) değiş tokuşlar ile belirlenir ve sözleşme adaptasyonları iki tarafça görüşülüp çözüme bağlanır. Ödeme teşvikleri genellikle yüksek güçlüdür; çünkü sahiplik genellikle kârları alma hakkı verir. Bununla birlikte, taraflar sözleşmedeki gelir için bazı hakları devrederlerse düşük ya da karma geri ödeme teşviklerinin kullanımı olanaklıdır.

⁸⁶ R.Rabinson, E. Jakubowski and J. Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., 2005, s. 86

⁸⁷ R.Rabinson, E. Jakubowski and J. Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., 2005, s. 87-88

Hiyerarşiler karar alma otoritesiyle karakterize edilirler. Bu otorite, taraflardan biri tarafından bir sözleşmeyle hiyerarşik bakımdan üstün olan, örneğin, işletmecilere devreder. Devredilen bu otoriteyle, ikincil konumda olanlar, (örneğin, işçiler) işletmecilerin talimatlarını kabul eder. Hiyerarşik bakımdan ikincil konumda olanlara genellikle maaş ya da düşük-güçlü teşvik temelinde ödeme yapılır.

Ağlar (Networks) hem piyasalar hem de hiyerarşilerin bazı özelliklerini taşır. Sahiplik piyasalardaki gibi dağıtılır ama denetim, hiyerarşilerdeki gibi genellikle gönüllü olarak bir tarafça devredilir ve baskın olan tarafça elde tutulur. Bununla birlikte, hiyerarşiler otoriteyle, piyasalar boyutundaki ilişkilerle tanımlanırken, ağlar işbirliği ve güvenle tanımlanır.⁸⁸ Örneğin, tedarikçiler kullanıcılara özgür olarak hizmet vermeğe isteklidir. Çünkü onlar kullanıcının bu durumu kötüye kullanmayacağını bilir. Bağış tarzında ödeme yaygındır. Bu anlaşma bireysel işlemler ya da muameleler bakımından teşvikleri karma hale getirir. Tedarikçiler toptan verilen bir para ödülü alsalar ve kârı koruyabilseler de bu genellikle birçok muameleye dağılır, böylece maliyetin çapraz-desteklenmesine (cross-subsidization) olanak verir. Ödeme için geriye dönük ayarlamalara olanak veren koşulları dikkate almak gerekir.

3.3. Satın Almacının Özellikleri

Sağlık hizmetleri, ulusal veya makro düzeyde satın alma organizasyonlarına dönüştürüldüğünde, hükümet satın almacı veya ulusal sağlık sigorta acenteleri ile farklı tedarikçi grupları arasında sözleşme için görüşülür. Örneğin, ilkyardım hastaneleri, evde bakım hizmetleri (hemşirelik hizmetleri), toplum sağlığı organizasyonları, genel pratisyen hekimlik, uzman hekim hizmeti vb. gibi konular üzerinde görüşme yapılır. Tedarikçi grupları ile satın almacılar pazarlık ederek anlaşmaya varırlar.

İkinci model (meso level purchasing) bölgesel düzey satın almalarda, bölgesel düzey satın almacılar veya sağlık sigorta şirketleri, hizmet alanı içindeki farklı tedarikçi grupları ile sağlık bakım hizmetleri için sözleşme yaparlar. Sözleşmeler iki taraflı veya ortaklaşa antlaşmayla sonuçlanabilir.

⁸⁸ R.Rabinson, E. Jakubowski and J. Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., 2005, s. 88

Mikro düzey satın alma organizasyonlarının olduğu yerde, satın alıcılar genel (pratisyen) hekimler, hastaların tedavileri için hastaneler olabilir veya yerel nüfusun sağlık hizmetleri için, küçük ölçekli organizasyonlar gibi yerel sağlık konseyleri ile yapılır.

Sağlık sigortacıları veya bölgesel yönetim satın alma acenteleri ile hastanelerin sözleşmeleri, fiyat, hacim, sağlık hizmetlerinin kalitesi, tedarikçilerin ödemelerindeki periyodik zamanlar, maksimum bekleme zamanları, verimlilik ve etkinliğin ölçümlenebilmesi gibi özel antlaşmaları içerir.⁸⁹

3.4.Satın Alma Organizasyonları

Stratejik satın almanın ideal formunda bazı temel fonksiyonlar belirli bir uyum içerisinde etkinliği, yeterliliği ve cevap verme kabiliyetlerini bir araya getirir. Böylece sağlık sistemi içerisinde daha geniş sosyal hedeflerin ve kamu sağlığı hedeflerinin başarılmasına büyük bir katkı sağlar. Uygulamada çeşitli ülkelerde stratejik satın alma hedefleri farklılık göstermektedir.

Avrupa sağlık sistemleri farklı satın alma organizasyonlarına sahiptir. Örneğin, merkezi hükümet, bölgesel hükümet, belediyeler veya sağlık sigorta fonları gibi. Satın almacıların arasında rekabetin olduğu durumlarda rakiplerin birbirini etkiledikleri yollar ve piyasada yoğunlaşmaların varolduğunu gösteren organizasyon sayısı da ülke tanımlanmasında yer almaktadır. Aynı zamanda fonların kaynakları da sınıflamada kullanılır. Mesela vergi yerine sosyal sigorta ayrımı gibi. Ayrıca dini üyelikler, meslekler veya coğrafi ayrımlar da sosyo ekonomik ve kültürel ve tarihi faktörler ile birlikte farklı ülke tiplerini ortaya koyar. Kamu-özel mülkiyet ayrımı, kapsanan nüfus düzeyi, yönetim şekilleri, muhasebe sistemleri temel farklılaşmalardan doğan diğer ölçüler arasında yer almaktadır. Bütün bu farklılıklar iki ayrımı ortaya koyar. Dikey ve yatay satın alma organizasyonları satın almacıların davranışları üzerinde etkili olmaktadır.⁹⁰

Dikey ölçüde esas düşünce milli-yerel ilişki ve özellikle yerel yöneticiler ve karar vericiler tarafından uygulanan özerklik derecesi ilişkisi olmaktadır. Yatay ölçüde ise satın alma organizasyonlarının sayısı, pazar payları ve rekabet güçleri icraat üzerinde etkili olan farklı satın almacı vasıflarıdır.

⁸⁹ The World Health Report, Who Pays For Health Systems, a.g.r., 2000, s. 106

⁹⁰ Ray Rabinson, Elke Jakubowski and Josep Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance a.g.m.,England, 2005, s. 12

Pek çok Avrupa ülkesinde, sosyal sigorta sistemlerinin tanınması, satın alma için sigorta fonlarının karşılığı ve hastanelerin hizmet karşılığı finansmanla özerklik fonksiyonları arasında dağıtılmıştır. Satın alma antlaşmaları çeşitli şekillerde belirlenmiştir. Satın alma kuralları veya politik direktörlerin kompozisyonu, politik (nüfus gruplarını tutmak), teknik sorumlulukların ve satın almacıların karşılık düzeyini içeren farklılıklar vardır.⁹¹

3.4.1. Dikey Organizasyonlar

Satın alma işlemleri, makro (merkezi-central), meso (regional-bölgesel) ve mikro (local-yerel) düzeylerde olabilir. Ancak bu seviyeler arasında geçişler mümkündür. Belirli bir ülkede bir diğer seviyenin özellikleri görülebilir. Üçlü bir sınıflama satın alma davranışının daha geniş bir yapısını tanımlamaya müsaade eder. Özellikle makro seviyede merkezi hükümet veya onun temsilcileri genel bir sağlık sigortası fonundan sorumludur. Bu durumda yerel organizasyonlar mesela fonların bölgesel temsilcileri daha küçük çapta karar verme durumunda kalırlar ve kısıtlı özerklik söz konusudur. Bununla birlikte sözleşmelerin idaresi ve kapsamı yerel olarak (desentralize) çözülebilir. Macaristan buna örnek gösterilebilir.⁹² Meso ve mikro seviyelerde ise özerklik derecesi artar. Fakat bu durum özellikle milli düzenlemelerle değişebilir.

3.4.1.1.Makro Seviyede Satın Alma (Makro –Level Purchasing)

Macaristan ve Litvanya da olduğu gibi merkezi makro seviyede satın alma örnekleri vardır. Bu ülkelerde tek bir sağlık sigortası vardır. Bu fonların bölgesel ofislerden oluşan bir ağı, satın alma konularında çok kısıtlı özerklik getirmektedir (otonomi). Diğer bir taraftan bazı ülkeler, Estonya'nın uyguladığı sağlık sistemi, merkezi sağlık sistemini yarı özerk (devolve) satın almalar ile delerek sadece başarısızlıklar durumunda kuvvetli merkezi denetimi öngörmektedir.

Slovenya'da makro düzey satın almadan mikro düzey satın almaya geçmiştir. Yerine getirilen hizmetlerin bedeli HIIS (Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü) tarafından, HIIS ile sağlık bakım sağlayıcıları arasında yapılan sözleşmeye dayalı olarak ödenir. Sağlık Bakanlığı'nın rolü ise, stratejik planlama, sağlık politikasının geliştirilmesi ve uygulanması,

⁹¹ R.Rabinson, E. Jakubowski and J. Figueras, a.g.e., 2005, s. 5

⁹² R. Robinson,E. Jakubowski andJ. Figueras, a.g.m, 2005, s.12

politika, düzenlemeler ve görevlerin yasalara uygun olarak yerine getirilmesinin sağlanmasıdır.⁹³

3.4.1.2.Bölgesel Düzey Satın Almalar (Meso-Level Purchasing)

Avrupa ülkelerinin büyük çoğunluğunda satın almanın sorumluluğu bölgesel organizasyonlara bırakılmıştır. Bölgesel hükümetler veya sağlık fonları bölge temsilcilikleri ile satın almayı gerçekleştirirler. Bölgesel seviyede organizasyon istihdam esaslı sağlık fonlarını kapsamaktadırlar.

100.000 – 500.000 kişinin sağlık hizmetini karşılamak üzere yetkilendirilmiş otonom satın alma düzenlemeleri meso veya bölgesel düzeyde satın alma organizasyonlarıdır. Tipik olarak bu organizasyonların bazı fonksiyonları mesela hizmeti karşılamakla yani sağlık hizmetini yerinde karşılamayı yerel organizasyonlara bırakarak kendi temel satın alma kararlarına dönerler.⁹⁴

Bölgesel seviyedeki satın almalar açısından ülkeler üçe ayrılır. Sağlık hizmetlerinin genel vergilerle karşılandığı İtalya ve İspanya gibi ülkelerde merkezi hükümet tarafından salınan vergiler, bölgesel hükümetlere satın alma yükümlülüğü ile birlikte aktarılır. Yine de, bu ülkelerin bazı bölgelerinde, satın alma kararları daha kuvvetli stratejik satın alma yaklaşımı ile istisnai olarak uygulanabilmektedir. İkincisi ise, meso satın alma kategorisi Avusturya, Belçika, Hollanda'daki gibi sosyal sağlık sigorta sistemine dayalı organizasyonlardır. Üçüncüsü meso satın alma tipi olup, Çek Cumhuriyeti ve Rusya Federasyonunda olduğu gibi, merkezi olarak planlanan komuta kontrol sistemine dayalı sağlık hizmeti karşılanmasına dayanmaktadır. Yarı özerk (devolve) sosyal sağlık sistemine 1990'lardan sonra geçilmiştir.

3.4.1.3.Mikro Düzeyde Satın Alma(Mikro Level Purchasing)

Mikro seviyede satın almalar yerel karar birimlerinin daha çok etkin olduğu durumlar için kullanılır. Satın alma bütçeleri yerel organizasyonlara ve bu organizasyonların çeşitli derecelerdeki fonların tahsis edildiği tedarikçilere bütçenin özerk olarak aktarılması ile gerçekleşir. Baltık ülkeleri, yerel bazlı yüksek özerklik uygulamalarının görüldüğü

⁹³ Dojan Marusic, **Slovenya Sağlık Sistemi**, M.D.B. Sc. Slovenya Sağlık Bakanı Vekili, T.C. Sağlık Bankalığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi Toplantıları, İstanbul, 2006

⁹⁴ R. Robinson, E. Jakubowski and J. Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m, 2005, s.13

organizasyonları ihtiva etmektedir. Ayrıca İngiltere’de Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için kullanılır.

İkinci (hastaneler ya da yataklı tedavi kurumları) ve üçüncü basamak (ileri teşhis ve tedavi hizmeti veren üniversite hastaneleri ve özel dal hastaneleri) tedavi hizmetleri, birinci basamak tedavi hizmetlerinden toplamda daha fazla satın alınabilir. Diğer hizmetler içinde ileri teknoloji içeren hizmetlerin satın almaları genellikle merkezileşmiştir. Bölgesel ve yerel (Meso ve mikro) seviyelerde özerlik eğilimi yüksek olabilir fakat bu durum özel ulusal antlaşmalara göre değişir.⁹⁵

3.4.2.Yatay Organizasyonlar

Bu organizasyon tipinde, satın almacıların faaliyet gösterdiği piyasa yapısına bağlı kalmaktadır. Geleneksel iktisadi analiz, piyasaları, yoğunlaşma derecelerine göre sınıflar. Yatay organizasyonlar, doğal piyasa mekanizması içerisinde tedarikçilerin işletmeciliğini kapsar. Bu piyasa monopollerden (yüksek yoğunlaşma) oligopollere ve monopolistik piyasalardan (orta yoğunlaşma) tam rekabete (düşük yoğunlaşma) kadar geniş bir yer tutmaktadır. Rekabet edebilirlik ve rekabetin seviyesi yoğunlaşma düştükçe artar.

Üst düzeyde merkezileşmiş makro satın almalar daha çok Doğu Avrupa’nın bazı ülkeleriyle ilişkilidir fakat bu ülkelerde bile daha az merkezi modeller görülmektedir. Bölgesel düzeyli satın alma hem sosyal sağlık sigortası (Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, Hollanda) hem de bölgesel-hükümet-bazlı (İtalya, İspanya) alımcılar arasında yaygın bir modeldir. Yerel yönetimler (Kuzey ülkeleri) ve birincil-bakım (I. Basamak sağlık hizmetleri) bazlı satın alıcılar (İngiltere) aracılığıyla küçük düzeyli satın almalar daha az olur. Yatay organizasyonlarda, piyasa bazlı reformların epeyce tartışılmasına karşın satın alıcı organizasyonlar arasındaki rekabet daha az görülür. Yalnızca Almanya ve Hollanda’da önemli bir boyut kazanacak kadar gelişmiştir. Başka yerlerde mekansal tekel, hem bölgesel hem de yerel düzeylerde talep-yanlı rekabete başlıca engeli oluşturur.⁹⁶

Rekabet olan satın almalar ve rekabet olmayan satın almalar vardır. Özellikle merkezi, bölgesel, yerel (makro- meso ve mikro) düzeylerdeki satın almalarda rekabet yoktur. Makro seviyedeki satın alıcılar monopol durumundadır. Kamu sistemi içinde rekabet için serbestlik yoktur. Teoride monopol durumundaki kamu satın alıcıları ile özel sigortalar

⁹⁵ R.Robinson,El. Jakubowski and J.Figueras, a.g.m.,2005, s.13

⁹⁶ R.Robinson, El. Jakubowski and J.Figueras,a.g.m, 2005, s. 21-25

rekabet edebilirken pratikte, birçok ülkede özel sağlık sigortaları gelişmemiştir ve sektörde geniş bir alanda etkili rekabet edebilmek için yeterli değildirler.⁹⁷

3.4.3 Tedarikçi Organizasyonlar

Satın almacılar sağlık hizmetlerini, hastaların kendilerine sunmazlar. Satın almacılar, bu hizmetlerin sunulmasını tedarikçiler aracılığı ile güvence altına alırlar. Sözleşmenin başarısı bu görevlerin ne kadar iyi gerçekleştirildiğine bağlıdır. Sözleşmeler ve ödeme sistemleri, tedarikçilerin, satın almacının hedeflerine ne ölçüde yanıt vereceğini belirleyen faktörlerden en önemlileridir. Öteki önemli faktör, tedarikçi örgütlerinin kendi yapılarıdır. Tedarikçi örgütlerin içinde bulunduğu piyasadaki mülkiyetin biçimi, bağımsızlık dereceleri, karar almadaki hareket serbestlikleri ve içinde çalıştıkları pazar yapısının tipi, onların satın almacının acentesi olarak işlerliklerini etkiler.

3.4.4.Satın Almacı Organizasyonlarının Tipleri

Bütçesel ya da bütçeye ait, bağımsız, ortak ve özel olmak üzere, başlıca dört satın almacı organizasyon tipi vardır.

Bütçesel organizasyonlarda, satın alma organizasyonları hükümetin hazırladığı bütçeye dayalı organizasyonlardır. Fazla veya açık devlete mal edilir. Yöneticiler komuta kontrol sisteminde bir hiyerarşi ile bakanlığa yani merkeze bağlıdırlar. Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi, maaşlar ve kullanılacak teknolojileri içeren bütün kararlar hiyerarşik olarak merkezdeki yöneticiler tarafından alınır.⁹⁸

Özerk organizasyonlarda, global bütçe temel alınır. Buna rağmen sıklıkla performans bazlı ödemeler yapılır. Faaliyetleri sebebi ile yöneticiler sorumluluk alır ve her gün rapor verirler.

Şirket (Kurum) organizasyonları, bağımsız organizasyonlar olup kamu veya devlet sektöründen özel sektöre transfer olmuş, aynı özel sektör gibi yönetim kurulları ve sıkı bir bütçeleri olan kuruluşlardır. Karlar şirkete kalır ve yöneticiler veya müdürler yönetim kurullarına, yönetim kurulları da hükümete hesap vermek zorundadır.

⁹⁷ R.Robinson,El. Jakubowski and J.Figueras, a.g.m.,2005, s.21

⁹⁸ www.observatory.dk., European Observatory on Health Care Systems, Policy Brief, s.8

Özel organizasyonlar, kâr amaçlı ya da kâr amaçsız organizasyonlar olabilir. Ekonomideki özel sektör organizasyonlarına benzer bir şekilde, sağlık hizmetleri sektöründe diğer sektörlerden daha fazla regüle edilmeye ihtiyaç duyulan özel sektör sağlık hizmeti firmaları bulunur.

Bu değişik örgüt formlarını ayırt eden en önemli özellik, onların karar almadaki bağımsızlıklarıdır. Bu finans, hizmet içeriği, görevlendirme ve başka alanlarda karar almadır. Bütçesel örgütlerde komuta-kontrol aracılığıyla yönetim egemendir. Diğer taraftan hem bağımsız hem de ortak organizasyonlarda bir daireye sorumlu olan müdürler daha çok eylem özgürlüğüne sahiptir. Bu niteliği ile satın almacılara karşı sorumluluk daha çok denetimin yönetsel alanında kalır. Örneğin tedarikçi organizasyonu, mali bağımsızlığa sahip olabilir ama servis içeriği bağımsızlığı az olabilir ya da fiyatları değiştirmekte özgür olup miktar ve tahsis önceliklerini ve genel sigortaları vb. değiştirmede özgür olmayabilir.⁹⁹

Uygulamada Avrupa hastane sisteminde, bağımsız ya da ortak örgütlerin baskın örgüt modeli olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çok sayıda ülkede organizasyonun bütçesel merkezi sistemin özelliklerini hâlâ taşıdığı bilinmektedir. Aynı zamanda özel ve özelleştirilmiş organizasyonların sayısı da gittikçe artmaktadır.

3.4.4.1. Resmi Organizasyonlar

Sağlık sisteminde, organizasyonlarının performansını birçok finansal faktör etkiler. Finansal risklerden korunmak için, sağlık sisteminde talep ve arz arasında bir denge sağlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetini talep edenlerin sağlık sistemine finansal katkıları dışında aşağıda adı geçen resmi organizasyonların da sağlık hizmeti arzı açısından katkı sağlayıcı rolleri bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı: Genellikle kamu tedarikçileri organizasyonu ulusal sağlık hizmetleri gibi geniş bir ağda yönetilirler. Milli sağlık sistemi, genel bir vergi sistemine dayalı olarak yürütülür. Sağlık hizmetlerinin finansmanı amacı ile toplanan vergileri ana kaynak olarak kabul ederek halka gerekli hizmeti vermeye çalışırlar.

Sosyal Güvenlik Organizasyonları: Bu organizasyonlar ülke çapında bir veya birkaç tane olarak rekabetçi piyasalarda veya tekel olarak çalışabilmektedirler. Çoğunlukla maaşa

⁹⁹ R. Robinson, E. Jakubowski ve J. Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.e, 2005, s.37

bağlı olanların, sağlık hizmetlerini karşılamak için genellikle resmi sektör işçilerinde görüldüğü gibi, üye olanların tedarik hizmetlerini gerçekleştirmektedirler.

Toplumsal Temelli Organizasyonlar: Genellikle küçük ölçeklerde, gönüllü katkı prensibine dayanan satın alma hizmetleri, küçük bir havuz içinde toplanan fonlarla karşılanmaktadır.

Özel Sağlık Sigorta Fonları: Düzenleyici veya düzenleyici olmayan organizasyonlar daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine yöneliktir. Çoğunlukla gelirleri gönüllü katılım primlerindenidir. Risk paylaşımı olabilir fakat genellikle maaşa yönelik durumlar ve sıklıkla sözleşmeler işverenler tarafından işçilerinin hepsi için yapılır.¹⁰⁰

3.4.4.2.Satın Alma Organizasyonlarında Tedarikçi- Satın Almacı İlişkisi

Satın almacı ve tedarikçi arasındaki ilişkiler daha resmi ve daha az güvene dayandığı için kişisel ilişkilerden farklıdır. Kalite için maliyet bilgileri ve diğer hizmet bilgileri yetersiz kaldığında fiyatlama ve hacim anlaşmaları problem doğurabilir. İyi bilgi yokluğu anlaşmazlıklara, zayıf haberleşme tedarikçi ile satın almacı arasında müzakerelerin uzamasına yol açar ve anlaşma zeminini zora sürükler. Yeni hizmetler için ulaşılabilir para kaynakları bulunduğu gerginlik yükselebilir. Çünkü diğer potansiyel tedarikçiler, bakanlığı direkt veya dolaylı olarak etkileyerek (medya kanalı ile) müzakerelerden önce mevcut satın almacı ile gerilimi yükseltebilirler.¹⁰¹

Satın almacı ile sağlık hizmetlerinin tedarikçisi arasındaki ilişki bir acente ilişkisidir. Burada satın almacının tedarikçinin temin ettiği hizmetleri etkileyebilme yolları, özellikle de karışım, nitelik ve maliyet konuları önemlidir.

Hükümetin, bütün sistem içindeki fonksiyonları ve birimleri yetki, sorumluluk dağılımı çerçevesinde kontrol altında tutması gerekir. Hükümetin bu halka hizmet görevi, sağlık sistemine liderlik yapma ve sistemi denetleme süreci olarak tanımlanabilir. Hükümetin halka sağlık hizmeti götürmesi satın almacı organizasyonları ile de ilişkilendirilebilir. Satın almacılar devletin iktisadi birimleridirler. Bir satın alma faaliyetinde asılın hedeflerini

¹⁰⁰ The World Health Report, a.g.r., Switzerland, 2000, s. 108

¹⁰¹ World Health Organization Regional Office For The Western Pacific, **Contracting For Health Services New Zealand**, 2004, s.55

gerçekleştirmesi umulan vekiller de, hükümet adına sorumluluk taşırlar.¹⁰² Başarıya ulaşmak için hükümetin çekirdeğini oluşturan üç kavram vardır. Bunlar; sağlık politikasını formüle etmek, vizyon ve yönünü belirlemek, sağlık sektörünü regüle etmek ve bilgi toplayarak bilgiyi kullanmaktır.¹⁰³

Sağlık politikasının genel yönünü formüle etmek, hemen hemen bütün hükümetler için hizmet fonksiyonunun genel tamamlayıcısıdır. Sağlık hizmetleri ile ilgili yasaların çıkarılması, politikaların yapılması ve uygulamaya geçilmesi gerekir. Belirlenen hedefler ve bu hedeflere uygun bir çerçeveye ulaşmak için gösterilen faaliyetler ile bunların gerçekleşmesinde rol alan satın almacı ve tedarikçi organizasyonlarına hükümet tarafından sağlanan bir süreç olarak regülasyon muhtelif alanlarda ortaya çıkar. Tipik olarak regülasyonların halkın lehine sonuçlar doğurması beklenir.

Satın almacıların bütçelerinin düzenlenmesi, Avrupa sağlık sisteminin temel taşıdır. Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetinden elde edilecek gelirler, milli, bölgesel, yerel ölçülerde bütçe temeline dayanılarak gerçekleştirilir. Regülasyon stratejik planlama vasıtası ile gerçekleştirilmektedir. Böyle bir düzenlemenin farklı bileşenleri bulunmaktadır. Mesela, hastanelerin planlanması hükümetin sağlık planlamasının bir parçasıdır. Sağlık hizmeti kapasitesinin daha genel bir düzenlemesi sağlık planlaması ile ortaya çıkar. Bu şekilde aşırı arzdan kaçınarak sağlık hizmeti bir düzenleme formunu geleneksel olarak yakalayabilir. Bu durumda satın almacılardan daha çok tedarikçiler üzerinde odaklanılmış olmaktadır. Tipik olarak bu düzenleme biçimi, yeni bir göreve yatırım yapmadan önce, izin alınmasını gerekli kılar. Çünkü genişlemeler kamunun sağladığı fonlara dayanır. Bu, öncelikle satın almacılar aracılığı ile işlemez. Bununla birlikte düzenlemenin satın almacıyı bilgilendirmek ve ona yardım etmek için artan biçimde kullanıldığı bir alan vardır. Bu sağlık teknolojisi değerlendirmesini içerir. Örneğin Fransa, İsveç, Hollanda, İngiltere’de bulunan sağlık teknolojisi değerlendirme ajanslarını ilgilendirir. Bu ajanslar klinik ve maliyet bakımından verimlilikler konusunda satın almacıyı bilgilendirerek yeni teknolojilerin alınması yolunda etkili olmaya çalışırlar. Bazı durumlarda kamu ödemesi için bu ajansların vereceği uygunluk zorunlu bir koşuldur. Teknolojik sağlık yatırımları bu şekilde daha rasyonel bir planlamaya kavuşmaktadır.

¹⁰² Ercan Dülgeroğlu, **Sanayi Ekonomisi**, Uludağ Üniversitesi, İİBF İktisat Bölümü, Yayınlanmamış Ders Notları, 2005, s.18, Bursa. İktisadi karar alma birimlerinde kurum veya şirketlerin esas sahipleri karar alma işlemini kendileri değil; kendi yerlerine bankalara (müdürler, temsilciler, yöneticiler veya diğer kurumlar) vekalet bırakırlarsa karar mekanizmasında yetkili olanlar sahipler yerine vekiller olmaktadır.

¹⁰³ The World Health Report, a.g.r. ,Switzerland, 2000, s.32

Bununla birlikte regülasyonun kullanıldığı diğer bir alan bilgi vermek ve satın almalara yardım yapmak konusunda olmaktadır.

Regülasyon aynı zamanda satın almalarn icraatının denetim sorununu da ele alır. İngiltere olduğu gibi icraat denetimi ve satın almalarn raporlama süreçleri büyük bir titizlikle incelenmektedir. Regülasyonun son bir görünümü de gelişmiş veya devolve sistemlerde (yarı özerk) olduğu gibi, merkezi kontrol ve yerel özerklik arasındaki dengelerle ilgilenmesidir. Bu sebeple, merkezi regülasyonlar ile yerel faaliyetlerin öncülüğü arasında kazanılmış bir özerklik nosyonu ortaya çıkar. (İngiltere) Son olarak da, istatistiki bilgiler ve sağlık araştırmalarından doğan enformasyonun toplanması ve sunulması hizmetin üçüncü basamağını oluşturur. Bilgiye ulaşma aslında rekabetçi sistemlerin genel özelliğini oluşturmaktadır. Bu sebeple sürekli bilgi toplamak ve ilgililere aktarmak sağlık sistemini daha yüksek düzeylerde performansa yönlendirir.¹⁰⁴

Regülasyon mekanizmalarının iyi düzenlenmesi, sosyal amaçların korunmasını sağlarken bir taraftan da tedarikçi performanslarının uyarılmasını sağlar. Regülasyonlar ile geleneksel olarak bilinen komuta kontrol mekanizmaları yerine daha fazla yönlendirme ve yol gösterme “steer an channel” fonksiyonları yakalanır.¹⁰⁵

Hükümetler bu sorumluluğu kendi idari rolleriyle yerine getirirler. Bu işlev, bireysel sorumluktan çok kolektif sorumluluğu içerir. Kamusal yararın korunması, toplum sağlığındaki iyileşmenin gerçekleştirilmesi, kamunun beklentilerine yanıt verilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitlik amaçlarının gözetilmesi aracılığıyla halkın refahı arttırılmaya çalışılır. Hükümetler, bu etkinlik aracılığı ile sağlık hizmetlerine yön verir ya da kılavuzluk ederler. Sosyal sağlık sigortası uygulanan bazı ülkelerde, sağlık bakanlığı stratejik sağlık politikası amaçlarını ortaya koyar. Bunların, satın alma planları içinde sigorta fonları tarafından dikkate alınmasını ister. Ancak, sigorta fonlarının yerel ya da ulusal hükümete karşı doğrudan sorumluluğu yoktur ve bu amaçlar genellikle uygulanamaz.

Satın almanın kendi popülasyonuna sağlaması gereken bakım paketlerinin belirlenmesi, düzenlemenin hemen hemen evrensel bir yönüdür. Tipik olarak bunlar insanlar için elverişli olan hizmetlerin alanını ve genellikle bunların niteliği ile fiyatını da belirleyecektir. Ulusal sağlık hizmetlerinden yararlanma paketleri, Çek Cumhuriyeti, Almanya,

¹⁰⁴ R. Robinson,E. Jakubowski and J. Figueras ,a.g.m, 2005, s. 40-42

¹⁰⁵ Joseps Figueras and Richard Saltman, **European Observatory on Health Care Systems**, Open Universty Pres, 2002, s.9

Rusya Federasyonu, İspanya, ve İsviçre gibi değişik ülkelerde bulunmaktadır. Almanya, Finlandiya ve İtalya'da olduğu gibi bazı ülkelerde negatif listeler kullanılır. Bunlar ulusal bir paketten neyin dışlanacağını belirtirler.¹⁰⁶

Fiyat düzenlemeleri, genellikle ulusal vergilerin belirlenmesi aracılığıyla çalışır. Bu vergiler, tedarikçilere uygulanır ama satın almacılar bakımından da önemlidir. Çünkü fiyat düzenlemeleri satın almacıları fiyat görüşmelerinde daha kolay bir duruma getirir. Bu alandaki son gelişmeler bir geri ödeme sistemi olan (Diyagnostik Related Group) DRG¹⁰⁷,ye yani hastanın ilk teşhis ve tedavisinde ortaya çıkan maliyetlerin karşılayan bir ödeme sistemi belirlenmiş fiyatların bu şekilde benimsenmesine odaklanmıştır. Düzenleme aynı zamanda satın almacının performansının gözlenmesi sorununu da doğurmuştur. İngiltere gibi ülkeler satın almacının raporlama süreçlerini ve performansını gözlemeye büyük çaba harcamaktadır.

Düzenlemenin gelişmiş sistemlerde geliştirilmiş olan son bir yönü, merkezi denetim ile yerel otonomi arasındaki gerilimle ilgilenmesidir. İngiltere'de satın alma sorumluluğu mikro düzeyde, birincil bakıma dayalı satın almacılara devredilmiştir. Ama ulusal standartları sağlama bağlamak için, buna artan oranda merkezi düzenleme eşlik etmektedir. Sağlık Bakım Komisyonu gibi düzenlemeye ilişkin yeni yapılar, standartları gözlemek ve bunları kabul edilebilir düzeylerin altına düşüklerinde, eyleme geçilmesi için kurulmuştur.

Sorumluluğun devri ve merkezi düzenleme arasında gerilimin var olduğu bir başka ülke Fransa'dır. Bu ülkede 1996'da sorumluluğun taşınmasında ulusal düzeyden, büyük çapta yerel düzeye geçilmiştir. Bu şekilde hem kamu ve özel bölgesel hastane birimlerine, hem planlama hem de mali tahsisat sorumlulukları verilmiştir. Bölgesel stratejik sağlık planları hastanelere beş yıllık dönemler için bazı hedefler vermiştir. Bununla birlikte merkezi Sağlık Bakanlığı güçlü düzenleyici rolünü korumuştur. Bu düzenlemeler, güvenlik standartlarını ve hizmet alanı bakımından kaliteyi dikkate almaktadır.

3.4.4.Bazı Ülkelerde Satın Alma Organizasyon Örnekleri

Aktif satın almalar, ülke tiplerine göre farklılıklar gösterir. Aktif satın almalar sigorta sistemi ile birlikte veya ayrı olabilir. Satın alma, arzulanan sonuçlara ve anlamlara odaklanmayı gerektirir. Stratejilerde ise, hizmet harçlarını, kişi başına vergileri, pirimler

¹⁰⁶ R. Robinson,E. Jakubowski and J. Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m, 2005, s. 39-40

¹⁰⁷ A.Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisi Terimleri Sözlüğü**, 2. Baskı, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005, s.19

içeren sistemleri, yerel idareleri ve yeni sorumluluk mekanizmalarını, bilgilendirme ve bilgiyi kullanma yöntemlerini ve de son olarak seçilmiş sözleşmeleri kullanmak olarak nitelendirilir.¹⁰⁸

3.4.4.1.İngiltere

NHS (National Health System) reformu İngiltere'de 1991'de yapılmıştır. Bu reform ile bütçesel kurumlar bağımsız / ortak organizasyonlara dönüştürülmüştür. Ayrıca, reformlar, bağımsız, yönetsel olmayan örgütler olarak NHS tröstlerini yaratmıştır. Bu organizasyonlar hâlâ NHS içinde ve sonuçta sağlık için Devlet Sekreteriyasına sorumlu olsalar da bir müdürler dairesi tarafından yönetilirler ve daha önceki doğrudan yönetilen birimlerden daha fazla bağımsızlık ve eylem özgürlüğüne sahiptirler. Bu özellikle, istihdam politikaları ve sermaye harcaması ile ilişkili olarak uygulanmıştır. NHS tröstlerin, satın almacılardan gelen hizmet sözleşmeleri için rekabet etmesi beklense bile sınırlı bir rekabet yaşanmıştır. Çok geçmeden yeni ortaya çıkan piyasanın düzenlemesinin onların özgürlüğünü şiddetle sınırladığı ortaya çıkmıştır. Yakın zamanlarda ise, hükümet yerel tedarikçilerin bağımsızlığını vurgulayan yeni bir politikayı gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Bunun, önerilen NHS kurum tröstleri tarafından başarılması gerekmektedir. Bu politika ile yüksek standartları gerçekleştiren NHS tröstlerinin, kurum tröst statüsü olmalarına imkân sağlanacaktır. Bu statü ise, onlara merkezi düzenleme ve denetim karşısında ek özgürlükler getirecek.¹⁰⁹

3.4.4.2.Hollanda

Hollanda'da bağımsız / ortak hastane sağlayıcılarının uzun süredir kurulmuş bir sistemi vardır. Hastanelerin çoğu, yerel olarak bağımsız daireler tarafından denetlenen kâr gütmeyen kuruluşlardır. Onlar, bu dairelere aittir ve onlar tarafından çalıştırılır. Gerçekte özel kâr güden hastaneler yasayla yasaklanmıştır, bununla birlikte kâr gütmeyen hastanelerin kâr elde edip bunu alıkoymasına izin verilmiştir. 1990'ların sonlarında bir çok hastane, rekabetçi bir çevre içinde giderek artan düzeyde ticari bazda çalışmaya başlamıştır. Aynı zamanda kâr güden tedarik ile ilişkili olarak çok sayıda gelişme vardır. Örneğin teşhis ve kısa vadeli tedaviler sunan bağımsız hizmet olarak kâr güden özel klinikler gelişmiştir. Kâr amaçlı özel sektör, aynı zamanda, çalışma gücü odaklı bir dizi hizmetle çalışanların taleplerine de yanıt vermiştir. Bunlar psikoterapi, danışma ve sağlığın desteklenmesi gibi hizmetlerdir. Bu süreç

¹⁰⁸ Bill Savedoff, Health Financing Policies Concepts and Examples, a.g.e., 2003, s. 29

¹⁰⁹ R.Robinson, El. Jakubowski and J.Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., 2005, s.19

emekleyen özelleşmenin bir süreci olarak tanımlanmıştır. Sözleşmeler, sağlık hizmetlerinin tedarikçi grupları ile sosyal veya özel sigorta kuruluşları arasında, federal sağlık hizmetlerinin toplam bütçeleri ile sınırlandırılarak uyulması zorunlu kurallar olarak yapılandırılmıştır. Özel sözleşmelere sınırlandırma getirilmiştir. Bütçe mekanizması içerisindeki harcama anlaşmaları ise, farklı alt sektörler arasındaki dağılımı (hastane hizmetlerinde ilaçları, ambulans hizmetlerini vs), bölgesel ve özel hastanelerin bütçelerini, enstitüleri ve bireysel hastalık fonlarını kapsar.¹¹⁰

3.4.4.3.İtalya

İtalya’da tedarikçilerin hizmet alanı oldukça geniştir. Bunlar, kamuya ait hastaneler, özerk hastaneler ve özel teknik hastaneler, kamu ve özel araştırma hastaneleri, kar amaçsız ve kar amaçlı hastaneler, kamu ve özel ambulans hizmetleri, kar amaçlı veya kar amaçsız rehabilitasyon imkanları, özel hemşirelik hizmetleri, eczacılık hizmetleri olarak sıralanabilir. Birçok hastanenin finansmanı DRG temeline dayalı olarak yürütülür (vaka başına maliyet yada global bütçe sistemi)¹¹¹ Birçok hastane yönetimi hala bütçe sistemindeyken 1990’lı yıllar boyunca özerklik ve kamu- özel sektör ortaklığına dayalı organizasyonlar giderek artmıştır. Bu yeni organizasyonlar kamu hastanelerinin sorumluluğunu arttırmakla birlikte hastanelerin güvenilirliğini de attırmıştır. 1995 yılında İtalya’da 82 güvenilir hastane varken 2000 yılında bu sayı 98’e yükselmiştir. Bölümlenebilen bir organizasyon yapısı ile hastaneler en az üç yüksek derecede uzmanlaşmış klinik ünite, kaza ve ilkyardım ünitesi, yoğun bakım ve karışık hastalar için kopleks bir ünite içerir. Finansal ve teknik özerklikleri vardır. Ayrıca üç yıllık stratejik planlar ile bölgesel planlara yer verilir. Hastalar, tedavileri için hastane seçiminde özgür olabildikleri gibi, tedarikçilerde onlara bakmakta ve rekabet için müşterilerle diyolog kurmakta özgür değildirler.¹¹²

3.4.4.4.İspanya

İspanya hastane sistemi de geleneksel bütçe sistemidir. Birçok kamu hastanesi bölgenin kendisinindir. İspanya’da politik ve coğrafi bölgelere ayrılmıştır ve hastaneler bu

¹¹⁰ Nicola Tapay and Francesca Colombo, **Private Health Insurance In Netherlands**, A Case Study, OECD, 2004

¹¹¹ George France, **Evolution of Health Care Reform In Italy**, European Health Care Discussion Group, Second Meeting, 19-20 March, 2001, s. 9

¹¹² R.Robinson,El. Jakubowski and J.Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., 2005, s.15

bölgelerin kendilerindir. Sağlık sistemi tamamen desantralize edilmiştir.¹¹⁴ Bu hastanelere müdürler, bölgesel yöneticiler doğrudan doğruya bölgesel sorumlular tarafından atanır. Özerklikleri sınırlıdır. Çünkü yöneticiler, teknik kriterlerden daha çok politik bağlılıklara göre seçilmekteyken, bu durum profesyonel yönetici kadroları ile yavaş yavaş değişmiştir. 1990'lı yılların başından beri özel sektör yapıları organizasyonlar gelişmiştir.¹¹⁵

3.5.Kamunun Acentası Olarak Satın Almacılar

Hastalar, acentalar (sağlık kurumları) için müşteridir. Sağlık hizmetleri onların tarafından güvence altına alınır. Sağlık hizmeti tedarikçileri, kamu sağlık hizmetlerinin satın alınması sisteminde, satın almacılar işlemlerinde hükümet ve tüketiciler adına hareket ederler. Tüketiciler kendi ihtiyaçlarını karşılayan satın almacıları seçmekte, bunu yapamayanlardan kaçınmaktadırlar. Tüketicilerin araştırılması satın almacıları, hastaların çıkarları doğrultusunda hareket etmeye teşvik eder. Ülkemizde sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesinde hak ihlallerinden korunabilmesinde ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esasları belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamak için hasta hakları uygulama yönetmeliği çıkarılmıştır. Bu yönerge ile hastaların şikayet mekanizması işlemeye başlamıştır.¹¹⁶

Şikayet mekanizması hastaların doğal haklarından biridir. Dikkate değer resmi şikayet prosedürleri sağlık sigorta sisteminin etkinliğini artırır ve bireysel satın alma kararları üzerinde etkili bir şekilde yürütülür. Hasta memnuniyetsizliği ve resmi şikayet prosedürleri durumunda hastalar seslerini duyurabilirler. Şikayetlerin büyük çoğunluğunun odağı yetkilendirme, tescil (kayıt), üyelik ve diğer taraftan tedarikçi- hasta arasındaki ilişkileridir.¹¹⁷ Ayrıca sağlık hukuku çerçevesinde bir taraftan hasta hakları diğer taraftan sağlık personelinin haklarının düzenlenmesi çok önemli bir yapısal çerçeveyi ortaya koyabilir. Bu hakların

¹¹⁴ Guillem Lopez, **Cost Containment in Health Care**, The Case of Spain from the eighties up to 1997, Economies Working Paper, 278, Casanovas, 1998, s. 5

¹¹⁵ R.Robinson, El. Jakubowski and J.Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., 2005, s.19

¹¹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, **Hasta Hakları Uygulama Yönetmeliği**, Resmi Gazete Tarih 01.08.1998, Sayı.23420, s.12

¹¹⁷ R.Robinson, El. Jakubowski and J.Figueras, Purchasing to Improve Health Systems Performance, a.g.m., 2005, s. 25

korunması ile toplumsal refahın artışı hem hukuki hem de iktisadi alanda gelişme gösterir. Sosyal sağlık sigorta modeli içerisinde şikayetler önce sivil mahkemeler veya hukuk mahkemelerinin yönetiminde veya ombudsman veya disiplin kurullarına benzer yapılar içinde değerlendirir.

Tablo 5.Yönetim Satın Alma Seçenekleri

Boyut	Hiyerarşik	Ağ	Pazar, İki yanlı
Sahiplik-denetim -acentalık Sahiplik Denetim	Entegre Birleştirilmiş	Dağıtılmış Ayrı ama ilişkili	Dağıtılmış Ayrı/sorumluluk dağıtılmış
Komisyoncu	Satın alma Acentası	Acenta	Birey
Hak Devri	Strateji (Merkezi)	Taktiksel	Taktiksel (Yerel)
Sözleşme Tipi			
Teşvik Tipi	Düşük Güçlü(maaşlı)	Orta Güçlü(bağış)	Yüksek Güçlü (karları tedarikçi alır)
Spesifikasyon	Minimal-İnformel	Minimal-İnformel	Ayrıntılı- formal
Uzunluk-süre	Kısa –sık	Kısa-Sık	Uzun sık değil
Zamanlama	Geriye dönük	Geriye dönük	İleri Dönük
Olasılık (geri ödeme ile maliyet bağlantılı)	Yüksek,maliyetler ve aracı bağlantılı	Orta	Düşük, sabit fiyatlar
Düzenleme			
Sözleşmeye Özgü	Düşük informal düzenleme	Düşük	Yüksek, spesifikasyonlar bakımından uygunluk için gözlem
Arz Yanlı Regulasyon (temin eden)	Düşük (kendi kendini düzenleme)	Düşük	Yüksek Düzenli Denetleme
Toplumsal Çevre			
Toplumsal gelenekler ile güdülemenin aynı çizgide olması	Yüksek	Yüksek	Düşük

Kaynak: Julian Forder, Ray Rabinson and Brian Hardy, “ *Purchasing to Improve Health Systems Performance*”,**Teories of Purchasing**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open Universty Pres, London, 2005, s.88

3.6.Sağlık Hizmetleri Fiyatlarını Etkileyen Unsurlar

Sağlık hizmetlerinin fiyatlarını etkileyen en önemli faktörler aşağıda sayılmıştır.

3.6.1.Sağlık Sisteminde İşlemlerin Boyutu

Yeni kurumsal ekonominin ana birleşenlerinden biri işlemler konusudur. Bunlar, ölçüm, pazarlık ve gözlem maliyetleri; işten kaçma ve işten kaçmadan kaynaklanan maliyetler; sözleşmenin tamlığı; işlemlerin yerine getirilmesinde sıklık, süre ve saygı; karmaşıklık ve belirsizlik; rekabet ve muhalefet edilebilirlik; toplumsal faktörlerdir.

Nüfusun sağlık ihtiyaçları ile bilginin asimetrik dağılımı işlemlerin karmaşıklığını etkiler. Örneğin doktorların sağlık bakımı konusunda hastalardan daha çok şey bilmesi ya da hastanelerin sigorta fonlarından daha çok şey bilmesi gibi. Benzer biçimde, yarışmacı rekabet modelleri, piyasa giriş ve çıkışındaki engellerin artması ile ve hizmetin uzmanlaşmasına sebep olarak çıkış maliyetini önemli ölçülerde attırıp diğer piyasalara dönüşümünü engeller. Önemli ölçüde maliyet olmaksızın başka kullanımlara uyarlanamayan yalnızca bir tek amacı olan tıbbi teknoloji örnek verilebilir.

3.6.2.Ölçüm, Pazarlık ve Gözlem Maliyetleri

İşlemler, genellikle ölçüm, pazarlık ve gözlem maliyetlerine yol açar. İşlemlerin uygun akış yolunu belirlemek için bir işlemin tarafları, geçerli özelliklere dayanan bilgiye ihtiyaç duyar. Bundan dolayı da işlem maliyetleri ortaya çıkar. Bu koşullarda bilginin her iki tarafça ayrı ayrı elde edilmeye başlanması maliyetleri ikiye katlar. Sonuçta iki tarafın da (müvekkil ve acenta), bilgilenmiş bir konumda görüşmek için, bilgi toplaması gerekir. Pazarlık maliyetleri sözleşmenin şartlarını görüşürken ortaya çıkar. Sözleşme için görüşmelerde, özellikle karmaşık ve/veya geniş bir alanı kapsayan sözleşmelerde satın almacılar ve tedarikçiler yükselen maliyetlere razı olurlar.¹¹⁸ İşlemlerin iki tarafının da işlemin kârlarının nasıl dağıtılacağını belirlemede anlamlı bir katkısı varsa bu pazarlık epeyce uzayabilir ve maliyetli olabilir.

Gözlem maliyetleri hem ex ante (önceden) hem de ex post (sonradan) olarak ortaya çıkar. Gözlem maliyetleri önceden var olan ve bir işleme ait, geçerli özellikleri belirlerken meydana gelir. Böyle ex ante (önceden) bilgiler işlemin süreci ve sonucuyla ilgili özellikler,

¹¹⁸ Roger England, Contracting and Performance Management In The Health Sector, a.g.e., s.15,

örneğin tedarikçilerin çabaları veya hizmetin kalitesi sonuçta birbirine ters düşülebilir. Ex ante bilgi olmadan belirlenen sözleşmeler, genellikle tarafların böyle bir enformasyonu gönüllü olarak beyan etmesine yol açamaz. Bu bilgi işlemlerin pürüzsüz ve etkili işleyişi için gereklidir. Bu da bu enformasyonun en az bir bölümünü toplamayı, böylece de gözlem maliyetleri ortaya çıkarmayı anlamlı kılar. Ex ante ve ex post maliyetler arasında sık sık ters bir ilişki vardır. Örneğin bir alıcı daha tam sözleşmeler geliştirmek için zaman ve para yatırırsa gözlem maliyetleri muhtemelen düşecektir.¹¹⁹

Hiyerarşiler ve ağların bir yönetim sistemi olarak pazarlar üzerindeki başlıca üstünlüğü, düşük ölçüm ve pazarlık maliyetleri sağlamasıdır. Yetki taraflardan birine gönüllü olarak verildiği için pazarlığın uzama olasılığı yoktur. Çünkü bilgi, işlemin her iki tarafı içinde merkez tarafından hazırlanan standartlar ile sınırlı bulunmaktadır. Asimetrik enformasyon söz konusu değildir.

3.6.3.Rant Yaratma, Zayıf Teşvik ve Koordinasyon Sorunları

Rantın ortaya çıkması, yatırımcıların, ortak işlemlerin toplam kârından daha büyük bir pay kazanmaya çalıştığında ve böyle yaparak yaratılan toplam karı aktüel olarak düşürdüğünde ortaya çıkar. Çeşitli şekillerde olabilir. Bu tedarikçilerin, arzı kısıtlamak ve fiyatları yükseltmek için (yani monopol pazarlar) düşük rekabeti kötüye kullanmalarıyla tanımlanır. Bir başka form, asılların (hükümet, sağlık bakanlığı) sözleşmeleri tekrar müzakere ederek acentelerle yani vekillerle yaptıkları temel yatırımlardan sonra yeni bir şekle ulaştırılmasıdır. Böylece asıllar yani hükümet, maliyetlere iştirak etmeksizin yatırımın faydalarından istifade eder. Sağlık hizmetlerini sağlayacak iktisadi birimlerin umulanın altında yatırım yapmaları durumunda her iki taraf için gelecek gelirlerin azalması bir tehlike ifade eder.¹²⁰ Örneğin, bir satın alma organizasyonu, ilk acil servis tıbbi hizmetleri sağlamak için bir hastaneyle sözleşme yapabilir. İdeali ise, yetkili ve bu işten anlayan özel bir kurumun kurulmasıdır. Bununla birlikte satın almacının rant peşinde koşması ihtimali üzerine hastaneler daha az ihtisaslaşmış bir birimi diğer amaçlarla birlikte adapte edip sözleşmelerin yeniden müzakeresi üzerine bir limit getirebilirler. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki karmaşıklıktan kaynaklanan risk uygunsuz biçimde dağıtılsa asıllar ve vekiller kendilerini

¹¹⁹ Julian Forder, Ray Rabinson ve Brian Hardy, “*Purchasing Health Systems Performance: Drowning the Lesson*”, **Teories of Purchasing**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open Universty Pres, 2005, s. 89

¹²⁰ Julian Forder, Ray Rabinson ve Brian Hardy, *Teories of Purchasing*, (Milgrom&Roberts, 1990), a.g.e., 2005, s.90

korumak için davranışlarını değiştirebilirler. Bu değişiklik genellikle işlemlerin toplam kârında bir azalmaya yol açabilir.

Zayıf üretim teşvikleri, eşgüdüm sorunlarına yol açabilir özellikle maliyetleri azaltmak için düşük teşvikler ve aynı zamanda da talepteki değişmelere tepki verir olma (yani gevşeklik) ayrı bir sorundur. Örneğin vekiller (sağlık hizmetini veren kurumdaki müdürler yönetim kurulu) maaşa bağlandıysa, maliyetleri kesintiye uğratan çabaları ödüllendirilmez. Onlar da bunun yerine daha az stresli, daha boş vakit bırakan etkinlikleri seçebilirler. Benzer biçimde satın almanın ihtiyaçlarına tepki olarak arzı değiştirmek, tedarikçiler için genellikle az kâr sağlar. Oysa onlar muhtemelen ek maliyetlerle karşılaşacaklardır. Örneğin bir hastanın vekili olarak bir doktor, hasta için bütün olası teşhis ve/veya tedavi seçeneklerini araştırmayabilir. Bu durumda israf ya da verimsizlik gibi istenilmeyen durumlar ortaya çıkar.¹²¹

3.6.4.Motivasyon Başarısızlıkları ve Kaytarma Sorunları

Motivasyon başarısızlıkları genellikle asılın üretim süreçleri ve maliyet üzerindeki zayıf bilgisinden doğar. Bu durumda onlar tek tek vekillerin katkısını ya da çabasını değerlendirmekte güçlük çekebilir.¹²² O zaman vekiller (hastane ve personeli) kaytarabilir, yani dış koşullardan kaynaklanan çıktıdaki genel dalgalanmalarla birlikte değişik bir davranış sergilerler. Koordinasyon sorunu, asılın verimliliği arttırması için, yaptığı kanunların yeterli bir içeriğe ve anlaşılabilirliğe sahip olmasına bağlıdır. Motivasyon sorunu, asılların kendi talimatlarına uyulup uyulmadığını belirleyememesine dayanır.

Kaliteden ödün verme aynı zamanda bir problemdir. Hizmet kalitesini istenilenin altında sunmaya çalışan vekiller asılların yetersiz kalite göstergelerine sahip olması dolayısı ile kalite problemini ortaya çıkartırlar. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek özellikle çıktılar bakımından zordur, dolayısıyla bunu sözleşmeye yazmak da zordur. Satın almacılar sağlanan hizmetin kalitesinin iyi olup olmadığını bilemeyebilirler. Bu özellikle, satın alınan hizmetin kullanılmasında önce olduğu durumlarda ortaya çıkabilir. Benzer biçimde hizmetlerin (kullanıcının ihtiyaçlarının tipinden etkilenen) maliyet özellikleri, tedarikçi tarafından çok

¹²¹ Julian Forder, Ray Rabinson ve Brian Hardy, Teories of Purchasing (Leibenstein, 1966, 1980), a.g.m., 2005, s.90

¹²² Julian Forder, Ray Rabinson ve Brian Hardy, Teories of Purchasing, (Holmstrom, 1982) a.g.m., 2005, s.91

daha kesin olarak bilinir. Geri ödemelerin maliyet özelliğinden etkilendiği yerde sağlayıcılar bu maliyetleri yükseltmek için (buna "yüksek kodlama" denir) teşviklere sahip olacaklardır.

Motivasyon başarısızlıklarının diğer şekli de, tedarikçilerin potansiyel olarak yüksek maliyetli hastaların tehdidinden kaçınmaları ve bütün maliyet tiplerinin ortalamasına dayalı sabit gelire göre maliyetleri düşürmeğe çalışmalarıdır.

3.6.5. Rekabet

Rekabetin derecesi işlem maliyetlerinde önemli bir etkidir. İlkın, pazarlıkla ilgili işlem maliyetleri, rekabet düzeyine bağlıdır. Yalnızca bir tek tedarikçi varsa görüşme uzayabilir ama bir tedarikçinin, pazarlıkçının ve pazarlığın daha eklenmesi alıcının tedarikçilerin birini ötekine karşı kullanması tehdidiyle kısa kesilebilir. İkincisi, yüksek düzeyde rekabet, rant yaratma davranışını büyük oranda engeller. Çünkü rekabet, tedarikçileri yaşamak için etkili davranmaya zorlar. Gerçek rekabet yokken de, potansiyel rekabet ya da rekabet gücü tekel sorunlarıyla ilgili olabilir. Üçüncüsü, rekabet aynı zamanda birtakım problemlerin ortaya çıkartılmasına olanak verebilir. Rekabetçi bir sistem asılların, vekil / tedarikçi davranışlarını gözlemleyip mukayese etmesine imkân vererek rakiplerin fiyat kırma politikası ile ortaya çıkan kalitesizlik sorunlarının dile getirilmesine yardımcı olur. Dördüncüsü sağlık sistemi içinde rekabet olduğu zaman ölçüm maliyetlerinde azalmaya geçilmesi için piyasa fiyatları en iyi mekanizmalardır.¹²³

Tedarikçi taraflı doğal monopollerin hizmetlerinin, kalite uygunluğu ile dağılımı fiyat kısıtlama kapasiteleri (monopson güçleri) pazarlıktaki güçlerini artırır.

Rekabetçi Satın Alma: Avrupa sağlık sisteminde satın almacı rekabetin genelde yokluğuna rağmen bazı rekabetçi özelliklere rastlamak mümkündür. Almanya, Hollanda ve Rusya gibi ülkelerde piyasa tipi mekanizmaların sağlık hizmetleri konusunda ortaya çıktığı söylenebilir. Sonuçta Avrupa sağlık satın alma organizasyonları önemli derecede karmaşık farklı yapılara sahiptir.¹²⁴

Rekabetçi Olmayan Satın Almalar: Hemen hemen bütün makro düzeydeki satın almacılar tekel özelliği gösterir. Daha düşük seviyedeki organizasyonlar üzerinde kuvvetli bir

¹²³ Julian Forder, Ray Rabinson and Brian Hardy, Teories of Purchasing, a.g.m., 2005, s.93

¹²⁴ Julian Forder, Ray Rabinson and Brian Hardy, Teories of Purchasing, a.g.m., 2005, s.94-95

kontrole sahip satın almadan sorumlu merkezi hükümet birimleri tipik örnek olarak gösterilebilir. Rekabetçi olmayan satın almacı sistemin ülke çapındaki örnek formu Litvanya

olmaktadır. Bu ülkede 10 bölgeye ayrılmış tek bir milli sağlık fonu geçerlidir. Tüketicilerin başka seçimi yoktur ve özel sigortacılar ise devlet sağlık fonunun kapsamadığı alanlardaki sağlık hizmetlerini rekabet yapmaksızın sağlama imkânına sahiptirler.

Tablo 6. Rekabet ve Piyasalardaki Rolü

	Yüksek Contestability	OrtaContestanbility	Düşük Contestability
Yüksek Ölçülebilirlik	Tip I - Tüketilebilir Üretim - Perakende satış - İlaçlar ve Ekipmanlar-Diğer Tüketilebilirler -Uzmanlaşmamış emek	Tip II -Ekipmanların Üretimi -Toptan satış - İlaçlar ve Ekipmanlar -Diğer Tüketilebilirler -Küçük sermaye stoku	Tip III - Üretim - Farmösetikler -İleri teknoloji - Büyük Sermaye Stoku
Orta Ölçülebilirlik	Tip IV -Klinik Olmayan Actviteler - Yönetim Destekleri - Çamaşırhane ve Yemek - Rutin Diyagnostik	Tip V - Temel destek - Uzmanlaşmış emek - Klinik Yenilikler -Yüksek diyagnostik teknik okulları	Tip VI - Araştırma - Bilgi - Daha Yüksek eğitim - Yüksek uzmanlaşmış emek
Düşük ölçülebilirlik	Tip VII -Ambulans bakımı - Medikal - Hemşirelik -Diş Hekimliği	Tip VIII -Kamu Sağlık işbirliği -Sektörler arası hareket -Yataklı tedavi	Tip IX -Politika Yapılması -Denetim Değerlendirme

Kaynak: Peter C. Smith, Alexander S. Preker, Donald W. Ligth and Sabine Richard, “ *Purchasing to Improve Health Services*”, **Role of Markets and Competition**, Euroean Observatory on Health Systems and Policies Series, Open Universty Pres, London, 2005, s. 109

3.6.6.Eşgüdüm (Koordinasyon) ve Güdüleme

Modern sağlık sistemleri üst düzeyde örgütsel uzmanlaşmaya sahiptir. Ayrı satın alma örgütlerinin gelişmesi bunlardan biridir. İşlevlerin bu bölümlenmesi eşgüdüm ve güdüleme sorunlarını ortaya çıkarır. Etkili eşgüdüm, örgütün hangi ödevleri üstlenmesi gerektiği, bunların nasıl yerine getirileceği, kimin neyi yapacağı konusunda karar vermeyi gerektirir. Örneğin, ne tür bir sağlık hizmeti sağlanacak; onlar nasıl üretilecek, kullanıcılara nasıl ulaştırılacak, görevlendirme ve sağlama kimin tarafından yapılacaktır.

Etkili bir güdüleme sistemi, bireyler ile örgütlerin etkili bir biçimde davranmasını sağlama bağlamak için uygun güdüleri gerektirir. Onlar satın alan ile sağlayıcı arasındaki sözleşmelerde oluşturulabilir. Ödeme sistemleri aracılığıyla yerine getirilebilirler; yön verici işlev gören yönetim aracılığı ile işletilebilirler.¹²⁵

3.6.7.Yaygın Olarak Tedarikçi ve Satın Almacının Fonksiyonları

Sağlık hizmetlerinde finansal kaynakların dağılımı, tedarikçilerin ve satın almalarının sorumluluklarını açıklamak, satın almalarının ve tüketicilerin sorumluluklarının veya isteklerinin ne olduğuna sağlık hizmetini dikkate alarak odaklanmak, sağlık hizmetinin arz ve talebini dönemsel olarak ayarlamak (doğru teşhis koymak) ve sağlık hizmetleri temininin arz ve talep dengesini tekrar tartışmak olarak sıralanabilir.¹²⁶

Hastanelerin tıbbi (medikal) fonksiyonların artması ile sadece birkaç tıbbi fonksiyonu yerine getirirken farklı yanıtlar da verebilirler. Üçüncü basamak hastaneleri veya bölgesel hastaneler piyasada güçlü durumunda olacaklardır. Satın almaları bunu kolayca görmezden gelemeyiz. İlave olarak hastane tedarikçilerin, satın alma organizasyonlarının yanında öğrencilere eğitim fonksiyonları ve öğrenciler için uygulama yapılan eğitim hastaneleri fonksiyonları da vardır. Satın alma tedarikçilerin özellikleri ve sorumluluklarının üzerinde bir yer gerektirir. Tedarikçilerin kararları sınırlandırılabilir veya dış zorlamalar olabilir. Satın almaları ve tedarikçiler arasındaki ilişkiler daha büyük yönetsel sorumluluklar ile sınırlandırılarak, ülkelerin sağlık sistemleri ile bütünleşmiştir. Hizmetlerin dağılımında performans hedefleri üzerine anlaşılır.

¹²⁵ Julian Forder, Ray Rabinson and Brian Hardy, *Theories of Purchasing*, a.g.m., 2005, s.84

¹²⁶ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Schneider and John Qvretveit, *"Purchasing to Improve Health Systems Performance"*, **Purchasers, Providers and Contracts**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2005, s.187

Tedarikçiler ve satın alma acentaları arasındaki ilişkiler yönetsel sorumluluk iken, tedarikçiler ile kamu arasındaki ilişkiler kamu sorumluluğunu içerir.

Tedarikçilerin performansının bağımsız olarak ölçülmesi için gelişmeler vurgulanmaktadır. İngiltere’de, tedarikçilerin performans ölçümü için CHS (Commission on Health Improvement) oluşturulmuştur. Bu komisyon ilk olarak NHS performans reytinglerini yayımlar. Performans ölçümünde denenmiş indikatörleri güncelleştirir. Çünkü pek çok kavramsal metodolojik sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu problemlerin başlıcaları sağlık hizmetlerinin heterojenitesi ve farklılıkları ile hastalıkların tedavileri arasındaki farklılıklardır. Örneğin hastanede sadece ölüm oranlarının kullanımı yanlış yola sevk eder. Performans ölçümünde performans indikatörlerinin çeşitli kombinasyonu çoklu boyutlarda yaklaşımı temel almıştır. Diğer bir problem verilerin doğruluğudur. Hastanede bekleme zamanlarının düzeyi ölçülebilir. Bekleme listelerinin çeşitliliği, hastanelerin kendi yönetim prosedürlerinin takip eğilimi, bekleme zamanlarının nasıl ölçüleceği üzerindeki yanlışlıklar diğer sorunlardır. Bir diğer problem ise, tedarikçilerin hasta risklerinden kaçınmaya çalışmalarıdır.¹²⁷

3.7.Satın Almada Sözleşmeler

Satın almada sözleşme öncesi bilgilendirme için mutlaka, nüfusun sağlık statüleri, ihtiyaçları ve öncelikleri, sağlık hizmetlerinin istenen sonucu verebilme özelliği, çeşitli maliyet etkinlik yolları, tüketici görüşleri ve öncelikleri konuları mutlaka gözden geçirilmelidir.¹²⁸

Satın almada en önemli fonksiyon risk paylaşımıdır. Sözleşmeler sisteminin kurulması için, satın alma organizasyonlarının kapasitesinin ölçülmesi öncelikli ihtiyaçtır ve bilişim sisteminin, deneme programlarının tahsis amaçıyla araştırmalar gerektirir. Politika yapıcılar yeni sistemlerin maliyetlerini araştırmaya ihtiyaç duyarlar ve işletimin yönetsel maliyetlerinde etkinlik kazanımları beklenir.¹²⁹ Satın almanın olduğu yerde, sağlık hizmetlerinin gördürülmesinin bir tarafa teslimi için sözleşmeler gereklidir. Sözleşmeler sayesinde, sağlık hizmetlerinin çıktılarının finansal ayrımı, sonuçların ve çıktıların ölçülebilirliği böylece verimlilik ve etkinliğin geliştirilmesi sağlanır. İki taraf arasında görev

¹²⁷ Hans Maarse, Thomas A. Rathwell, Tamas Evetovits, Alexander S. Preker ve Elke Jakubowski, “*Purchasing to Improve Health Systems Performance*”, **Responding to Purchasing**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Purchasing to Improve Health Systems Performance, 2005, s.277

¹²⁸ Roger England, Contracting and Performance Management In The Health Sector, a.g.e., 2000, s.9

¹²⁹ Josep Figueres, Ray Robinson ve Elke Jakubowski, “*Purchasing to Improve Health Systems Performance*”, **Purchasing to Improve Health Systems Performance**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2005, s. 68

ve sorumluluk paylaşımı ve tedarikçi hizmetlerinin yönetimi düzenlenir. Satın almacılar için politikaların yerleşmesinde sözleşmeler güçlü bir mekanizma olarak kullanılır.¹³⁰

Sözleşme yapmak açık bir mekanizmadır. Bu mekanizma aracılığıyla satın almacı sağlayıcıyı etkileyebilir. Bu oldukça yeni bir etkinliktir ancak 1990'larda gelişmeğe başlamıştır. Üstelik gelişimi düzenli ve her yerde aynı değildir. Bazı ülkelerde önemli ölçüde gelişme varken (Çek cumhuriyeti, Danimarka, İspanya, İngiltere) ötekilerde daha sınırlı uygulamalar vardır. (İtalya, Almanya, Litvanya) Tedarikçilere ödeme yapma yöntemleri geleneksel olarak hem Batı hem de Doğu Avrupa da çok sayıda olumsuz teşviği somutlaştırmıştır. Bu sorunlara değinmeyi amaçlayan reformlar birincil bakımda (birinci basamak sağlık hizmetlerinde) kişi başına ödemeler, ikincil bakım (ikinci basamak sağlık hizmetleri) faaliyetlere dayalı ödemelerle (genellikle DRG'lere dayalı olarak) birlikte global bütçeler üzerinde durmuştur. Son olarak, sağlayıcı organizasyonları, bağımsız ya da ortak organizasyonların baskın olarak ortaya çıktığı formlardır.¹³¹

Satın almada sözleşmeler koordinasyon faaliyetleri için merkezi mekanizmalardır. Sözleşmeler, satın almanın en çok görülen uygulama kısmıdır. Satın almacılarla tedarikçiler arasındaki ilişkiyi tanımlayan anahtar role sahiptirler. Sözleşmeler satın almacıların sağlık hedefleri ve nüfusun sağlık ihtiyaçlarını yansıtmak ve hangi tür sağlık hizmetlerinin hangi şartlar altında gerekli olduğunu açıklamak için kullanılırlar. Ayrıca satın almacıya ve tedarikçiye, planlanmayan olaylar karşısındaki risk paylaşımında gerekli ayarlamaları yapabilme imkanı verir.

Bir sözleşme aşağıda teklif edilen özellikleri göstermesi halinde daha başarılı sonuçlar verebilir. Bunlar; temin edilecek hizmetlerin düzeyi ve doğası, teslim edici servislerin yeri, kullanım kolaylıkları, özel hizmetler için ulaşım kolaylıkları, hastalara verilecek izleme araçları hizmetlere kavuşma hızı (bekleme süresi), kalitenin ölçülmesi ve standartlar, sözleşmeyi izleme araçları bilgi ve oluşum ölçümü, ödenecek fiyatın tespiti ödeme ve faturalama metodları, sözleşmenin süresi, sözleşme şartlarının değişim toleransı, anlaşmazlıkları çözmek için gerekli prosedürlerdir. Bu özelliklerden başka sık sık rastlanan

¹³⁰ Roger England, Contracting and Performance Management in The Health Sector, a.g.e.,2004, s. 16

¹³¹ A. Duran,I. Sheiman, M. Schneider ve J. Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts, a.g.m., 2005, s.188

bazı şartlarda, terminasyon (bitirme) kriteri her iki tarafında sorumlulukları, tali müteahhitlik ve ortak çözümlerde yeni sorumluluk ve koşulların belirlenmesidir.¹³²

Şekil 4. Satınalamada Taraflar

<u>Satınlamacı</u> (SÖZLEŞME)	<u>Tedarikçi</u>	<u>Tüketici</u>
Merkezi İdare	Hastaneler	Hizmetten faydalanan
(Sağlık Bakanlığı)	Sağlık Merkezleri	
Yerel İdare	Poliklinikler	
(İl Özel İdaresi, Belediyeler)		
Sağlık Sigorta Fonları		

3.7.1.İşlemler ve Sözleşmeler

Sözleşmeler bireyler ile organizasyonlar arasındaki anlaşmaların koordine edildiği mekanizmalardır. Sözleşmeler, informel, sözlü, uygulamaya koyulamayan, hatta üçüncü kişi tarafından doğrulanamayan sözleşmeler olabilir. Bununla birlikte sözleşmeler her kişinin eylemlerini belirler, koşullar ve olasılıklar alanı bakımından ödüllendirir. Sözleşme yapma sürekli bir süreçtir, yeni olasılıklar doğdukça yeni anlaşmalara ulaşılır.

3.7.2.Sözleşmenin Tamlığı

İşlemin ya da muamelenin taraflarının başlangıçtaki yatırım maliyetini paylaşmasında rant yaratmadan söz edilebilir. Tedarikçinin çabalarına göre sözleşmedeki ödeme maddeleri hizmette kalitesizliği önleyebilir. Benzer biçimde, zayıf teşvikler spesifik davranışları ödüllendiren, uygunsuz olanları cezalandıran bir sözleşmeyle aşılabılır. Yalnızca bu sözleşme maddelerini belirlemek gerekir. Bununla birlikte, bir sözleşmenin kapsamına giren koşullar genişledikçe maliyet artar.¹³³

¹³² World Health Organization, Regional Office For The Western Pacific, Contracting For Health Services New Zealand, a.g.e., 2004, s.47

¹³³ Julian Forder, Ray Rabinson ve Brian Hardy ,Teories of Purchasing, a.g.m., 2005, s.92

Bir sağlık hizmeti s3zleşmesinin süresi içinde bulunulan piyasanın yapısına ve geniş ölçüde hizmetin tipine bağlı kalmaktadır. Satın almacılar hizmetleri yarışabilir olmadığı ve bir tedarikçinin makul bir fiyattan yüksek hizmet kalitesini satın almaya çalıştığı durumlarda daha uzun sözleşme sürelerini tercih ederler. Sağlık koruma hizmetlerinde bu uygulamaya daha sık rastlanmaktadır. Satın almacıların yıllık fonlama anlaşmaları (bakanlıkla) uygulamada sözleşmelerin sürelerini dikte eder. Rekabet hukukuna göre uzun süreli sözleşmeler bir dereceye kadar kısıtlanabilir. 1. basamak sağlık hizmetlerinde sözleşmelerin süreleri ile sağlık hizmetinin tipine bağlı olarak değişen faktörler satın almacı ve tedarikçinin tercihlerine göre değişir.¹³⁴

3.7.3.Sözleşmede Karmaşıklık ve Belirsizlik

Sözleşmelerin karmaşıklığı arttıkça işlem maliyeti de artma eğilimindedir. Sözleşme daha tam hale geldiğinde de maliyet düşme eğilimindedir. Karmaşıklık arttıkça bozucu etki tehlikesi artar. Bu etkinin biçimi büyük oranda kullanılan yönetim yapısının tipine bağlıdır. Piyasalarda aşırı kâr elde etmek için uğraşan, sadece ihaleye girmek için faaliyet gösteren firmalar vardır ve bunlar fiyatı kırmak sureti ile sözleşmelerin bir tarafı olabilirler ama verdikleri hizmetin kalitesi düşer. Taraflar kâr talep etmediğinde, örneğin hiyerarşilerde düşük güçlü teşviklerle yüzleşirler. Örneğin maaşla yürütölen sağlık hizmetinde, hizmeti yürüten firmanın hiyerarşı içinde yer alması hizmetin yerine getirilmesi sırasında gecikmelere yol açar.¹³⁵

Bu değişik davranışların sonuçlar üzerindeki olumsuz etkisini önceden yargılamak zordur. İşlem maliyetleri hiyerarşilerde daha düşük olabilir. Dolayısıyla çözüm için sözleşmeleri uyarlamak daha az maliyetlidir. Örneğin doktor, hastanın hiyerarşik üstü olarak hasta için değişik bir tedavi yolu önerebilir. Piyasalarda, sözleşmenin yeniden görüşölmesinin yeni zemini taraflar arasında ikiye katlanan ölçümü, pazarlığı vb. maliyetleri içerecektir.

Yine de, sözleşmenin tam olmaması hiyerarşilerde sorun yaratacaktır. Özellikle de yöneticiler (ikincil konumdakiler tarafında devredilen denetimle) sözleşmeyi belirleyen insanlar olduğu için ve işlemler karmaşık olduğundan oldukça yüksek sözleşme maliyetiyle karşılaşırılar. Hiyerarşik bakımdan üstün olanlar (örneğin müdürler) nispeten yalın sözleşme biçimlerini benimseyecektirler. Bu, genellikle maaş ödemesi biçimindedir. Alternatif olarak

¹³⁴ World Health Organization, Regional Office For The Western Pacific, Contracting For Health Services New Zealand, a.g.e., 2004, s.51

¹³⁵ Julian Forder, Ray Rabinson ve Brian Hardy, Teories of Purchasing, a.g.m., 2005, s.92

onlar yalnızca gevşekliği temsil eden basit talimatlar yayınlayabilirler. Gevşeme sorunu kamu sektörü hiyerarşilerinde özellikle önemlidir. Burada yöneticilerin çalışanları motive etmek için yaratılacak çabalardan bir yarar sağlaması olasılığı yoktur. Bu sorun, ulusal sağlık hizmetleri gibi büyük, kamusal bürokratik hiyerarşilere karşı eleştirinin temelidir. Burada zemindeki memur kendi meslek saygısından ya da organizasyonun etkili işlemesine katkıda bulunma fedakarlığından başka çok az teşviğe sahiptir. Karar alma merkezileştirilmiştir. Bu da hareketsizlikten zarar görebilir. Karar alma, sunulanla yetinmeğe ve yerel ihtiyaçlara kulak asmamaya eğilimlidir.

Yönetim bakış açısından hiyerarşiler riskleri ele almada biraz daha iyi olabilirler. Onlar büyük ve daha az parçalı olma eğilimindedir (iç aktarma ile riski yayma ve havuzlamayı olanaklı kılar). Piyasalardaki ve ağlardaki tedarikçiler, karmaşık ve maliyetli "olası" sözleşmeleri kullanmadan, satın almacılarla riski daha az paylaşabilecektir. Hiyerarşiler aynı zamanda maaş ödemeleri kullanma eğilimindedirler. Böylece daha az dalgalanmaya uğrar, riske en duyarlı olan çalışanları da korur. Tersine, varlık sahibi olmalarından ötürü taraflar kârdan hak talep ediciler olduğunda dalgalanmalar absorbe edilmez.¹³⁶

3.7.4.1.Sözleşme Tipleri

Bir sözleşmenin temel gövdesi içindeki tüm bilgiler iki bölümde incelenebilir. Temel sözleşme ve verilecek hizmetlerin programı, temel sözleşme tedarikçiler arasında genel olarak kabul edilen, ödeme süreçleri, anlaşmazlık çözüm yöntemleri, tali müteahhitlik düzenlemeleri ve bazen de fikri mülkiyet hakları gibi koşulları içerir. Detaylar ise, ikinci kısımda satın alma birimleri, satın alma hacmi, fiyat, kalite ve enformasyon talepleri şeklinde sıralanır. Bu iki yönlü format sözleşmelerin büyük çoğunluğunda görülmektedir. Ayrıca özel talepler kişisel tedarikçiler ile müzakere edilerek çözülebilir. Sözleşmelerde kullanılan dil akıcı ve anlaşılır olmalıdır.¹³⁷

Bir sözleşmenin içeriği farklı şekillerde olabilir. En sık rastlanan maddeler; hizmetin hacmi ve tipi, süresi, fiyat, faturalandırma, ilave sözleşme maddeleri, seçmeli maddeler, organizasyon talepleri, insan kaynakları ve imkanları düzeyi, denetleme, ödeme seviyeleri,

¹³⁶ Julian Forder, Ray Rabinson ve Brian Hardy, Teories of Purchasing, a.g.m., 2005, s.92

¹³⁷ Worl Health Organization Regional Office For The Western Pacific, Contracting For Health Services New Zealand, 2004,a.g.e.,s.46

güvenli bilgi, kısıtlamalar ve ödüllerdir. Kalite standartları kesindir, genellikle bekleme zamanları, sonuç ve denetleme süreçleri ile ilgili hedefler vardır.¹³⁸

İki tip sözleşme vardır. Birincisi piyasaya giriş sözleşmeleri, ikincisi de üretim sözleşmeleridir (hizmet sözleşmeleri, icraat sözleşmeleri, girdiler gibi)

Kabaca, sert sözleşmelerde taraflar şikayet olmasa bile yasal mekanizmaya sahip olmak zorundadırlar aksine yumuşak sözleşmelerde daha az somut maddeler olabilir ve bunlar orijinal sözleşme şartlarından sapmalar olduğunda kanun dışı farklı yollardan da ayarlama süreçlerine izin verirler.

3.7.4.1.Piyasaya Giriş Sözleşmeleri (Market Entry Contract)

Piyasaya giriş sözleşmeleri bütün Avrupa ülkelerinde hastaneler veya doktorlar için, akreditasyon prosedürleri ve lisanslar olarak kurulmuştur. Akreditasyon programları, hastanın teşhisi ile yapılan tetkikler arasında tutarlılık, tedavi planları, ilaç kullanımı, beslenme şekli, tedavi sürecine etkisi olan hasta ve ailesinin eğitimi, hasta hakları gibi pek çok konuyu kapsamaktadır.¹³⁹

Sözleşmelerde sağlık hizmeti verecek birimin özelliklerinin belirlenmesi gereklidir. Hastane hizmetlerinde satın alma birimi blok sözleşmeler ile belirlenen maddeler halinde tarif edilebilir. Teşhis ile ilgili şartlar ya da karma durumlarda bazı diğer ölçüler veya yatılan gün sayısı veya alınan hizmetin hacmine dayalı tespit yolları da özel olarak kullanılabilir. Teşhis hizmetleri, tedavi klinik destek hizmetleri, konaklama hizmetleri bir sözleşmenin ayrı ayrı kısımlarını oluşturabilir. Hizmetlerin potansiyel olarak bu şekilde ayrılabilmesi nisbi fiyat etkinliğini sağlar. Böylece hangi servislerin geçici olduğu daha açık fiyat belirlenmesi sureti ile yol gösterir.¹⁴⁰

Net sağlık hizmetleri organizasyonlarının yüksek kalitede güvenliği kabul edilebilir bir standart garantisi sağlamak için tesis edilmiştir. Birinci problem piyasaya giriş sözleşmelerinin süreç sözleşmeleri ile gerekli koordinasyona sahip olmamasıdır.

¹³⁸ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner and John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts, 2005, s.188

¹³⁹ Ali Rıza Demirbaş, İ.Ercan Bal, Serkan Barsbay, **Sağlık Bakanlığı Diyolog**, Sağlık Bakanlığı Yayın Organı,Eylül 2005, Sayı:15, s. 19

¹⁴⁰ Worl Health Organization Regional Office For The Western Pacific, Contracting For Health Services New Zealand, 2004, a.g.e., s.49

Piyasaya giriş sözleşmeleri, uzun dönemli sözleşmelerdir ve ön şartlı üretim sözleşmeleridir. Hizmetlerin ödenmesine bağlı değildirler. Ancak sağlık hizmetleri ağında yer alabilmek için yerine getirilmesi gereken şartları tanımlarlar. Lisanslı tedarikçiler bir kamu satın almacısı tarafından sözleşmeye çağrılır. Ancak devlet aşırı kapasite nedeni ile onları sözleşmeden mahrum bırakabilir.

Seçici sözleşmeler ise, seçkin bir tedarikçi grubuna piyasaya girişi ve sözleşme sürecini kombine eden seçici sözleşmeler arz yapısını reorganize eden araçlar şeklinde veya sağlık ihtiyaçları ile politik hedefleri birbirine adapte edici şekilde olurlar.

Uzun dönemli sözleşmelerin üzerinde yapılan tartışmalar daha etkin yatırımları temin etmenin faydalarını daraltır. Getirilerin açıkça sözleşme dönemi ile ilgili olma ön şartı vardır. Bu ön şart eğer sözleşme süresi çok kısaysa zaman şartı ile çatışır.¹⁴¹

3.7.4.2.Üretim Sözleşmeleri

Üretim sözleşmeleri üç ayrı tipe ayrılır. Bunlar, girdi sözleşmeleri, icraat sözleşmeleri ve hizmet sözleşmeleridir.

3.7.4.2.1.Girdi Sözleşmeleri

Tipik girdi sözleşmeleri maaş antlaşmalarıdır. Mesela doktorlar ve hemşireler yaptıkları hizmete harcadıkları zamana karşılık maaş alırlar. Bu antlaşmalar genellikle yapılacak işleri tanımlar ve ana sorumlulukları özelliklerine göre değişen derecelerde belirlerler. Diğer bir örnek ise, ambulans servis istasyonlarını kapsayan girdi antlaşmalarıdır. Acil bakımların temini için satın almacılar yıl boyunca günde 24 saat ihtiyaç duyuldukça bu hizmeti satın alırlar.

3.7.4.2.2.İcraat Sözleşmeleri

Girdi sözleşmelerinin aksine, icraat sözleşmeleri sağlık hizmetinin denetim ve değerlendirmesi için göstergeleri birlikte değerlendirir. Satın almacıları daha iyi tedarikçi performansına yönlendirerek anlaşmazlıkları çözücü nitelik kazandırır. İcraatın tanımı

¹⁴¹ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner ve John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts, a.g.m., 2005, s.188

genellikle sağlıktan daha geniş bir kavram olmakta bakım, hizmetin kalitesi ve maliyet kontrolü gibi elemanları da içine almaktadır.¹⁴²

Her bir hedef tipik özel korumaya ihtiyaç gösterir ki bu koruma uygun olmayan tedarikçi davranışlarından doğan tehlikeleri azaltır. Örneğin İngiltere’de 2004 yılında yapılan bir araştırmaya göre 146 icraat indikatörü temeline dayalı ödeme ilişkili ödöl sistemi bulunmaktadır. İcraat göstergelerinin alanı geçerli ödeme sistemlerine göre değişebilmektedir. Mesleki motivasyonlar, maaş ödemeleri özel öncelikli servislere ait hedefleri içeren icraat sözleşmeleri, mesela aşılama oranlarında gebeliğin üç aylık kontrollerinde, yine mesela çocuk ölümlerini azaltmak gibi sağlık hizmetlerinden umulan kazançların arttırılması taleplerini takip eden klinik protokoller eklenebilir.

İlaç ve bakım gerektiren tedavilerde de bazen icraat sözleşmeleri yapılabilir. Hedeflere ulaşabilmek için genellikle ödüllendirme ve ikramiye sistemi kullanılır.

İcraat sözleşmeleri yasal provizyonlara sahiptir. Mesela süre, karşılıklı haklar ve görevler, verilecek ceza ve ödüller, denetim ve raporlama mekanizmaları ile düzenlemelerde bulunulabilir. İlave olarak bir sağlık icraat sözleşmesi hastane ile yapıldığında daha özel şartları içerebilir. Mesela işlemlerin detaylı tanımları, hedeflerin listesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve doyurulması gibi göstergeleri bakımın özel kalite hacmi ile hastaneler tarafından seçilmiş göstergeler olarak planlanır.

3.7.4.2.3.Hizmet Sözleşmesi

Sözleşmelerin düzenlenmesinin merkezinde, hizmet tipi sözleşmeler yer alır. Böylece hizmetlerin açık bir tanımı yapılarak icraat sözleşmeleri hizmet sözleşmeleri ile birlikte ele alınır. Çok bilinen bir sınıflamaya göre üç tip hizmet sözleşmesi bulunur. Blok sözleşmeler (basit veya karmaşık), maliyet ve hacim sözleşmeleri ve vaka başına maliyet sözleşmeleridir.

Blok Sözleşmeler, hizmetlerin blok tanımı için bir bütçe yapılmasına benzer. Bir zaman süresi sonunda blok hizmet olarak genişçe tanımlanan bir yekün üzerinde anlaşma sağlandığında genellikle 1 yılda faaliyet seviyeleri detaylı olarak bildirilmeyebilir (periyodik olarak kabul edilebilen). Ödemeler genellikle tedarikçinin bir önceki yıl maliyetleri referans

¹⁴² Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner ve John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts,a.g.m., 2005, s.190

gösterilerek tayin edilir veya tedarikçinin girdi seviyesi baz alınır. Girdi fonlarının doğruluğunu kanıtlamak için çeşitli normatif oranlar kullanılır. Hasta başına personel sayısı veya yatak kapasitesi gibi. Blok sözleşmelerin bazı avantajları vardır.

1.Bir önceki yıl tecrübelerine dayandığı için taraflara mali akımlar hakkında doğru bilgi verir. Bu sözleşmeler idari ve bilgilendirme maliyetlerinin seviyesini minimize eder.

2.Satın almacıların menfaatine ve hastanın menfaatine zararlı olan bazı uygulamalara angaje olacak uygunsuz kabulleri teşvik etmez. (Blok sözleşmeler bir sözleşme sistemi ilk defa uygulandığında sık başvurulmuş bir sözleşmedir.)

Blok sözleşmelerin en önemli dezavantajları ise, hastaların taleplerine cevap veremeyişidir. Bu tip sözleşmeler aynı zamanda tedarikçiyi de aşırı kapasiteden koruma yoluna gider. Faaliyet seviyeleri ve iş yüklerini arttırıcı teşviklerin bulunmaması nedeni ile kısıtlı girişin olduğu durumlarda tedarikçiyi aşırı kapasiteden koruma eğilimine girer.

Maksimum veya minimum faaliyet eşikleri boyunca blok sözleşmeler, faaliyetlerin gösterge hedeflerini ihtiva etmek için çeşitlendirilir. Faaliyet seviyeleri, giren ve çıkan hasta sayılarına göre veya özel klinik durumlarına göre ayrı ayrı nitelendirilebilir.

Hedeflerin içeriği maksadı hem satın almacılara hem de tedarikçilere istedikleri gibi anlaşma yapmak ve icraatın gözden geçirilmesi için veri sağlamak ve ileriki yıllarda sözleşmelerin daha dikkatli müzakere edilmesine olanak sağlamak için detayları ile tanımlamadır. Ne zamanki satın almacılar, riskleri uygun eşikler koyarak devam ettirmek isterlerse, daha fazla karmaşık sözleşmeler tedarikçilere faaliyet seviyelerini arttırmak ve ilave gelir kazanmak fırsatı teşviki verir.¹⁴³

Maliyet–Hacim Sözleşmeleri, açıkça sayılmış hizmetler için ödemeleri ihtiva etmektedir. Tedavi edilecek hastalar, ayakta tedavi gören hastalar, genellikle yüksek, orta ve düşük maliyet kategorilerinde sınıflandırılabilir. Blok sözleşmelerde satın almacı belirli sayıdaki vakalar için götürü bir ödeme yapmayı kabul eder. Bu eşğin ötesindekiler için ilave ödeme yapılmalıdır. Bu tip sözleşmelerde, ilave ödemeler vaka başına maliyet esasına dayanır

¹⁴³ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner and John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts a.g.m., 2005, s.190-191-192

ve ödenecek vaka sayısına yukarıda bir sınır koyar. Blok sözleşmelere göre işlem maliyetleri daha yüksektir.¹⁴⁴

Blok sözleşmelerin aksine maliyet- hacim sözleşmeleri riski yayar. Satın almacılar ve sözleşmeciler planlanan ve aktüel bakım hacimlerinden sapmaları kabul edecek bir antlaşmayı aynı miktar para için yaparlar. Buna risk koridoru denilebilir. Mesela planlanan faaliyet 100 vaka ve risk koridoru yüzde 10 ise bir hastane 90 veya 110 vakanın getireceği aynı kazancı elde edecektir. Risk koridorunun ötesinde kalacak hacimlerde daha düşük oranlarda zararlar telafi edilir. Böylece satın almacılar ve tedarikçiler bu tip sözleşmeyi seçerek aşırı hazırlanmanın (overprovision) mali riskini paylaşmış olurlar.¹⁴⁵

Bakımın planlanan hacimleri ve müdahalelerin maliyet etkinliğinin tayininde satın almacıların aktif rolünün sağlanması maliyet ve hacim sözleşmelerinin gerçekleşmesi için gereklidir. Maliyet – hacim sözleşmelerinin temel avantajları şunlardır.

Satın almacının tedarikçiden umulanı gerçekleştirmede daha kesin bilgiye sahip olmasına izin verir. Tedarikçiye faaliyetleri arttırmak ve maliyetleri düşürmek için daha yüksek teşvikler verir. Sözleşmenin blok kısmını aşanlar için kabul edilecek ödemeler düzeyi hakkında daha yüksek bir garantiye ulaşılır. Vaka başına maliyet sözleşmelerine olduğundan daha küçük bir aşırı provizyon teşviği söz konusudur. Planlama ve piyasa tipi müzakereler tedarikçi ve satın almacı arasında teşvik edilir.

Maliyet-hacim sözleşmelerinin dezavantajlarına gelince ilk olarak, maliyet hesaplamalarında, blok sözleşmelerden daha detaylı bilgiye ihtiyaç gösterir. Daha yüksek işlem maliyeti sonucu veren özel seviyelerdeki vakalarda bile hacim genellikle daha geniş şartlarla tanımlanır. (mesela ortalama özel uzmanlık isteyen vaka sayısı) Böylece hastaneler nispeten kolay vakaları seçmek ve maliyetleri bu yolla yönlendirerek, satın almacıların harcamalarına karşın gelirlerini maksimize etmek fırsatını sinsice yakalarlar. Özellikle hastaneler risk koridoru sınırına yaklaşmışlarsa hasta girişi sınırlanabilir.¹⁴⁶

Vaka Başına Maliyet Sözleşmelerinde, tedavinin safhalarına göre tek maliyet kavramına yer verilir. Böylece daha kesin çıktı tanımlamaları gereklidir. Burada hangi

¹⁴⁴ Roger England, Contracting and Performance Mangement In The Health Sector,a.g.e., 2000, s. 9

¹⁴⁵ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner and John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts, a.g.m., 2005, s.192

¹⁴⁶ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner ve John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts a.g.m.,2005, s.192

safhalarda hangi maliyetlerin oluşacağı, genellikle teşhis sonucunda uygulanacak hizmetler ve vaka sayısına dayanarak ölçülür. Bu tip sözleşmelerde, satın almacılar sunulan hizmetlere karşılık ödemelere baştan razı olurlar.¹⁴⁷

Temel avantajı, fiyatın sabit olması mümkün olan en az maliyetlerle tedarik etmeyi teşvik etmektir. Satın almacılar için ise sadece kesinleşen hizmetlerin ödenmesi toplam harcamaları tahmin etmede bir sözleşme avantajı sağlar. Bununla birlikte vaka sayısı belirlenemezse aşırı provizyon için bütün riskler günlük tedavi merkezleri (ayaktan tedavi yoluyla tedavi edilecekler) dahil olmak üzere hastaneyi seçen vakalar için ödemede bulunacak satın almacıların sırtına yüklenir.

Dezavantajlarının başında, maliyet – hacim sözleşmelerinin daha önceden zikredilen özel maliyet taleplerini de içermesi gelir. İşlem maliyetleri bu tip sözleşmelerde genellikle daha yüksek ve özellikle daha geniş olur. Eğer hastanedeki bütün klinik şartlar dikkate alınırsa, birçok durumda vaka başına maliyet sözleşmeleri blok veya maliyet- hacim sözleşmelerine ilaveten çok küçük hizmetler için kullanılmaktadır. Birçok Avrupa ülkesinde bakım ürünü özellikleri karmaşık vakayı yansıtan bütün sözleşme tiplerinde daha yüksek düzeyde bir genel bakım trendine yol açmaktadır.¹⁴⁸ Vaka başı maliyet sözleşmeleri Batı Avrupa’da yaygın değildir. Bunun yerine maliyet-hacim sözleşmelerine sık rastlanır.

Fransa’dan ve İngiltere’den kalite özelliklerine göre seçilmiş sözleşmelerden birkaç örnek verirsek;¹⁴⁹

Fransa’da hastane sözleşmeleri;

Gösterge: Morfin veya ağrının kontrolü için yazılmış reçete oranı

Hedef: Her yıl %10 artış

Gösterge: Morfin pompalarının kullanımlarının uzunluğu (günlük)

Hedef: Her yıl %10 artış

İngiltere (GP Sözleşmeleri - General Practitioners)

¹⁴⁷ Roger England, Contracting and Performance Management In The Health Sector, a.g.e., 2000,s.9

¹⁴⁸ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner and John Qvretveit, a.g.m., 2005, s.193

¹⁴⁹ Marcial Valesco-Garrido, Michael Borowitz, John Qvretveit ve Reinhard Buse, Purchasing for Quality of Care, a.g.m., s.224

Gösterge: Koroner kalp hastalıklarında güncel tedaviler ile beta bloker kullanımı (kontrendikasyon olmadıkça)

Hedef: %25-%50 arası

Gösterge: Son 5 veya 3 yılda servikal smear aldırılmış 25-64 yaş arası kadınların oranı

Hedef: %25-%80

İngiltere’de yeni sözleşmelerde özel hedefler çıktıları geçerli kılmaktadır. (Kan basıncı hedefleri, kolesterol düzeyi, kardiyovasküler hastalıklar ve diabet gibi) Fransa’da hastane sözleşmelerinde, son iki yılda hastane enfeksiyonlarında %30 azalması şartı konulmuştur. Bunun ötesinde GP (General Medical Practitioners- İngiltere’deki sağlık sözleşmeleri sistemi) sözleşmelerinde, epilepside ilaçla tedavi edilen hasta yüzdesi ve son 12 ay için nöbetsiz bir süre hedef olarak konulmuştur. Bu tür bir ihalede hedefler mutlaka sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirici nitelikte olmalıdır.

Sözleşmelerde genellikle, sözleşen taraflar, ilişkiler, sorunu hakem kararı ile çözme, komisyonlar, sözleşme konusu, sözleşme tipi, çıktıların tanımlanması ve sınıflandırılması, zaman, fason imalat (müşteri grubu, özellikli hizmetler, alt yükleniciye yaptırmak), ödeme antlaşmaları, teşvikler ve kısıtlamalar, risk paylaşımı, detaylar (özellikli hizmetlerin derecesi, kalitesi), denetim, gerçekleşme ve onaylama metodları tasdik ve onaylama süresi gibi konulara yer verilir.

Tablo 7.Sağlık Hizmetlerinde Sözleşmelerin Genel Olarak Sınıflandırılması

Satın almanın Hedefleri	Piyasaya Giriş Sözleşmeleri	Üretim Sözleşmeleri		
		Girdi İcraat Hizmet		
Sağlık Hedefleri	Somut olarak formüle edilmiş veya ahlaki kurallarla belirlenmiş	Yok	Somut olarak sözleşmelerde formüle edilmiş	Yok
Sağlık Güvenliği	Kamusal gözden geçirme	Mesleki kurallar ve denetim	İç ve dış denetim	Mesleki kurallar ve denetim
Teşvikler	Mülkiyet haklarının düzenlenmesi	Girdi bazlı	Sonuç bazlı	Çıktı bazlı
Bakım Yaklaşımı	İhtiyaç belgesi ile	Üyelik, kabul mecburiyeti	Sağlığın sosyal boyutu, bekleme zamanları	İleri tedaviler için ekstra ödemeler
Kalite	Lisanslama ve akreditasyon kriterleri ile	Yapının bozulması	Sonuç göstergelerinin bozulması	Üretim göstergelerinin bozulması
Maliyet Kontrolü	Sözleşmecilerin kısıtlanması	İkame teşvikler, karma yeterlilik standartları	Onaylama ruhsat öncesi	Bütçeler, onay öncesi izin

Kaynak: Antonio Duran,Igor Sheiman, Markus Scheider ve John Qvretveit, “ *Purchasing to Improve Health Services*”, **Purchasers, Providers ve Contracts**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open Universty Pres, London, 2005, s. 189

3.7.5.Sözleşmelerde Yönetimin Rolü

Sağlık hizmeti sözleşmeleri genellikle hükümet tarafından yapılan düzenlemelerle yasal bir çerçeve içerisinde dikkate alınır. Tam bir sözleşme bütün tarafların mecburiyetlerini mümkün olan bütün olası durumlarda en son ulaşabileceği imkanlara kadar tasvir eder. Sonuç olarak taraflar için yeniden gözden geçirmek veya sözleşmeyi yeniden tartışmak ihtiyacı doğmaz.¹⁵⁰ Bununla birlikte komple sözleşme yapmanın maliyetleri çok yüksektir ve satın almacı bütün mümkün değişiklikleri tıbbi tedavinin uygulamalarını ve nüfusun hastalık oranındaki değişiklikleri tahmin edemez. Gerçekte sözleşmeler bu sebeple eksiktir. Bu

¹⁵⁰ www.observatory.dk../ 16/05/2006/Policy Brief,European Observatory on Health Care Systems Series, s.2

sebeple antlaşmalar defalarca gözden geçirmeye bütün dönemlerde muhtaç olmaktadırlar. İcraatı temin etmek için regulasyonun varlık sebebi buna dayanır. Regulasyon aynı zamanda sağlık hedefleri ile sözleşmelerin uygunluğunu sağlamak ihtiyacındadır.¹⁵¹ Regulasyon mekanizmasının iyi düzenlenmiş olması, sosyal amaçları koruyucu iken aynı zamanda da sistem performansını uyarıcı özellik gösterir. Sağlık hizmetleri endüstrisinde yenilikler artarken, satın almacılar tarafında kalite ve verimlilik kriterleri artar.

Hükümet sözleşme yapmayı daha rekabetçi hale getirmeyi ister ve bu sebeple sözleşmelerin sürecini denetirken daha yumuşak yöntemler tesis eder. Satın almacılar sonuçta iyi risklere daha cazip bakar veya aynı sebeple belli olmayan klinik sonuçlu tıbbi müdahalelere daha maliyetli yaklaşabilirler, tedarikçilerle anlaşma yapmaya ilgi gösterirler. Onlar aynı zamanda uzun dönemdeki daha düşük sağlık maliyetlerini ortaya çıkartacak deneysel tıbbi müdahaleler için temel tedavilerde uzmanlaşma için ilave maliyetleri ödemeye gönülsüzdürler. Bu sebeple hükümet uzun dönemli sağlık politikası hedefleri ile kısa dönemli satın alma kararları arasındaki çatışmayı önleyici kısıtlayıcı yasal düzenlemeler yapabilir. Bu kısıtlamalar bazen satın almacıları tatmin etmez ve serbestleştirilmeye (deregulasyon) gidilmesini isterler.¹⁵²

Düzenleyicilerin gerçek rolü özgürlükle düzenleme arasındaki optimum dengeyi sözleşmelerle sağlamaktır.

3.7.6.Düzenleyici Hedefler

Satın almacılar ve tedarikçiler genel sağlık politika hedeflerini yansıtan bazı hedefleri takip etmek durumundadırlar. Mesela, sağlık hizmeti hedeflerinin gerçekleştirilmesi, sağlık sektörü tarafından sağlık harcamalarının planlı bir yapıya kavuşturulması gibi. Bu hedefler milli ve bölgesel planlarla gerçekleştirilebilir. Hizmetlerin yeniden yapılandırılması ve kalitenin geliştirilmesi amacı ile bu tür tedbirlere başvurulmaktadır. Gerek satın almacılar gerekse tedarikçiler sözleşmelerdeki uzlaşma metinlerini bu hedefleri uydurmak ve temsil ettikleri nüfusun özel ihtiyaçlarına onları adapte etmek zorundadırlar.

¹⁵¹ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner and John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts a.g.m., 2005, s.201

¹⁵² Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Scheiner and John Qvretveit, Purchasers, Providers and Contracts a.g.m.,2005, s.200-201

3.7.7.Kurallar ve Yöntemler

Maliyetleme ve fiyatlama talepleri herhangi bir sözleşmede doğal olarak ortaya çıkar. İngiltere ve Rusya'daki yasalara bakıldığında sağlık sigortası limit fiyat uygulamalarını geliştirdiği görülür.

Tedarikçinin fiyatlarındaki açık bilgiler rekabetçi sözleşmeler için gereklidir. Bazen regülasyonlar sözleşmenin hükümet onayını gerektirebilir. Mesela Almanya'da böyle bir tescil sistemi bulunmaktadır.

Daha kısıtlayıcı regülasyon stratejileri için duyulan ihtiyaç tedarikçiler ile satın almacıların tekellerinin artması ile ortaya çıkar. Mesela bir bölgede düşük bir nüfus yoğunluğu varsa birkaç doktorun olduğu veya sadece bir hastanenin olduğu durumlarda onların herhangi birisi ile anlaşma yapmak gerçekçi olmaz. Sözleşmenin izlenmesi ve değerlendirilmesi talepleri regülasyonun izlenmesi demektir.

3.7.8.Kolektif Sözleşme Yapma

Kolektif sözleşmeler satın almacı- tedarikçi ilişkilerini sigortacılarla tabibler birliği arasında regüle eder. Sağlık hizmetini ödeyenlerle tedarikçi birlikleri kişisel sözleşmelerin temelini oluşturur. Sözleşmeler devletin az veya çok müdahalesi ile ve bütün sosyal sigorta sistemlerindeki durumlara göre şekillenir. Çerçeve sözleşmeler yönetimin sözleşme ilişkilerinde güvenliğini sağlar. Tekrarlanan sözleşmelerin işlem maliyetleri azalır.

3.8.Batı Avrupa'da Hastane Ödeme Sistemleri

Sağlık hizmetlerinin bedeli, ya hizmet satın alan kişiler tarafından doğrudan kendi ceplerinden veya üçüncü bir taraf olarak kapsamına dahil oldukları kamu veya özel sigorta kurumunca ya da nüfusun ihtiyaç içindeki kesimlerini sağlık hizmetleri kapsamına almak için oluşturulan merkezi ve yerel yönetim organizasyonları tarafından ödenir.¹⁵³ Batı Avrupa'da hastanelerdeki ödeme yöntemleri geriye dönük ödeme sistemlerinden ağır ağır küresel bütçelemeye ve artan biçimde teşhisle ilişkili gruplara dayalı olgu ödemelerine kaymıştır. Avusturya, Belçika, Kuzey ülkeleri, Fransa, Almanya, İtalya, İrlanda, Portekiz ve İspanya'da global bütçeleme ile DRG/olgu - karması ayarlayıcılarının kombinasyonları bulunur.¹⁵⁴

¹⁵³ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, a.g.e.,s.193

¹⁵⁴ R. Robinson,E. Jakubowski and J. Figueras, Teories of Purchasing, a.g.m.,2005,s. 35

Kuzey ülkeleri, örtülü global bütçeler yerine etkinliğe dayalı ödemeye geçişin iyi bir örneğini sunarlar. Etkinliğe dayalı finanse etme 1997'de Norveç hastanelerinde hastanenin verimliliğini artırma amacıyla ortaya koyulmuştur. Bir sistem içinde, merkezi hükümetten ülkenin konsüllerine verilen blok bağışın yerine DRG (Diyagnostik Related Group) temelinde belirlenen bir eşleme bağışı getirilmiştir. Etkinliğe bağlı bu birleşen, yıldan yıla artmıştır. Finlandiya'da hastaneler belediyelere artan biçimde DRG temelinde fatura çıkarmaktadır. Benzer faturalama sistemleri İsveç'te de bulunur.

İspanya etkinliğe dayalı ödemeye geçişin bir başka örneğinin oluşturur. Satın almanın getirilmesinden sonra hastanenin etkinliğini belirlemek ve maliyet çıkarmak için bazı yöntemler gerektirir. Zaman içinde, bu amaçla DRG sistemi benimsenmiştir. Katalonya bölgesinde hastane etkinliği olgu karışımıyla düzenlenen ileri dönük global bütçelerle fonlanmaktadır. Hastane bütçesinin yaklaşık yüzde 30'u bu sistemde DRG' ye dayalıdır.

Portekizde, DRG olgu-karması ayarlaması 1990'ların başlarından beri hastane global bütçelerine uygulanmıştır. İrlanda'da hastane bütçesinin yaklaşık yüzde 20'si DRG' ye dayanır İngiltere'de DRG' lerin bir çeşitlemesi, hastanelere ödeme yapılmasında kullanılacak ulusal referans fiyatlarını belirlemede kullanılmaktadır.

3.9.Doğu Avrupa Ülkelerinde Ödeme Sistemleri

Doğu Bloğunun dağılmasına kadar, sağlık bakım bütçelerinde hastaneler egemendi. Etkinlik, merkezdeki hastane ile arza göre belirleniyordu. Birincil bakım ve ayakta tedavi sağlayanlar, kötü eğitim ve düşük statüden zarar gördüler. Bu hastane tedarikçi egemenliğinin bir sonucu olarak, hastane sevk etme ve kabul oranları aşırı yüksekti ve hastanede kalma süresi aşırı uzundu. Bununla ilişkili bir sorun da hekim ve hemşirelere düşük ücret ödenmesiydi, bunlar genellikle resmi olmayan ödemelere dayanıyordu bu da düşük moral ve üretkenliğe yol açıyordu.¹⁵⁵

Birincil bakımda, birçok ülkede adam başı ödemeye dayanan yeni ödeme sistemleri geliştirildi. Bunlar Baltık devletleri, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Romanya, Slovakya ve Slovenya'yı içerir. Bazı özel hizmetler örneğin bağışıklık

¹⁵⁵ R. Robinson, E. Jakubowski and J. Figueras, Teories of Purchasing, a.g.m., 2005, s.36

kazandırma ve küçük çaplı ameliyatlara, bazı ülkelerde (Çek Cumhuriyeti, Estonya, Romanya ve Slovenya'da) hizmet için ücret temelinde ödenmektedir.

3.10.Satın Almada Karşılık Tipleri

Birinci ayırım, pozitif ve negatif tepki arasındaki farkı belirler. Tedarikçiler pozitif bir tepki geliştirirse satın alma hedeflerine ulaşmak için stratejik değişmeyi iyi bir şans olarak satın alma şeklinde algılayarlarsa muhtemel kazançlar konusunda diğer tedarikçilerden daha seçici olurlar. Gerçekten de onların stratejik ilgileri tehdit altında düşünülürse tümüyle direnç gösterebilirler. Bu basit ayırımın gerçek anlamı pozitif tepkinin satın almaya garanti edilemeyeceğini göstermektedir.

Yapısal ve taktik tepki arasındaki farklılaşma açısından ikinci bir ayırım olmaktadır. Tedarikçiler satın almacı ile sözleşmelerinde pazarlık pozisyonunu güçlendirmek için faaliyetlerini yapısal olarak düzenlerler. Diğer tedarikçilerle birleşerek piyasa gücünü arttırmak diğer tedarikçilerle gizli anlaşmalar yapmak bu anlamda en iyi bilinen stratejiler olmaktadır. Sözleşme sürecinin sonucunu etkilemek niyeti olmasa da bir sürü sözleşme süreci bütününde bu girişim bir niyeti uzun vadeye taşımaktadır. Taktik tepkiler diğer taraftan tedarikçinin özel bir sözleşme sürecindeki faaliyetlerine rücu etmektedir.

Üçüncü olarak satın almacı odaklı tepki modeli, tedarikçinin fırsatçı bir şekilde satın almacının uygulamada değişikliklere adapte olmasını sağlar. Böylece satın almacı uzun bekleme süreçlerini azaltarak kaynakları etkin tahsis ederse tedarikçi de ekstra kaynaklara giden kısımları kaçırmamak için faaliyetlerini arttırır.

Tedarikçi esaslı modelde ise, tedarikçi inisiyatifi ele alır ve satın almacıyı etkiler. Bu pozisyonda satın almacı hedefleri gerçekleştirmek isteyen tedarikçiye yardım eden bir ortak görünümündedir.¹⁵⁶

Zaman geçtikçe bir sözleşmede bulunması gereken özelliklerin tümü minimum bir standart setine ulaşmış olur. Yinede bu ölçüler geniş bir yelpazede seyretmesine rağmen genel bir başlık altında toplanabilir. Örneğin tüketicinin özel yaşamı, hakları ve korunmasının sağlanması, kültürel olarak uygun hizmetlerin sağlanması, hastaların bilgilendirilmesi, uygun kalifiye kadronun istihdamı, minimum bekleme süresi, açılış saatleri ve randevu sayesinde

¹⁵⁶ Hans Maarse, Thomas A. Rathwell, Tamas Evetovits, Alexander S. Preker ve Elke Jakubowski., “ *Purchasing to Improve Health Systems Performance*”, **Responding to Purchasing**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2005, s.278

sağlık hizmetine erişimin sağlanması, klinik kalite ölçüleri, enfeksiyon oranları, yazılı politika prosedürleri, medikasyon hataları veya hastanın kısıtlanması, fiziksel çevre alanların miktarı, tuvalet banyo imkanı gibi koşullara zamanla yeni kriterler de eklenmektedir.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Worl Health Organization Regional Office For The Western Pacifice, Contracting For Health Services New Zealand,a.g.e., s.49

Tablo 8. Avrupa’da Seçilmiş Bazı Ülkelerin Hastane Tedarikçi Organizasyonlarının Özellikleri

Ülkeler	Hastane sayısı ve Yatak kapasiteleri	Özel/kamu hastanelerinin mülkiyeti	Kamu/özel mülkiyetindeki hastanelerinin yatakları	Üstün özelliklerine göre hastanelerin sınıflandırılması	Hastane Yöneticilerin karar verme hakları	Son Değişiklikler
Arnavutluk	100-400 yataklı 20 hastane ve 100 yatağın aşağısında 22 hastane	Bütün hastaneler kamuya ait	Bütün hastanelerin mülkiyeti kamuya ait	Bölgesel ve bütçesel bölge hastaneleri Durrës bölge hastanesi pilot ve yarı özerk, sağlık sigorta fonları ile direkt fonlanmış	Özerk değil karmaşık, bütçe kullanımı ve organizasyonların kontrolü altında	Küçük olan hastanelerin kapatılması, 6-12 bölgesel hastane
Avusturya	200 yataktan daha az olan 70 hastane, 21 hastane 200-500 yatak arası, 6 hastane 500-999 yatak arası, 3 hastane 1000 yataktan daha fazla	1998’de 49 özel hastane, 37 kar amaçsız hastane ve 142 kamu hastanesi vardı.	Hastanelerin üçte ikisi kamunun (50.000 yatak) ve üçte biri özel sektörün kar amaçsız 5600 özel yatak kapasitesi	1998 de 147 hastane (%45) ile 52.000 yataklı, %75 i bütçelenmiş ve hastanelerin fonları	Kiralamada, işten kovmada, yetenek ölçmede, ödüllendirme organizasyonunda tam yetki Tamamen özerk Fakat bütçe kullanımında sınırlı özerklik var.	Finansman performansla, hastane planları ile tanışmış ve yüksek teknolojik sermaye teşviklerini içerir.
Belçika	200 yataklı ve 27 hastane(2001)	%60 kar amaçsız özel kuruluşlar,(1995 te 191 tane) %40kamusal mülkiyet ile belediye mülkiyetinde%5	Özel hastanelerin yatak kapasiteleri %60 (1998)	Karmaşık bir özerklik, birlikte organizasyonlar ve özel hastaneler	Kamu hastaneleri: Tamamen özerk fakat bütçe uygulamalarında sınırlı yetki. Özel hastanelerde ise bütün hepsinde tam yetkili	
Danimarka	80 hastane(1995)	Ülkelerin büyük çoğunluğundaki hastaneler kendilerinin	%1 inden az özel yatak kapasiteli	Bütçesel hastaneler baskındır	İşten atmada ve kiralamada özerk, bütçe uygulamaları yetenek tespitinde sınırlı özerklik	2003 te özerk hastanelerin kurulması için hükümetin planları vardır.
İtalya	1381 hastane (1998)	1998 de %61 kamu hastaneleri (842) %39.5 özel (539)	%81kamu ve %18.5 özel	Güvenilir 80 özerk hastane (2000)	3 yıllık planlardaki hedef ve misyonu tanımlamak için Hastanelerin karar verme hakları hastane yönetiminde artmıştır, yöneticilerin tedarik gücü artmış	Güvenilir hastaneler ile tanışılmıştır
Hollanda	Toplam 208 hastane (2000)	%90 dan fazlası özel kar amaçsız Geri kalanı halka bırakılmış (üniversite hastaneleri)	Kar amaçsız özeller fazla	Öncelikle özelleştirilmiş fakat birçok karakteristiği ile şirketleşmiş hastaneler	Sadece büyük planlama kararları hükümet tarafından alınabilir diğer, bütün karar verme hakkı hastane yönetimindedir	2004 te vaka temelli ödemelerin ilk uygulaması başlamıştır
Fransa	2002 de 1000 kamu hastanesi vardı. 562 genel hastane,29 bölgesel hastane,349 yerel hastane vardır (160 yataklı)	%25kamu hastanesi (1000-4000 arası)%33 kar amaçsız hastane (1400) ve %40 özel kar amaçlı (1750)	490.000 yatak %65 kamunun ve %15 kar amaçsız olanların ve %20 kar amaçlı olanların	Kamu hastaneleri özerktir ve kendi bütçeleri ile yönetilirler.	Kamu sektöründeki hastanelerin personel sağlama kararları ulusal kurallarla sınırlıdır. Birçok kamu hastanesi kadrolu sivil çalışanların sahipliğinde ve müdür ücretleri tayin edemez.	Kamu ve özel hastaneler arasında finansal kaynakların dağılımının tanıtımı, akredite hastane sistemine giriş
Almanya	2240 hastane (2001)	2030 genel hastane 790 ı kamunun kendisinin, 820 özel kar amaçsız, 420 özel kar amaçlı (2001)	1998 de yatakların %55 i kamuya (295.382), % 38’i kar amaçsız (202.270) ve % 7 kar amaçlı (36.118) kuruluşlara ait. Halen % 95 finansman kamuya ait.	Özerk, birlikte (cooporize)ve özelleştirilmiş hastaneler	Karar verme hakları makul bir şekilde işe alma işten atma hastanelerin kar ve zarar etmesine dayanır. Kamu hastaneleri yatırım maliyetleri lander tarafından işletme maliyetleri ise sağlık sigorta fonları tarafından sağlanır	DRG (diagnostik related group) geniş bir alana yayılmış
Finlandiya	5 üniversite hastanesi,15 merkezi hastane, 40 küçük özellikli hastane	Çoğu hastane kamunun, belediye federasyonlarının kendisinin (bölge hastaneleri)	1400 özel ve belediyenin sahipliğinde 38.000 hastane yatağı	Hastanelerin birçoğu özerktir	Karar verme hakları sınırlıdır. Yöneticiler hastane bölgelerine sorumludur, hastaneler kar edemezler hastanenin varlıkları bölgelere aittir.	Tedarikçi- satın alıcı ayrımı tanışmış hastanelerde pilot uygulamalar vardır

Kaynak: Hans Maarse, Thomas A.Rathwell, Tamas Evetovits,Alexander S.Praker and Elke Jakowski, “Purchasing to Improve Health Systems Performance”, **Responding to Purchasing:Provider Perspectives**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Features of Hospital Provider Organizations in selected European Countries, 2005,s.278

4. TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU İHALE KANUNU VASITASIYLA SATIN ALINMASI

Bu bölümde, sağlık hizmetlerinin bütün topluma, eşitlik ve adalet içinde dağıtılabilmesi, bunun yanında sağlık hizmetlerindeki mevcut kaynakların en etkin biçimde kullanılabilmesi amacıyla Kamu İhale Kanunu’nun sağlık sisteminde uygulanması incelenmektedir. İhale sistemi aracılığıyla, sağlık hizmetlerinde de kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması amaçlanmaktadır.

4.1.Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Satın Alma Yapısı

Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar, kamu harcamaları içinde önemli bir yer tutar. Türkiye’nin sağlık politikasını belirlemekle yükümlü olan, temel sağlık hizmetleriyle birlikte yataklı tedavi kurumlarının önemli bir bölümünü kapsayan ve sağlık alanında en çok harcamayı yapan kurum Sağlık Bakanlığı’dır.

Sağlık hizmetlerinin satın alma yolu ile gördürülmesi halinde, benimsenen satın alma organizasyon ağına göre, satın almacılar, merkezi hükümet, bölgesel idareler, yerel yönetimler (belediyeler veya il özel idareleri) ile sağlık sigorta fonlarından biri veya birkaçı olabilir. Satın almada merkezi organizasyonların benimsenmesi halinde Sağlık Bakanlığı satın almacı olur. Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı anlaşmalara göre taşra teşkilatı da uygulamalarını gerçekleştirir. Mevcut sistem bu şekilde işlemektedir. Kamu sektörü sağlık kurumları için, Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumlarının temsilcileri bir araya gelip karşılıklı görüşmeler ve pazarlıklar sonucunda, her yıl Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) üzerinde anlaşmaya varmaktadırlar. Taraflar, Bütçe Uygulama Talimatı ile tedavi yardımlarından yararlanma koşulları, ilgili kurallar ve fiyatlar üzerinde anlaşma sağlarlar. Bütçe Uygulama Talimatı’nda kamuya ait tüm kuruluşların uyması gereken kurallar, fiyat tarifeleri, ödeme koşulları belirtilmiştir. Burada gösterilen kurallar haricinde bir uygulama yapılması mümkün değildir. Çünkü Bütçe Uygulama Talimatı Maliye Bakanlığı tarafından tebliğ şeklinde yayınlanmaktadır. Kapsam içerisinde bulunan kamu sağlık kurumları tarafından bunun aksine bir uygulama yapılması mümkün değildir. Özel sağlık hizmetleri için de, geçerli olan asgari ücret tarifesi belirleme yetkisi Türk Tabipleri Birliği’nden alınarak, Maliye Bakanlığı’na bırakılacaktır. Meclis, Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu’nda görüşülen bu kanuna Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları karşı çıkmaktadırlar. Türk Tabipleri Birliği (TTB)’nin 6023 sayılı yasasında yapılması düşünülen

değişiklikle, özel sağlık alanında asgari muayene ve tedavi ücretinin Maliye Bakanlığı'na saptanan Bütçe Uygulama Talimatıyla (BUT) belirleneceği açıklanmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşmeleri süren yasa tasarısı, bu şekli ile kabul edilirse özel muayene ve tedavi ücretleri BUT'ta belirlenen rakamları geçemeyecektir. Böylece tüm kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları aynı düzenlemelere ve fiyatlara tabi olacaklardır. Böylece merkezde tek bir sözleşme yapılacak ve yerelde bütün kurum ve kuruluşlar bu sözleşme koşullarına uymak zorunda kalacaktır.

Yine sağlık sigorta kurumları veya özel sağlık sigorta kurumları, teşhis hizmetlerini (Diyagnostik grup, örneğin Manyetik Rezonans, Tomografi gibi radyolojik ünitelerle ve laboratuvar teşhis hizmetleri ve kemoterapi hizmetleri vb. gibi) ihale yolu ile sözleşmeler yaparak satın alabilirler. Örneğin, şu anda çeşitli özel Manyetik Rezonans (MR) -Tomografi merkezleri ve diğer çeşitli teşhis hizmetlerine yönelik özel laboratuvarlar, özel poliklinikler, tüp bebek merkezleri, dializ merkezleri, tıp merkezleri ve özel hastaneler de, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağkur, Emekli Sandığı veya özel sağlık sigortaları ile anlaşma yaparak hizmetlerini bu kurumların mensuplarına sunmaktadırlar. SSK kurumu, şu durumda kendisi ile sözleşme yapmayı talep eden herkesle sözleşme yapmamakta, seçici davranmaktadır. Yeterlilik koşullarını sağlasa bile sözleşme yapmaktan dışlanan firmalar olabilmektedir. Oysa ihale yapılmış olsa, katılım koşullarını taşıyan her firma teklif verebilir. Böylece hizmetin sunulmasında eşitlik ve rekabet koşulları sağlanarak, maliyet, fiyat ve kalite avantajları yakalanabilir.

Satın almayı yapacak kurumların harcama gerektiren işler olması ve satın almayı yapacak kurumların kamu statüsünde bulunmaları nedeni ile Kamu İhale Kanununa tabi olmaları doğal bir sonuçtur (Merkezi, yerel idare veya sosyal sağlık sigorta kurumları). Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında, Kamu İhale Kanunu hizmet alım ihaleleri ile ilgili yönetmelik, tebliğ ve diğer yasal düzenlemeler uygulanır.

4.2. 4964 Sayılı Kanun ile Değişik 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunuyla İlgili Temel Açıklamalar*

Kamu sağlık hizmetlerinin satın alınma yoluyla gördürülmesi için öncelikli şart hastanelerin özerkleşmiş olmasıdır. İkinci en önemli şartta, toplumdaki herkesin sosyal güvence kapsamında bulunmasıdır.

Devlet, yüklenmiş olduğu mali ve mali olmayan nitelikteki görevlerini gerçekleştirebilmek bakımından kamu giderlerini bir araç olarak kullanır. Kamu ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan bu giderlere de kamu harcaması denir.¹⁵⁸ Devlet kamu giderlerinin miktarı, niteliği ve kapsamı üzerinde değişiklikler yaparak kamu maliye politikasını belirler ve bu arada da ekonomik, mali ve sosyal nitelikteki fonksiyonlarını gerçekleştirir.

08.09.1983 tarihli 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu, kapsam ve ihale usulleri açısından, kamu kuruluşlarının ihtiyaçlarını göremez hale gelmiştir. Avrupa Birliği mevzuatlarına uyum açısından ve uluslararası ihale uygulamalarına yön verme noktasında yeni bir ihale yasasının çıkarılması uygun görülerek, 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu kabul edilmiş, 01.01.2003 tarihinde 4964 sayılı değişiklikle 01.01.2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir.¹⁵⁹ Böylece kamu harcaması gerektiren mal, hizmet ve yapım işlerine ilişkin mevzuatın Avrupa Birliği ve Dünya Ticaret Örgütü gibi uluslararası kuruluşların standartlarına paralel hale getirilmesi amaçlanmıştır.

4.3. Kamu İhale Kanunun Amacı

Bu Kanun'un amacı, kamu hukukuna tâbi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve usulleri belirlemektir.¹⁶⁰ Kamu hukuku kapsamında olan idarelerin değerlendirilmesinde ise, kamu hukukuna tabi olan kamu kurum ve kuruluşları, kamu kaynağı kullanan kurum ve kuruluşlar ile kamunun denetim alanı içinde yer alan kurum ve kuruluşları yer alır. İdareler, bu Kanuna göre yapılacak ihalelerde; saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, ihtiyaçların uygun şartlarla ve zamanında

* Bu bölümde sadece ihalelerle ilgili genel bilgi verilecek olup, konunun genişliği nedeni ile detaya girilmeyecektir.

¹⁵⁸ Abdurrahman Akdoğan, Kamu Maliyesi, a.g.e., 1998, s.58

¹⁵⁹ T.C.Resmi Gazete, Tarih 15.08.2003 ve Sayı 25200

¹⁶⁰ 4964 Sayılı Kanun ile Değişik 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu, Resmi Gazete 15.08.2003, Sayı, 25200, Madde 1

karşılmasını ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla sorumludur.¹⁶¹ Bu sayılan unsurlar kanunun temel ilkeleridir. Gerek ihale aşamasında gerek sözleşmenin uygulanması döneminde, idare ile yüklenicilerin eşit hak ve sorumluluk taşımaları hedeflenmektedir.

İhale komisyonu ile istekliler arasındaki münasebetlerin asgari seviyeye indirilmiş olması ve komisyon ile istekliler arasında yapılması gereken her türlü yazışmanın tamamen idare aracılığı ile gerçekleştirilecek olması da ihalede açıklık, güvenilirlik ve şeffaflığın tesisine katkıda bulunmaktadır. Eşitlik ilkesinin bir gereği olarak da, ihale işlemleri sırasında ortaya çıkan her türlü gelişmenin bütün isteklilere, idare tarafından yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir.¹⁶² Ayrıca kanun, her katılımcıya eşit muamele yapılmasını hedeflemektedir. Yine belirli bir limitin üstünde olan ihale sonuçlarının Kamu İhale Bülteni'nde¹⁶³ (Kamu İhale Kurumu yayın organı) yayınlanması saydamlık ve kamuoyu denetimi açısından değerlendirilmelidir.

Kamu Sağlık Hizmetlerinin Kamu İhale Kanunu vasıtası ile satın alınmasındaki amaç ise, kanunun temel ilkelerini gerçekleştirerek, toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanmasında eşitliği sağlamak, sağlık hizmetlerinin planlanmasından, sağlık politikası hedeflerinin gerçekleştirilmesine kadar, tüm sağlık sistemi amaçlarının şartname ve sözleşmelerle gerçekleştirilmesini olanaklı kılmak, sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmaktır. Bu arada IMF görüşmeleri sırasında en çok eleştirilen konulardan biri olan kanunun kapsamındaki istisnaların genişliğidir. Sağlık hizmetlerinin de kanunun kapsamına alınması ile bir nebze daraltılmış olacaktır. İhale şartnamelerinin ve sözleşmelerinin hukuki açıdan bağlayıcılığı vardır. Kamu İhale Kanunu hükümlerine göre, yönetimin yaptığı alım, kiralama ve yapım sözleşmeleri hukukumuza göre özel hukuk sözleşmesi sayılmaktadır. Gerçi sözleşme yapılıncaya kadar geçen aşamaya yönetim hukuku kuralları uygulanmakta ise de sözleşme yapıldıktan sonra, sözleşmenin kendisi ve uygulanışı özel hukuk alanına girmektedir.¹⁶⁴ Şartname veya sözleşme hükümlerine aykırı davranmak hukuki açıdan cezai müeyyideleri gerektirir. Sıkı bir sözleşme ve şartname ile konulan hedeflere ulaşılabilir. Bu kapsamda kamu sağlık hizmetlerinin topluma daha rasyonel bir şekilde sunulması sağlanabilir, maliyet ve etkinlik avantajları gerçekleştirilebilir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi böylece artırılabilir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, girdiler, süreç ve çıktılar olmak üzere üç

¹⁶¹ Kamu İhale Kanunu, a.g.k., Madde 5

¹⁶² Ali Özek, Osman Kaya, **Kamu İhale Rehberi**, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003. s.9

¹⁶³ Ali Özek, Osman Kaya, a.g.e., 2003, s.9

¹⁶⁴ A. Şeref Gözübüyük, **Yönetim Hukuku**, 16. Baskı, Turhan Kitabevi, Ankara, 2002, s.295

ana kategoride izlenir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmanın ve sağlık araştırmalarının ilk amacı ölüm oranını azaltmak ve yaşam süresini arttırmaktır.¹⁶⁵

Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için, tedarikçilerin ve satın almacıların birlikte sorumluluk üstlenmeleri gereklidir. Bu sorumluluklar, ihale şartnamelerine yansıtılmalıdır. Satın almacıların sorumlulukları aşağıda sırlanmıştır.

1-Satın almacıların sorumlulukları, sözleşmeler üzerinde görüşme ve anlaşma yapmak, kalite gerekliliklerini işin özellikleriyle birlikte belirtmek, kolay ulaşılabilir ve geçerli hedefler ortaya koymaktır. Anlaşmalar ile tedarikçilerin kalite bilgisinin gelişmesi sağlanmalıdır.

2-Sözleşmelerin izlenmesi (denetimi), kalite raporları ve onların gerekliliklerinin kontrolü tedarikçilerden alınır. Düşük kalite görüldüğünde eyleme geçilir. Şikayet direkt olarak kamuoyuna yapılır. Sağlık hizmetlerinin doyuruculuğu konusunda geri dönüşüm (feedback) elde edilir.

3-Sözleşmelerin, performans kalitesinin gözden geçirilmesi, kaliteyi geliştirici değişikliklerin üzerinde anlaşma sağlanmış olması gereklidir. Kalite performanslarına ulaşamazsa ve alternatif hizmetler bulunuyorsa sözleşmenin gözden geçirilmesi önerilir.¹⁶⁶

4.4.Kamu İhale Kanunun Kapsamı

Kamu İhale Kanununun kapsamı, Kamu İhale Kanunu'nun ikinci maddesinde açıkça sayılmıştır. Bu maddede sayılan idarelerin kullanımında bulunan her türlü kaynaktan karşılanan mal ve hizmet alımları ile danışmanlık ve yapım işlerinin ihaleleri bu Kanun hükümlerine göre yürütülür. Bu kanunda sadece harcamalar ele alınmıştır. Bu niteliği itibari ile Kanunun kapsam alanı çok geniştir.

Genel bütçeye dahil idareler, katma bütçeli idareler, özel idareler ve belediyeler ile bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlar, birlikler, tüzel kişiler bu Kanunun kapsamında yer alır.¹⁶⁷ Kamu sektöründe faaliyet gösteren hastaneler bu kanunun kapsamındadır.

¹⁶⁵ Marciel Valesco-Garido, Michael Borowite, Tohn Qureitveit and Reinhard Buse, **Purchasing for Quality of Care**, England, 2003, s.217

¹⁶⁶ Marciel Valesco-Garido, Michael Borowite, Tohn Qureitveit and Reinhard Buse, a.g.e., s., 219

¹⁶⁷ Kamu İhale Kanunu, Madde 2

Avrupa Birliği tarafından Kamu İhale Kanun'una yönelik yapılan eleştirilerden en büyüğü, kanun kapsamındaki istisnaların fazla olduğu konusudur. Oysa Avrupa Birliği ülkelerinin bazılarında istisna kapsamı bizden çok daha geniş tutulmuştur.¹⁶⁸

4.5.Eşik Değerler

Eşik değer kavramı, bu kanun ile getirilmiştir. Bu Kanunun uygulanmasında yaklaşık maliyet dikkate alınarak kullanılacak eşik değerler her yıl güncellenerek yayımlanır. Eşik değer bir ihalenin uluslar arası katılıma açık olup olamayacağını belirler. Eşik değere eşit veya üstünde olan mal, hizmet ve yapım işlerinin ihaleleri uluslararası katılıma açık olmak zorundadır. Bu da yabancı isteklilerin yerli firmalarla rekabet etmesini olanaklı kılmakta, idareler açısından da fiyat ve kalite avantajları yanında teknolojik çözümlerinin geliştirilmesi gibi avantajlar sağlar. Artan rekabet ortamı yerli firmaların da kendileri yenilemelerini ve dış piyasalardaki firmalarla yarışabilirlik kapasitelerinin artırımını sağlar.

Yapılacak olan bir ihalede ihale usulünün tespiti, ihalede istenecek belge ve evrakların niteliği ve ihale ilanının yayınlanması için gerekli olan süre belirlenirken eşik değere göre, ihale öncesinde tespit edilen yaklaşık maliyet kıyaslanarak belirlenir.

Yaklaşık Maliyet, ihaleden önce her türlü piyasa fiyat araştırması yapılarak KDV hariç olmak üzere belirlenir ve yaklaşık maliyet tespit tutanağında gösterilir. Yaklaşık maliyet, ihale ile ilişkisi olmayan resmi veya özel kişilere gösterilmez ve açıklanmaz. Aksi takdirde bu bilgileri ifşa edenler hakkında cezai sorumluluk gerektirir. Bu çok doğru ve olması gereken bir uygulamadır. İdarenin yaklaşık maliyeti doğru tespit etmesi, ihalede verilecek fiyatları değerlendirme aşamasında ihale komisyonlarının doğru karar vermesine yardımcı olur. Firmaların, yaklaşık maliyeti bilmemeleri de ihalede doğru fiyatları teklif etmelerini sağlar. Ancak bunun istisnaları mutlaka vardır. Örneğin ihaleden önce, bir işi yapabilecek nitelikteki firmalar belli ise veya tahmin edilebiliyorsa ya da konusunda tek yetkili olan (genellikle yemek ve temizlik ihalelerinde, bazen MR- Tomografi gibi görüntüleme hizmet alım ihaleleri ya da Kit karşılığı cihaz alımı ihalelerinde olduğu gibi), firmaların kendi aralarında yaptıkları anlaşma ile fiyatları yükselterek daha fazla kar elde etme amaçları görülebilmektedir. Şu an bu sistemi engelleyecek herhangi bir mekanizma bulunmamaktadır. İdareciler, bu durumda, ya verilen fiyatı kabul etmek ya da yaklaşık

¹⁶⁸ KİK –TOBB Kamu Alımları Sertifikalı Eğitim Programı Eğitim Notları, Haziran 2006

maliyeti tekrar araştırarak ihaleyi iptal etmek zorunda kalmaktadırlar. İhalenin iptal edilmesi ise kamu ihtiyaçlarının zamanında karşılanamamasına neden olmaktadır.

İhale teknik şartnamesi hazırlandıktan sonra yaklaşık maliyet tespiti için çalışmalar yapılır. Yaklaşık maliyetin hazırlanabilmesi için, her bir tedavi yöntemine özel sağlık paketleri hazırlanmalıdır. Bu paketlerin içerisinde ise ilgili branşa ait tüm hastalıklar ve tedavi şekilleri bulunmalıdır. Örneğin, genel cerrahi branşına ait hizmet alımının içinde apandisit, safra kesesi hastalıkları gibi gruplanmış ve açıkça tanımlanmış hizmetler yer almalıdır. Tedarikçi olabilecek hastanelerden yazışmalarla fiyat araştırması yapılarak elde edilen fiyatlar kullanılabilir, ya da bir önceki yıl ihale yapılmışsa burada çıkan fiyatlar güncellenerek yaklaşık maliyet tespit edilebilir. İlk defa yapılacak bir ihale ise, ülke genelinde araştırma yapılarak her bir hastalığın tedavi şeklinin ve tedavide kullanılacak teşhis grubuna ait tetkik ve tahlillerin maliyet hesaplarının yapılması gerekmektedir. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı, hastanelerde kullanılan tıbbi sarf malzemelerin ihale ile alış fiyatlarını tespit edebilmek ve 2006 yılı Bütçe Uygulama Talimatı fiyatlarının belirlenmesine katkıda bulunmak amacıyla, tüm kamu hastanelerine bir resmi yazı yazarak, tüm tıbbi malzeme ve işlemlerin maliyet hesaplarını çıkarmak için çalışmalarda bulunmuştur.¹⁶⁹ Buna benzer bir çalışma yapılarak sağlık hizmeti paketlerinin yaklaşık maliyeti tespit edilebilir. Yaklaşık maliyet tespitine esas olacak araştırmalar yapıldıktan sonra ihale yaklaşık maliyeti tespit edilir.

4.6.İhale Yetkilisi ve İhale Komisyonu

İhale yetkilisi, ihale ve harcama yapma yetki ve sorumluluğuna sahip kişi veya kurulları ile usulüne uygun olarak yetki devri yapılmış görevlileri olarak belirlenmiştir. İdarelerin bu yetkilerine sahip kişi, kurul veya görevlileri ise kendi mevzuatlarıyla belirlenmektedir. Bu nedenle, idarenin tabi olduğu mevzuat çerçevesinde, ihale yetkilisinin idarece belirlenmesi gerekmektedir.¹⁷⁰

İhale yetkilisi ihaleyi gerçekleştirmek üzere, ihale ilanı veya davet tarihini izleyen en geç 3 gün içerisinde ihale komisyonunu oluşturur. İhale komisyonu, biri başkan olmak üzere, ikisinin işin uzmanı olması şartı ile yetkili idare personelinden 4 kişi ile genel ve katma bütçeli kuruluşlarda maliye memurunun, diğer kuruluşlarda muhasebe veya mali işlerden sorumlu personelin katılımı ile tek sayıda olmak üzere en az 5 kişiden oluşacak şekilde ve

¹⁶⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 29.09.2005 tarih ve 18774 sayılı yazısı “ Tıbbi Sarf Malzemelerin KDV hariç alış fiyatları” istenmiştir.

¹⁷⁰ **2005 Yılı Kamu İhale Genel Tebliği**, Resmi Gazete, 25 Temmuz 2005, Sayı.25886,s.27

komisyonun eksiksiz toplanacağı dikkate alınarak, asıl üyeler ile bu üyelerin yerine geçecek aynı niteliklere sahip yedek üyelerin isimleri belirtilmek sureti ile tespit edilir.¹⁷¹ İhale yetkilileri ihale komisyonlarında görev alamazlar. İhaleyi yapan idarede yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmaması halinde bu kanun kapsamındaki diğer idarelerden komisyona üye atanabilir. İhale komisyonu eksiksiz toplanarak karar alır ve oylamada çekimser oy kullanılmaz. Komisyon üyeleri verdikleri kararlar ve oylardan dolayı sorumludurlar. Bu nedenle çoğunluk görüşüne katılmayan üyelerin, gerekçelerini komisyon kararına yazarak imzalamaları gerekmektedir. İhale komisyon üyelerine, ita amirleri tarafından, siyasi kanaldan veya firmalar kanalından baskı yapılmaması gereklidir. Ancak, uygulamada bu konular ile ilgili çeşitli sıkıntılar yaşandığı görülebilmektedir. Özellikle satın alma komisyonlarında görev yapan kişiler hem ita amirlerinin istediklerini uygulayabilmek hem de kanunun ilkelerini yerine getirmek konusunda çeşitli yaptırımlara maruz kalabilmektedirler. Özellikle, satın alma birimlerinde vekaleten ya da görevlendirilme ile çalışan personel zaman zaman görevinden alınma vs. gibi yaptırımlarla karşılaşabildikleri görülmektedir. İhale komisyon üyeliğini yürüten kişilerin işlerin sağlıklı yürütülebilmesi açısından mutlaka kadrolu personel tarafından yürütülmesi gereklidir. Satın alma işlerini yürütecek kadrolu personel yoksa bağlı bulunulan idare bünyesinde kadro sorunları çözülmelidir.

Kamu sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla gördürülmesi sisteminde de, komisyonlar kanundaki kurallara göre kurulur ve görevlerini yerine getirir. Merkezi Yönetim satın alma modellerinde ihale yetkilisi Sağlık Bakanı veya görevlendireceği bir kişi, bölgesel düzey satın alma modellerinde ise il özel idaresi ve belediyelerde kurum amirleri tarafından görevlendirilecek kişiler olur.

İhalenin yaklaşık maliyetine göre ilan süreleri belirlenir ve ilgili yönetmeliklerle belirlenen kurallara göre ihale ilan edilir.

¹⁷¹ 2005 Yılı, Kamu İhale Genel Tebliği, a.g.t., 2005,s.29

Tablo 9. Mal Ve Hizmet Alımları İlan Limitleri, İlan Süreleri ve İlan Yerleri

KANUN MADDESİ	KONU	LİMİT (YTL)	İLAN SÜRESİ	İLAN YERİ
Madde 8.	Eşik Değer	790.780,00≥	40 Gün≥	Kamu İhale Bülteni bir defa
Madde 13.b.1	İlan süreleri ve Kuralları	51.767,00<	7 Gün≥	2 Adet Yerel Gazetede Aynı gün Birer Defa
Madde 13.b.2	İlan süreleri ve Kuralları	51.767,00-103.535,00	14Gün≥	Kamu İhale Bülteni ve Bir Yerel Gazetede Bir Defa
Madde 13.b.3	İlan süreleri ve Kuralları	103.535,00-790.780,00	21 Gün≥	Kamu İhale Bülteni ve Bir Yerel Gazetede Bir Defa
Madde 22 d	Doğrudan Temin	25.883,00	İlansız	
Madde 47	İhale Sonuç İlanı	1.725.624,00≥	Sözleşmeyi Müteakip15 Gün	Kamu İhale Bülteni

Kaynak : Bursa Devlet Hastanesi, Satı Alma Birimi, Eğitim Notları, 2006

Mal ve Hizmet Alımları İlan Limitleri İlan Süreleri ve İlan Yerleri¹⁷²(Diğer idareler kapsamındaki kuruluşlar için hazırlanmıştır. Döner Sermayeli Kuruluşlar da bu kapsamda değerlendirilir.)

Kanunda öngörülen ilan süreleri, özellikle eşik değeri aşan ihalelerde oldukça uzundur. Bu da işlerin yapılma sürecini uzatmakta ihtiyaçların zamanında karşılanması ilkesine biraz ters düşmektedir. Eşik değeri aşan ihalelerde, 40 günlük ilan süresine, ihale öncesi hazırlıklarında en az bir ay sürdüğü de dikkate alınırsa, ihalenin karara bağlanıp sözleşmenin imzalanmasına kadar en az bir aylık daha sürenin eklenmesi ile bir ihalenin başlanıp bitirilmesi için en az üç-üçbuçuk ay gibi bir zamana ihtiyaç duyulmaktadır. Bu süre itiraz olmaması halinde geçerlidir. İdareye yapılan itiraz şikayeti olması halinde 1 ay daha, Kamu İhale Kurumuna itirazın şikayet olması halinde ise iki- ikibuçuk ay gibi bir süre daha ilave gerektirmektedir. Bu arada, idarelerinin ihtiyaç planlamalarını çok iyi yapmaları gerekmektedir. İhale süreçlerinin çok uzun zaman alması idarelerin ihtiyaçlarını zamanında karşılayamamasına neden olabilmektedir.

¹⁷² Bursa Devlet Hastanesi Satın alma Biriminin ihale işlemlerinde kullandığı tablodur

4.7. Alt Yüklenici

İhale konusu işin özelliği nedeniyle ihtiyaç görülmesi halinde, ihale aşamasında isteklilerden alt yüklenicilere yaptırmayı düşündükleri işleri belirtmeleri, sözleşme imzalamadan önce de alt yüklenicilerin listesini idarenin onayına sunmaları istenebilir. Ancak, alt yüklenicilerin yaptıkları işlerle ilgili sorumluluğu, asıl yüklenicinin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.¹⁷³ Alt yüklenicilere iş yaptırılabilmesi için ihale konusu işin özelliğinin buna ihtiyaç gösterip göstermediğinin tespit edilmesidir.¹⁷⁴ İşin özelliği dikkate alınarak, alt yüklenicilerin çalıştırılmasına izin verip vermeme konusunda idare serbesttir. İstekliler ihale aşamasında, işin alt yüklenicilere yaptırmayı düşündükleri kısmını teklif ekinde belgelendireceklerdir.

Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında alt yüklenici çalıştırılması öngörülebilir. Örneğin, tedarikçi bir hastane tüm branşlarda sözleşme yapmışsa teşhis grubu ile ilgili hizmetlerini kendisi yapmayıp dışardan bir firmaya ihale etmiş olabilir.¹⁷⁵ Satın almacı ile teşhis hizmetlerini de kapsayan bir sözleşme imzalayan tedarikçi hastane alt yüklenici çalıştırmış olacaktır. Ayrıca, özel bir hastane ya da sağlık merkezi teşhis hizmetlerini kendi yapmayıp başka bir kuruluşa yaptırabilir.

4.8. İhaleye Katılabilmek İçin Yeterlilik Koşulları¹⁷⁶

İhaleye katılacak isteklilerden, ekonomik ve malî yeterlik ile mesleki ve teknik yeterliklerinin belirlenmesine ilişkin olarak aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler istenebilir.

Ekonomik ve malî yeterliğin belirlenmesi için;

1) Bankalardan temin edilecek isteklinin malî durumu ile ilgili belgeler,

İsteklinin teklif edeceği bedelin yapım işlerinde %10, diğer işlerde %5'inden az olmamak üzere, işin niteliğine göre belirlenecek tutarda kullanılmamış nakit veya kullanılmamış teminat mektubu kredisini gösterir yerli veya yabancı bankalardan alınacak belgeler istenir. Bu belgelere mali durum bildirimi ilave edilir.

¹⁷³ Kamu İhale Kanunu , a.g.k., Madde 15

¹⁷⁴ Ali Özek ve Osman Kaya,Kamu İhale Rehberi, a.g.e., s. 112

¹⁷⁵ T.C.Sağlık Bakanlığı APK Başkanlığı, **Tıbbi Cihaz Hizmet Alımı Genelgesi**, 27 Haziran,2003, No:200/70, s.2

¹⁷⁶ Hizmet Alım İhaleleri Uygulama Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Tarih 26.02.2006, S. 26092, madde 38

2) İsteklinin, ilgili mevzuatı uyarınca yayınlanması zorunlu olan bilançosu veya bilançosunun gerekli görülen bölümleri, yoksa bunlara eşdeğer belgeleri,

İsteklinin bilançosunun istenildiği ihalelerde, isteklilerce, ihalenin veya son başvurunun yapıldığı yıldan bir önceki yıla ait yılsonu bilançosunun veya gerekli görülen bölümlerinin yoksa bunlara eşdeğer belgelerin verilmesi zorunludur. Bu belgelerin istenildiği durumlarda; aşağıdaki tabloda sayılan kriterlerin sağlanması zorunludur.

Tablo 10.Hizmet Alımları İçin Yıl Sonu Bilançolarına Uygulanacak Kriterler

	1-Cari Oran : (Dönen Varlıklar/ Kısa Vadeli Borçlar)	2-Öz Kaynaklar Oranı: (Özkaynaklar/Toplam Aktif)	3-Kısa Vadeli Banka Borçlarının Öz Sermayeye Oranı:
HİZMET	Son 2 yıllık ortalama değerinin en az 0.50 olması	Son 2 yıllık ortalama değerin en az 0.10 olması	Son 2 yıllık ortalama değer 0.75'ten küçük olması

Kaynak:Ali Özek, Osman Kaya, **Kamu İhale Rehberi**, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003, s.729

3) İsteklinin iş hacmini gösteren toplam cirosu veya ihale konusu iş ile ilgili taahhüdü altındaki ve bitirdiği iş miktarını gösteren belgeler istenebilir.

Bu belgelerin istenildiği mal veya hizmet alım ihalelerinde, isteklilerce ihalenin veya son başvurunun yapıldığı yıldan önceki yıla ait, isteklinin toplam cirosunu gösteren gelir tablosu veya ihale konusu iş ile ilgili taahhüdü altındaki ve bitirdiği iş miktarını gösteren belgelerin verilmesi zorunludur. Bu belgelerdeki tutarların, toplam ciro için, isteklinin teklif edeceği bedelin % 15 inden, toplam satış geliri için ise, isteklinin teklif edeceği bedelin % 10 undan az olmaması gerekir. İsteklinin öngörülen bu kriterlerden birini sağlaması yeterli kabul edilir. Taahhüdü altındaki işlerin değerlendirilmesinde, işin kamu veya özel sektörde sözleşmeye bağlı olarak sürdürülmesi şartı aranır.¹⁷⁷

Ekonomik ve mali yeterliliğe ilişkin belgeler, sağlık hizmetlerinin satın alınması yolu ile gördürülmesi yönteminde, tedarikçilerin faaliyetlerini görmek için kullanılabilir. Ancak, şu anki sistemde kamu hastanelerinde çıkarılan bilanço ve gelir tablolarından yeteri kadar yararlanılmamıştır. Zaten kamu hastanelerinin yönetim yapılarında bu tabloları yorumlayabilecek ve buna göre strateji geliştirebilecek kapasitede yöneticiler

¹⁷⁷ Hizmet Alım İhaleleri Uygulama Yönetmeliği, **Ekonomik ve Mali Yeterliliğe İlişkin Belgeler**, T.C. Resmi Gazete Tarih 26.02.2006, S. 26092, Madde 39

bulunmamaktadır. Sağlık Hizmetlerinin satın alınmasında sağlık hizmeti veren kuruluşların faaliyetlerini görmek amacı ile bu raporlar kullanılabilir. Ancak, bilanço ya da gelir tablosundaki istenilen oranların tutturulması her zaman için mümkün olmayabilir. Özel sektör sağlık kuruluşları açısından ise banka kredileri ve mali durumlarını gösterir belgelerin istenilmesi uygun olacaktır.

Mesleki ve Teknik Yeterliğin Belirlenmesi için;¹⁷⁸

1) İsteklinin, mevzuatı gereği ilgili odaya kayıtlı olarak faaliyette bulunduğunu ve teklif vermeye yasal olarak yetkili olduğunu kanıtlayan belgelerden,

a) Tüzel kişi olması halinde, ilgisine göre tüzel kişiliğin ortakları, üyeleri veya kurucuları ile tüzel kişiliğin yönetimindeki görevlileri belirten son durumu gösterir Ticaret Sicil Gazetesi veya bu hususları tevsik eden belgeler ile tüzel kişiliğin noter tasdikli imza sirkülerinin,

b) Gerçek veya tüzel kişi olması durumuna göre, ortağı olduğu şahıs şirketleri ile sermayesinin yarısından fazlasına sahip olduğu sermaye şirketlerine ilişkin beyannamenin, (Ortaklık Hisse Beyanı) istenilmesi zorunludur.

Ayrıca, ilgili mevzuatı uyarınca; mesleki faaliyetin sürdürülmesi ve ihale konusu işin yapılması için alınması zorunlu olan sicil, izin, ruhsat vb. belgelerin isteklilerce sunulmasına ilişkin hükümlere, ilan ve ilgisine göre ön yeterlik veya idari şartnamelerde yer verilir. Kamu sağlık hizmetlerinin satın alınması yolu ile gördürülmesi sistemine ilişkin olarak, bağlı semt polikliniği, bağlı kuruluş ve iştiraklere ilişkin belgeler ile T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen açılış ruhsatı istenmelidir. Bu tür bir hizmet alım ihalesinde, mesleki ve teknik yeterlilik kriteri olarak, sağlık kuruluşu ya da hastane için açılış ruhsatı, yerleşim planı özerkleşmiş veya özel bir hastane için yönetim kurullarını ve yönetim kurullarındaki üyeleri gösterir belgeler istenmelidir.

2) İsteklinin ihale konusu iş veya benzer işlerde; mal ve hizmet alımları için son beş yıl içinde, yapım işleri için ise son on beş yıl içinde kamu veya özel sektörde o işe ait sözleşme bedelinin en az yüzde 70'i oranında gerçekleştirdiği veya yüzde 50'si oranında

¹⁷⁸ Hizmet Alım İhaleleri Uygulama Yönetmeliği, a.g.y., Madde 41

denetlediği veya yönettiği idarece kusursuz kabul edilen benzer işlerle ilgili deneyimini gösteren belgeler istenmelidir.

İş deneyiminde değerlendirilecek benzer işler; ihaleye konu alımla nitelik ve/veya nicelik bakımından benzerlik gösteren, aynı veya benzer üretim usul ve tekniği gerektiren, tesis, makine, teçhizat ve diğer ekipman ile mali güç, ihtisas ve organizasyon gerekleri itibarıyla benzer özellikteki işlerdir.¹⁷⁹ İş deneyimi olarak, bir yıl içinde bakılan hasta sayısını gösterir belge verilebileceği gibi branşlara özel belgelerde sunulabilir. Örneğin 1 yılda bakılan kardiyoloji hasta sayısı gibi. Hizmet alım ihalelerinde eğer ilk defa ortaya çıkan bir hizmet türü değilse, iş deneyim belgesinin istenilmesi, eşik değeri aşan hizmet alım ihalelerinde bilanço, gelir tablosu ve mali durum bildirimlerinin istenilmesi zorunludur. İş deneyim belgesi olarak ya da onun yerine geçebilecek nitelikteki belgeler, eğer faaliyetlerini en az 1 yıl öncesinden beri sürdüren bir sağlık kuruluşu ise bir önceki yıldaki toplam hasta sayısı, ayakta ve yataklı tedavi yaptığı hasta sayısını ve bu hastaların branşlara göre dağılımını gösterir belgeleri, yeni açılan bir sağlık kuruluşu ise mevcut durumu ve kapasitesini kanıtlayıcı belgeleri sunmaları gerekir.

3) İsteklinin üretim ve/veya imalat kapasitesine, araştırma-geliştirme faaliyetlerine ve kalitenin sağlamasına yönelik belgeler istenmelidir.

a) İstekli imalatçı ise imalatçı olduğunu gösteren belgeler ve/veya sanayi sicil belgesi ve/veya kapasite raporu için, bu tür bir ihalede, toplam yatak kapasitesi, yatak doluluk oranı, fiili kullanım oranı, yapılan ameliyat sayısı, mortalite oranı, hastane enfeksiyonlarını gösterir oranlar¹⁸⁰ gibi çeşitli kriterleri içeren belgeler olmalıdır.

¹⁷⁹ Hizmet Alım İhaleleri Uygulama Yönetmeliği, a.g.y., Tanımlar , Madde 3

¹⁸⁰ http://diweb.die.gov.tr/reports/rwservlet?mhtmlcss&report=Metarp5.rdf&p_1=968&p_harf=K/13/03/2006
Kaba Ölüm Oranı=1 yılda olan toplam ölüm sayısı/aynı yıldaki toplam nüfus x 1000

Tablo 11. Sözleşmelerde Öncelikli Şartlar

	Lisans	Sertifikasyon	Akreditasyon
Başvuru	Sağlık Hizmetleri İmkanları	Sağlık personeli	Sağlık hizmeti imkanları
Gereklilikler	Uygulamaya geçiş	Mesleki durum ve olası geri ödemeler	Statü ve olası geri ödemeler
Amaç	Tedarikçilerin piyasaya girişini sınırlamak	Özel amaçlar için tedarikçilerin devamlılığı ve sınırlı girişler	Hizmet kalitesinde arzulanan düzeyin kamusal garantisi
Devamlılık	Sürekli	Sınırlı	Sınırlı
Yenilenme	Sıklıkla gerekmez	Gereklidir, yeni sertifikalar	Gereklidir, yeni denetimler
Standartlar	Yapıların minimum kalitesi	Yapıların minimum kalitesi ve yönetim yolları	Optimal ulaşılabilir yapısal kalite
Performans Temelli	Hayır	Bazen	Evet
Yüksek Kalite İndikatörü	Hayır	Sınırlı	Evet

Kaynak: Marciel Valesco-Garido, Michael Borowite, Tohn Qureitveit and Reinhard Buse, s.220

İhale konusu işin özelliğine göre gerek duyulduğu takdirde isteklinin araştırma-geliştirme faaliyetlerinde bulunup bulunmadığı (eğitim ve üniversite hastaneleri için mutlaka) ile varsa bu faaliyetlerini yürüttüğü birimine ilişkin belgeler de ayrıca istenmelidir. Sağlık hizmetini yerine getiren kuruluşların, faaliyetlerine ilişkin raporlar ile kalite sistemine ve akreditasyon kriterlerine ilişkin belgeler de istenilmelidir.

4) İsteklinin organizasyon yapısına ve ihale konusu işi yerine getirmek için yeterli sayıda ve nitelikte personel çalıştırdığına veya çalıştıracağına ilişkin bilgi ve/veya ihale konusu alımın/işin özelliğine göre, teklif edilen hizmetin kalite ve özelliklerine göre üretilebilmesini teminen, gerekli yeterliğe sahip personel çalıştırıldığına dair belgeler istenilmelidir.

5) İhale konusu hizmet veya yapım işlerinde isteklinin yönetici kadrosu ile işi yürütecek teknik personelinin eğitimi ve mesleki niteliklerini gösteren belgeler istenilmelidir.

Sağlık hizmetini yerine getirecek istekli sağlık kuruluşunun, personel yapısını gösterir belgelerin istenilmesi zorunludur. Örneğin, acil servis hizmetleri için en az 10 doktor, en az 15 hemşire, 2 tıbbi sekreter vb. gibi personelin bulunması gibi şartlar konulabilir. Asgari

bulunması gereken personeli karşılamayan istekliler değerlendirme dışı bırakılmalıdır. Çünkü teklif edilecek hizmetin gerçekleştirilebilmesi için personel kapasitesi yetersiz kalacaktır.

6) İhale konusu işin yerine getirilebilmesi için gerekli görülen tesis, makine, teçhizat ve diğer ekipmana ilişkin belgeler istenmelidir.

Sağlık kuruluşunda bulunan tıbbi cihaz ve cerrahi alet kapasitesin, teknik donanımını, sahip olduğu cihazların marka, model ve yaş durumlarını (bazı cihazların yaş sınırlaması olabilir. 5 yaşından büyük labaratuvar, Tomografi ve MR cihazlarının kamu hastanelerinde kullanılması yasaktır)¹⁸¹ gösteren belgelerin istenilmesi gereklidir. Ayrıca sahip olunan tıbbi cihazların AB direktiflerine uygun olarak CE işareti taşıyıp taşıyamadıklarına bakılmalı, insan, hayvan, bitki yaşam ve sağlığına tehdit oluşturacak bir unsurun var olup olmadığı böylece güvence altına alınacaktır.

7) İstekliye doğrudan bağlı olsun veya olmasın, kalite kontrolden sorumlu olan ilgili teknik personel veya teknik kuruluşlara ilişkin belgeler, istekliden, kalite kontrolünün ne şekilde gerçekleştirildiğine dair belgeler istenilebilir. Bu belgelerin istenilmesi durumunda;

a) Kalite kontrolünün isteklinin birimi tarafından yerine getirilmesi halinde yeterli personele ve kalite kontrolünün yapılabilmesi için gerekli tesislere sahip olduğuna ilişkin belgelerin,

b) Kalite kontrolünün teknik kuruluşlar tarafından yapılması halinde bu kuruluşun standartlara uygunluğu ile bir akreditasyon kuruluşunca akredite edilip edilmediğine ilişkin belgelerin verilmesi gerekmektedir.

8) İhale konusu işin ihale dokümanında belirtilen standartlara uygunluğunu gösteren, uluslar arası kurallara uygun şekilde akredite edilmiş kalite kontrol kuruluşları tarafından verilen sertifikalar da istenebilir. Örneğin, Uludağ Üniversitesi'nin Beyin Cerrahi Kliniği Akredite olmuş bir klinikdir.¹⁸² Devlet Hastaneleri içerisinde de Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi uluslararası bir akreditasyon kurumu olan Joint Commision International'a hastanenin standartları ve kriterleri ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren akreditasyon için başvuruda bulunmuştur.¹⁸³ Sağlık hizmeti verecek kuruluşta akreditasyon şartı aranabilir. Ancak, eğer

¹⁸¹ T.C.Sağlık Bakanlığı,a.g.g.,200/70,s.2

¹⁸² www.uludag.edu.tr/beyin_cerrahi./25/03/2005

¹⁸³ T.C. Sayıştay Raporu, a.g.r, 2005,s.20

ülkede akredite olan kuruluş oranı çok düşük ise böyle bir kriter rekabeti sınırlayıcı bir özellik gösterecektir. Ancak, zaman içerisinde sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların sözleşmelerle sonucunda belli bir kalite standardına ulaşması beklenir. Sağlık kuruluşları, sözleşme yapabilmek ve hizmetine devam edebilmek için mutlaka belirli standartları yakalamak zorunda kalırlar. Aksi takdirde, sözleşme yapmaktan mahrum edilirler. Bu da sağlık hizmeti tedarikçileri açısından rekabet ortamının gelişmesi ile sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin artmasını sağlar.

İdare, ihale konusu hizmetin özelliğine ilişkin olarak alımın niteliğini göz önünde bulundurarak, kalite uygunluk belgesi, kalite yönetim sistem belgesi, laboratuvar yeterlilik belgesi, çevre yönetim sistem belgesi (özellikle tıbbi atıklar için), personel belgelendirilmesine ilişkin olarak sertifika ve belge istenilebilir. Örneğin, diyaliz, yoğun bakım, ameliyathane gibi gruplarda sertifikalı personellerin çalıştırılması sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından daha uygun olur.

Bu belge ve sertifikaların, Türk Akreditasyon Kurumu tarafından akredite edilen belgelendirme kuruluşları veya Uluslararası Akreditasyon Forumu Karşılıklı Tanınma Antlaşmasında¹⁸⁴ yer alan ulusal akreditasyon kurumlarınca akredite edilmiş belgelendirme kuruluşları tarafından düzenlenmesi zorunludur. Bu belgelendirme ve kalite kontrol kuruluşlarının Uluslararası Akreditasyon Forumu Karşılıklı Tanınma Antlaşmasında yer alan ulusal akreditasyon kurumlarınca akredite edilmiş belgelendirme kuruluşu olduklarının Türk Akreditasyon Kurumu'ndan alınacak bir yazı ile teyit edilmesi gerekir. Türk Akreditasyon Kurumu tarafından akredite edildiği duyurulan belgelendirme kuruluşları tarafından verilen belge ve sertifikalar için Türk Akreditasyon Kurumu'ndan teyit alınması zorunlu değildir.¹⁸⁵ Türkiye'de Akredite olan kuruluşlar, TÜV, BVQI, URS gibi kuruluşlardır.¹⁸⁶ Bu akredite olan kuruluşlardan alınan belgeler için Türk Akreditasyon Kurumundan teyit alınması zorunlu değildir.

İhale konusu işin niteliğine göre yukarıda belirtilen bilgi veya belgelerden hangilerinin yeterlik değerlendirmesinde kullanılacağı, ihale dokümanında ve ihale veya ön

¹⁸⁴ 27/7/1984 tarih ve 84/8373 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla onaylanan Yabancı Resmi Belgelerin Tasdiki Mecburiyetinin Kaldırılması Sözleşmesi, 16/9/1984 tarih ve 18517 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış olup, Yabancı Resmi Belgelerin Tasdiki Mecburiyetinin Kaldırılması Sözleşmesine taraf devletler ile bu devletlerde tasdik şerhi vermeye yetkili makamların Listesi, Lahey Uluslararası Özel Hukuk Konferansı'nın internet sayfasında (http://hcch.e-vision.nl/index_en.php?act=states.listing) yer almaktadır.

¹⁸⁵ Kamu İhale Kanunu Hizmet Alım İhaleleri Uygulama Yönetmeliği, Madde 37

¹⁸⁶ www.turkak.org.tr/ akredite kuruluşlar/01/02/2006

yeterliçe ilişkin ilân veya davet belgelerinde belirtilir. Değerlendirme de ihale komisyonu tarafından ihale dokümanında istenilen belgelere göre yapılır.

4.9.Teknik Şartnameler

Gerek duyulması halinde alınacak hizmetin teknik ayrıntılarını ve şartlarını gösteren bir teknik şartname hazırlanarak ihale dokümanına dahil edilir. İdarelerce hazırlanacak teknik şartnamelerde belirlenecek teknik kriterlerin, verimliliği ve fonksiyonelliği sağlamaya yönelik olması, rekabeti engelleyici hususlar içermemesi ve bütün istekliler için fırsat eşitliği sağlaması zorunludur.¹⁸⁷

İhale konusu hizmet alımının her türlü özelliğini belirten teknik şartnamelerin idarelerce hazırlanması esastır. İhale teknik şartnamelerinde işin uzmanı olan en az 3 kişi tarafından imzalaması zorunludur. Ancak, alınacak malın özelliği nedeniyle teknik şartnamenin idarelerce hazırlanmasının mümkün olmadığı ihale yetkilisi tarafından onaylanması kaydıyla, danışmanlık hizmet alımı ile dışarıdan şartname hazırlattırılabilir.

İhale Yetkilisi, satın almaya yetkili en büyük mülki idari amirdir. Satın almayı yapacak kurum tarafından işin uzmanı olmak kaydıyla 3 kişi tarafından ihale teknik şartnamesi hazırlanır. Hazırlanan teknik şartnamede satın alınacak sağlık hizmetinin tüm tanımları yapılmalı, özellikleri belirtilmeli ve istenilen standartlar konulmalıdır. Örneğin, genel cerrahi grubunun sağlık hizmetlerinin satın alınmasında tüm hastalık tanımlamalarının, tedavi şekillerinin (tıbbi uygulamalarının, ameliyatların vs) tanımlanmış olması gerekir. Eğer hastaneler akredite kuruluşlar ise, istenilen özellikleri çok rahat karşılayabileceklerdir. Böylece istenilen hedef kriterlerini de daha kolay yakalayabileceklerdir. Sağlık hizmet alımında teknik şartnamenin çok açık bir şekilde yazılması ve tedarikçileri tereddüde düşürmeyecek şekilde hazırlanması gereklidir. Eğer ilgili kurumda yeterli nitelik ve sayıda eleman yoksa danışmanlık hizmet alımı yolu ile danışman bir firmaya teknik şartname hazırlattırılabilir. Kaynak israfının önlenmesi için, satın almacılar tarafından tanı ve tedavi talimatları ile hangi durumlarda hangi tetkiklerinin isteneceğine yönelik rehberlerin ayrıntılı olarak yazılması gereklidir. Bu rehberlere teknik şartnamede yer verilmelidir. Sadece teşhis hizmetleri için ihaleye çıkılıyor ise tüm tetkikler ayrı ayrı isim olarak belirtilmelidir. Aksi takdirde, faturalandırma işlemlerinde problemler çıkacaktır.

¹⁸⁷ Mal Alım İhaleleri Uygulama Yönetmeliği,a.g.y., 17. madde

4.10. İdari Şartnameler

İdareler, hizmet alımında hangi ihale usulünü uygulayacaklar ise, o usule göre bu Yönetmelik ekinde yer alan Tip İdari Şartname’yi esas alarak idari şartnamesini hazırlar. Tip İdari Şartnamelerde doldurulmak üzere boş bırakılan ve dipnota alınan hususlar, işin özelliği ve ihale usulüne göre 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu, 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu ve diğer mevzuatın emredici hükümlerine aykırı olmamak koşuluyla idarelerce düzenlenir.

Ayrıca, idareler Tip İdari Şartname’lerde düzenlenmeyen ve işin özelliğine göre düzenlenmesine gerek duyulan hususları da ihale konusu hizmetin özelliklerini dikkate alarak, 4734 ve 4735 sayılı Kanunlar ile ilgili mevzuatın emredici hükümleri ve Kamu İhale Kurumu tarafından çıkarılan yönetmelik, tebliğ, genelge ve diğer düzenleyici işlemlere aykırı olmamak koşuluyla, maddeler halinde düzenleme yaparak Tip İdari Şartname’lerde yer alan “Diğer Hususlar” bölümüne ekleyebilirler. İdari Şartnamelerde düzenlenen başlıca hususlar, ihale ile ilgili genel bilgilere, adı, tarihi, saati, tür ve niteliği gibi bilgiler ile ihaleye katılabilmek için gerekli olan belgeler, mesleki ve teknik yeterliliğe ilişkin belgeler, ekonomik ve mali niteliğe ilişkin belgelere yer verilir. İhale idari şartnamesinde tekliflerin dili, ödemelere esas para birimi, ihalenin yerli ya da yabancı isteklilere açıklığı, teklif fiyatlarının götürü bedel ya da birim fiyat esasından hangisine göre verileceği, tekliflerin geçerlilik süresi, teklif fiyata dahil olan masraflar, alternatif teklif verilip verilemeyeceği, ihalenin kısmi teklife açık olup olmaması durumu, hizmetin yerine getirilmesi ile ilgili koşullar, gecikme veya şartname hükümlerine uymayan davranışlar bulunması halinde uygulanacak cezai müeyyidelere ilişkin hükümlere yer verilir. Sağlık hizmetlerinin satın alınması yolu ile gördürülmesi için yapılacak bir ihalede düzenlenecek olan idari şartname yukarıda belirtilen esaslara göre düzenlenir.

4.11.İhale Usulleri

İdarelerce yapılacak olan mal ve hizmet alımları ile yapım işlerinin ihalelerinde uygulanacak usuller; açık ihale, belli istekliler arasında ihale, pazarlık ihalesidir.

İdareler bir iş için iki ayrı ihale türünü birlikte kullanamazlar.¹⁸⁸ Örneğin açık ihale ile yapılmakta olan bir işin herhangi bir aşamasında ihale şeklinin pazarlığa dönüştürülmesi mümkün değildir.

¹⁸⁸ Sayıştay 2. Daire Kararı, Karar Tarihi ve Sayısı, 4.5.1989/2-6296/22639

Temel ihale usulleri, açık ihale ve belli istekliler arasında ihale usulüdür. Diğer ihale usulleri belirli şartların oluşması halinde kullanılır. Bütçede ödeneği olmayan hiçbir iş için ihaleye çıkılamaz. Buradaki amaç, yapılacak işlerin ödenek yetersizliği vb. nedenlerden dolayı yarım kalmasının önüne geçilmesi, kamu harcamalarının etkin ve belirli bir plan dahilinde kullanılmasının sağlanmasıdır. Ancak, ertesi mali yılda gerçekleştirilecek süreklilik arz eden mal ve hizmet alımları için bir önceki mali yıl sona ermeden ihaleye çıkılabilir.¹⁸⁹ Bu iş için harcanacak ödenek ya kurumun kendi kazancı olabilir ya da genel bütçeden toplanan fonlardan yerele (kurumlara) aktarma yapılarak sağlanabilir. Sosyal güvenlik sigorta fonlarında toplanan vergilerden yerel yönetimlere ödenek aktarımı yapılabilir.

4.11.1. Açık İhale Usulü

Bütün isteklilerin teklif verebildiği usuldür. İdare, öncelikle bir ihaleyi "Açık İhale Usulü" ile yapıp yapamayacağını belirler. Hizmet alımlarında temel ihale usulü,"Açık İhale Usulü"dür. Açık ihale usulü, yeterlik ve teklif değerlendirmesinin bir arada yapıldığı usuldür. Bütün istekliler ihaleye katılabilir. İhale, ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren isteklinin uhdesinde kalır.

Açık ihalede teklifler, kapalı zarflar içerisinde sunulmakta ve ihale esnasında istekliler ve ihale komisyonu önünde açılmaktadır. İstekliler tekliflerini verdikten sonra teklif üzerinde herhangi bir değişiklik yapma imkanları bulunmamaktadır. Verilen teklif üzerinden tekrar indirim yapma şansları yoktur. Ancak, tek firmanın katıldığı ihalelerde, verilen teklifler ihale komisyonu tarafından uygun bulunmadığı takdirde karşılıklı anlaşma ile verilen tekliflerin değiştirildiği görülmektedir. Bu uygulama, kanuna aykırı olsa da teklif bedelden indirim yapıldığında kamu açısından fiyat avantajı sağlamaktadır.

4.11.2. Belli İstekliler Arasındaki İhale Usulü

Yapılacak ön yeterlik değerlendirmesi sonucunda idarece davet edilen isteklilerin teklif verebildiği usuldür. İşin özelliğinin uzmanlık ve/veya yüksek teknoloji gerektirmesi nedeniyle açık ihale usulünün uygulanamadığı mal veya hizmet alımları ile yapım işlerinin ihalesi bu usule göre yapılır.¹⁹⁰ Ön yeterlilik dokümanında belirlenen yeterlilik kriterlerine uygun olarak ön yerlilik değerlendirilmesi yapıldıktan sonra yeterli kabul edilenlerle ihaleye

¹⁸⁹ "İşin iki ihale usulü ile birlikte ihaleye çıkarılması, Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği'ne aykırıdır."
¹⁸⁹ **2004 Yılı Kamu İhale Genel Tebliği**, T.C.Resmi Gazete, Tarih 8 Haziran 2004, S.25486, s. 121

¹⁹⁰ 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu, a.g.k., Madde 20

devam edilir. Yeterli bulunmayanlar elenir, gerekçeleri ise yazılı olarak isteklilere bildirilir. İhaleye davet edilebilecek aday sayısının beşten az olması veya teklif veren istekli sayısının üçten az olması halinde ihale iptal edilir. İptal edilen ihaleye, tekrar düzenlenerek yeniden çıkılabilir.

Bu ihale usulü, çok özellikli branşlara ait sağlık hizmetlerinin satın alınmasında kullanılabilir. Örneğin, beyin cerrahi, mikro cerrahi, onkoloji, kardiyoloji gibi. Bu ihale usulü şu an ancak çok ileri teknoloji gerektiren işlerde (baraj yapımı gibi) kullanılmaktadır. Temel ihale usulü olmasına karşılık, şartlarının ağırlığından dolayı kolay uygulanabilecek bir ihale usulü değildir.

4.11.3.Pazarlık Usulu

Pazarlık usulüne göre bir ihalenin yapılabilmesi için aşağıdaki koşullardan birinin gerçekleşmesi gerekir.

a) Açık ihale usulü veya belli istekliler arasında ihale usulü ile yapılan ihale sonucunda teklif çıkmaması,

b) Doğal afetler, salgın hastalıklar, can veya mal kaybı tehlikesi gibi ani ve beklenmeyen veya idare tarafından önceden öngörülemeyen olayların ortaya çıkması üzerine ihalenin ivedi olarak yapılmasının zorunlu olması,

c) Savunma ve güvenlikle ilgili özel durumların ortaya çıkması üzerine ihalenin ivedi olarak yapılmasının zorunlu olması,

d) İhalenin, araştırma ve geliştirme sürecine ihtiyaç gösteren ve seri üretime konu olmayan İhale konusu mal veya hizmet alımları ile yapım işlerinin özgün nitelikte ve karmaşık olması nedeniyle teknik ve malî özelliklerinin gerekli olan netlikte belirlenememesi durumlarında,

e) İdarelerin yaklaşık maliyeti 86.278,00Yeni Türk Lirasına (her yıl güncellenir) kadar olan mamul mal, malzeme veya hizmet alımlarında bu usul kullanılabilir.

Bu usule göre yapılacak olan alımlarda, (b), (c) ve (f) bentlerinde belirtilen hallerde ilan yapılması zorunlu değildir. Ancak, bu bentlere göre yapılacak ihalelere en az üç istekli

davet edilmelidir.¹⁹¹ İhaleye üç isteklinin teklif vermesi ise zorunlu değildir. (a), (b), (c) bentlerine göre yapılacak ihalelerde verilen ilk teklifler üzerinden fiyat görüşmesi yapılarak indirimli son teklifler istenerek ihale sonuçlandırılır. Böylece idare ihtiyacın karşılanması noktasında pazarlık gücüne sahip olur. Özellikle tek firmanın katıldığı ihalelerde, pazarlığın yapılması kamu yararı açısından olumlu değerlendirilmelidir. Bu maddenin (a),(d),(e) bentlerine göre yapılan ihalelerde ise, ihale konusu işin teknik detayları ve işin gerçekleştirilme yöntemleri gibi hususlar görüşülür. Teknik görüşmelerin bitmesinin ardından, isteklilerden fiyat teklifleri istenerek ihale sonuçlandırılır. Bu bentlere göre yapılacak ihalelerde teklif veren istekli sayısının üçten az olması halinde ihale iptal edilir. Pazarlık ihalelerinin, kanunda yapılabileceği belirtilmesine rağmen, idari denetimlerde müfettişler tarafından ilk sorgulanan ihaleler olmasından dolayı sık kullanılmaması yerinde olur.

4.12.Sağlık Hizmetlerinin Kamu İhale Kanunu Vasıtasıyla Satın Alınmasında Uygulanabilecek İhale Usulleri

Sağlık Hizmetinin satın alınmasında, tüketici; sağlık hizmetinden faydalananlar, satın almacı; sağlık otoriteleri, yerel yönetimler ve sosyal sigorta fonları ve özel sağlık sigortaları, tedarikçiler ise; sağlık hizmetini yerine getiren hastane veya poliklinikler gibi sağlık kuruluşlarıdır. Bir satın alma sözleşmesinde satın almacı taraflar, ülkenin sağlık politikasının benimsediği sisteme göre (merkezi-bölgesel-yerel sistemlere göre) değişecektir. Coğrafi özelliklere ve demografik yapıya göre satın alma düzeyi de değişecektir. Ülkemizde ilerleyen dönemde tek tip sosyal sağlık sigortası sistemine geçilecek olmasının yanında, piyasadaki özel sağlık sigortaları faaliyetlerine devam edeceklerdir.

Satın alma düzeyi, ülkenin sağlık politikası hedeflerine ve toplumun sağlık beklentilerine karşılık verme düzeyi ile de ilgilidir. Sağlık Bakanlığı, hangi tip satın alma düzeyini belirlerse belirlesin hedeflerini ortaya koymalı ve tedarikçi gruplara belirli hedefler vermelidir. Bu hedefler, satın alma sözleşmelerine konulmalıdır. Bir sonraki yılda sözleşmelerin yenilenmesi, bu hedeflerin ne oranda gerçekleştiğine bağlı olmalıdır.

Satın alma düzeyine bağlı olarak, Kamu İhale Kanunu'nda sayılan, açık ihale, belli istekliler arasında ihale usulü ve pazarlık ihalesi usullerinin hepsi kullanılabilir. Belli istekliler arasında ihale usulünün kullanılmasının sebebi, ihaleye sadece yeterlilik koşullarını sağlayan

¹⁹¹ Kamu İhale Kanunu,a.g.k., Madde 20

tedarikçi hastane ya da sağlık kuruluşlarının katılmasının sağlanmasıdır. Bir bölgede ya da ilde yapılacak olan sağlık hizmeti alımı ihalesine başka bölgedeki ya da ildeki bir sağlık kuruluşu teklif veremeyecektir. Bu ihalede rekabet koşullarının sağlanması açısından bir dezavantajdır. Ancak lke çapında faaliyet gösteren birden fazla şubesi olan hastaneler için avantajlı bir durum ortaya çıkacaktır. Ayrıca, söz konusu olan insan hayatı ve sağlık olduğundan sadece, yeterlilik koşullarını taşıyan isteklilerin ihaleye katılımının sağlanması kalite açısından değerlendirilmelidir. Diğer bir dezavantaj ise, şehrin en uzak iki noktası arasındaki mesafe çok büyükse, trafik kazaları veya acil bakım gibi hizmetler için tek bir taraftaki sağlık kuruluşu ile anlaşma yapılmışsa bu gibi durumlarda hizmete ulaşmak zorlaşabilir ve istenilmeyen durumlarla karşılaşılabilir. Yine buna benzer bir durum yataklı tedavi görmekte olan hastaların, birden fazla branşı ilgilendiren bir hastalığı ya da komplikasyonların tedavisi söz konusu olduğunda görülür. Eğer ilgili sağlık kurumu sözleşme kapsamında değilse, başka bir sağlık kurumuna sevki gereklidir. Hastanın nakli sırasında çeşitli problemlerle karşılaşılabilir. Bu yüzden yeni sağlık kurumlarının inşaati yapılırken servisler arası nakil imkanlarının kolaylığı düşünülerek monoblok* tipte yapılmaktadır.

Belli İstekliler Arasındaki ihale usulünde en az 5 isteklinin davet edilmesi ve en az 3 tedarikçinin ise yeterli kabul edilerek fiyat teklifinde bulunması gerekmektedir.¹⁹² Büyük şehirlerde davet edilecek istekli sayısının bulunmasında sorun olmaz. Yeterlilik kriterlerini sağlayan en az 5 tedarikçi hastane yada sağlık kuruluşu zaten vardır. Fakat düşük nüfus yoğunluğu olan yerlerde 5 hastanenin bulunması mümkün olmayabilir ve hatta yeterlilik kriterlerini sağlayabilecek 3 tedarikçi hastanenin ya da sağlık kurumunun bulunması da mümkün olmayabilir. Bu nedenle küçük yerleşim birimlerinde satın alma düzeyi farklılaştırılabilir ve de satın alma usulü olarak pazarlık usulü kullanılabilir. Bu bölgelerde ayrıca uzman hekimlerle direkt olarak sözleşme de yapılabilir.

¹⁹² 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu, Madde 20

Tablo 12. Bir Hizmet Alım İhalesinin Tüm İhale Süreçleri

Süreç Adım No	Mal veya Hizmet Alımlarında İhale Süreci		
1	İhtiyacın Ortaya Çıkması		
2	Teknik Şartnamenin Hazırlanması		
3	Yaklaşık Maliyet		
4	İhale Usulünün Tespiti		
USUL	Açık İhale Usulü	Belli İstekliler Arasında İhale Usulü	Pazarlık Usulü
5	İhale Dokümanı	Ön Yeterlik ve İhale Dokümanları	İhale Dokümanı
6	İhale Onayının Alınması	İhale Onayının Alınması	İhale Onayının Alınması
7	İhale Komisyonunun Kurulması	İhale Komisyonunun Kurulması	İhale Komisyonunun Kurulması
8	İhale İlânı	Ön Yeterlik İlânı	İhale İlânı
9	İhale Dokümanının Görülmesi / Satın Alınması /Değişiklik ve Açıklama Yapılması	Ön Yeterlik ve İhale Dokümanlarının Görülmesi / Satın Alınması / Değişiklik ve Açıklama Yapılması	İhale Dokümanının Görülmesi / Satın Alınması /Değişiklik ve Açıklama Yapılması
10	Tekliflerin Sunulması	Ön Yeterlik Değerlendirmesi, İhaleye Davet ve Tekliflerin Sunulması	Yeterlik Başvurusu, Değerlendirmesi, Teknik Görüşme ve Fiyatı da İçeren Son Tekliflerin Sunulması
11	Tekliflerin Değerlendirilmesi ve İhalenin Karara Bağlanması	Tekliflerin Değerlendirilmesi ve İhalenin Karara Bağlanması	Son Tekliflerin Değerlendirilmesi ve İhalenin Karara Bağlanması
12	İhale Sonucunun Bildirilmesi ve Sözleşme Yapılması	İhale Sonucunun Bildirilmesi ve Sözleşme Yapılması	İhale Sonucunun Bildirilmesi ve Sözleşme Yapılması

Kaynak :www.kik.gov.tr/ eğitim modülü/04/05/2006

4.13.İhale Hazırlık ve İhale Aşaması

Yaklaşık maliyet belirlendikten sonra, ihale yetkilisinin ihale yapılması için onayı alınır. İhale yetkilisinin onayından sonra, ihale işlem dosyası hazırlanır. İhale idari şartnamesi,

tip sözleşme ve ihale ilanı hazırlanarak ihale işlem dosyasına konulur. Sağlık Hizmeti satın alımı işi idari şartnamesi hazırlanırken hizmet alımları tip idari şartnamesi üzerinden çalışma yapılır. Tip idari şartnamede belirtilecek hususlar; ilgili idarenin adı, adresi telefon ve faks numaraları, işin adı, niteliği, miktarı, süresi (örneğin yılda toplam 1500 genel cerrahi hastası gibi) tekliflerin geçerlilik süresi, (bu süre ihaleyi sonuçlandırabilmek için geçerli olan süredir), ihaleye katılabilmek için yeterlilik kriterleri gibi konulardır. Bu tür bir ihalede ekonomik ve mali yeterlilikten çok mesleki ve teknik kriterlere öncelik ve önem verilmesi gereklidir. Örneğin, cerrahi hizmetleri için yapılacak olan hizmet alımında ameliyathanenin koşulları, sterilizasyon ve dezenfeksiyon koşullarına, hasta sirkülasyonuna ameliyat tekniklerinin (laporoskopik, endoskopik veya açık ameliyat gibi tekniklere) özelliklerine yer verilmesi ve bunlarla ilgili kuralların ve yeterlilik kriterlerinin çok iyi konulması gereklidir.

Yürürlükteki ilan süreleri dikkate alınarak ilgili yayın organında ihale ilan edilir.

Sistemde karşılaşacak en büyük sorun, ülkemizde iç göç oranının yüksek olmasıdır. Tek tip sosyal sağlık sigortası uygulamasına geçiş yapıldığı zaman, T.C. Kimlik numarası veya onun yanına kopyalanması mümkün olmayan bir şekilde başka bir kişisel sağlık numarası ilave edilebilir. Bu tek numara ile vatandaşın sağlık geçmişi anında görülebilmesi ve ülkenin her neresine giderse gitsin sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır. Bu sistemin işlemesi için Mernis Projesinin etkin bir şekilde işlemesi esastır.

İktisadi etkinliği sağlamak için coğrafi açıdan birbirine yakın olan hastanelerin aynı nitelikte olan yatırımları yapmaları kaynak israfına yol açar. Özellikle ileri teknoloji gerektiren tetkik ve teşhis amaçlı yatırımlar yüksek meblağlara ihtiyaç duyar. DRG dediğimiz teşhis hizmetleri için, MR ve Tomografi hizmetleri, Labaratuvar hizmetlerinin toplamı buna örnek olarak gösterilebilir. Oysaki yeterli kapasiteye sahip olmayan yerlerde bu yatırımların yapılması ülke ekonomisi için bir kayıptır. Bu gibi kayıpları önlemek için, sağlık hizmetlerini satın alacak olan gruplara ya da tedarikçi hastanelere tıbbi teknolojiler konusunda yardımcı olacak ve danışmanlık hizmetini yürütecek bir organa ihtiyaç vardır. Örneğin, küçük bir hastaneye bazı kan tahlillerinin yapılması için çok yüksek kapasiteli bir cihaz alınmak istenebilir. Ancak, tıbbi teknolojiler konusunda destek verecek organın, tedarikçi hastanenin kapasitesini ve ona uygun olan sistemleri alternatifleri ile beraber sunması gereklidir. Böylece, sağlık kuruluşlarının kapasitesine göre, tıbbi cihaz donanımına kavuşmasında etkinlik sağlanmış olur. Tıbbi teknoloji konusunda destek verecek organın bağımsız ve verdiği hizmetten dolayı sorumluluğunun bulunması kaydıyla, kaynak israfının ve

suiniyetlerin önü de kesilir. Yeni alınacak cihazların seçimi, temin edilecek cihazların teknik şartnamelerin hazırlanması, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yürütülerek en uygun teknolojinin temini ve temin edilen cihazların verimli bir şekilde kullanılması için biyomedikal mühendislik ve tıbbi teknoloji faaliyetlerinden faydalanılmalıdır. Mevcut sistemde Sağlık Bankalığı, yaklaşık maliyeti 150.000 YTL ve üzerinde olan tıbbi cihaz alımları için Bakanlık bünyesinde kurmuş olduğu Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu'ndan izin alınmasını şart koşmuştur.¹⁹³ Böylece büyük yatırım gerektiren cihazlar konusunda bakanlık onayının alınması koşulu ile kaynak kullanımının israf edilmesine müdahale edilmiş olmaktadır.

4.14. Kamu Hastaneleri İçin Sözleşmeler

Bu sözleşmeler sadece bir tedarikçiye göre tanzim edilir. Sözleşme daha önceden tanımlanmış olan şeylere bağlı olarak hizmetin kalitesine ilişkin hedefleri içermektedir. Her bir hedef için sözleşme, atılacak adımları denetim için belirlenecek göstergeleri, ulaşılabilecek hedefleri tek tek belirler. Daha ötesinde ise, sözleşmede belirtilen her bir hedef için sorumlu olan personel de sözleşmede belirlenir. Ayrıca alternatif eylemlerde dikkate alınır. Hedeflere bağlı olarak bunların başarılması için gerekli göstergelerin ölçüleri kalitenin yapısal uygulamasını veya proses göstergelerini (X ile tedavi edilmiş hastaların oranı ve /veya çıktı göstergeleri vb.) kullanır.¹⁹⁴

Özel hastanelerde sözleşmeler, hepsinde tek tiptir. Belirli bir sürede, tedarikçiler kendilerini akreditasyonun başarılması ile uzlaştırırlar. İlave olarak sözleşmeler uzlaşılan dönem sonunda başarılabilecek hedeflerin özelliklerinin elliden daha fazlasını isterler. Bu özellikler yapısal standartlara, temel olarak da güvenliğe yöneliktir. Karşılanacak hizmetler diğerleri ile birlikte farklı bölgelerdeki kalite ve güvenlikle sorumlu personelin temini eylem protokollerinin tesisi veya dokümantasyon sisteminin tesisini içerir. Bu özellikler, atık yönetimi, dahili acil yönetimi, farmakoloji, hastane enfeksiyonları, hasta tatmini, anestezi güvenliği, ağrı kontrolü, hemşirelik hizmetleri gibi alanlara yöneliktir.¹⁹⁵

¹⁹³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 14.01.2004 tarih ve 800 sayılı genelge ve 17.08.2005 tarih ve 6931 sayılı onay yazısı

¹⁹⁴ Marcial Valesco-Garrido, Michael Borowitz, John Qvretveit and Reinhard Buse, Purchasing for Quality of Care, a.g.m.,s.226

¹⁹⁵ Marcial Valesco-Garrido, Michael Borowitz, John Qvretveit and Reinhard Buse, Purchasing for Quality of Care a.g.m.,s.226

İngiltere’de ise sözleşmelerde hedef göstergeler ve puanları yer alır. Değerlendirme bu puanlar üzerinden yapılır. Örneğin yapısal tipte bir düzenlemeye ilişkin hedef; telefonla hasta kabul memuruna ulaşma ve uygulamada yüz yüze görüşme pazartesi’den cuma’ya 5 gün 45 saat en az uygulama şeklindedir. Puan ise, 1,5 ve hedef sıralaması ise önceliklidir.¹⁹⁶

4.15.Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınmasında Fiyatlar ve Ödeme Şekilleri

Hizmet alım ihalelerinde yıllara yaygın alım yapılabilir. Böylece normalde mal alımları için 1 yıl olan süre hizmet alımlarında birden fazla yılı kapsayacak şekilde yapılabilir. Örneğin, tedarikçi bir hastane ile 2 yıllığına yapılan bir sözleşme sonucunda, hastane veya ilgili sağlık kuruluşu daha kolay yatırım yapabilecek ve kendini sözleşme konusunda daha rahat hissederek çalışacaktır. Ancak, sözleşme süresinin çok uzun süreli olması, gevşeklğe ve hedeflerden sapılmasına, hizmet kalitesinden ödün vermeye neden olabilecektir.

Finansman açısından tek tip sağlık sigorta sistemine geçildiğinde, genel bütçede toplanan primlerden, özel idare ya da yerel yönetimlere kaynak aktarımı yapılabilir. Pirim oranları herkes için farklılık gösteriyorsa yararlanılan hizmet alanları da farklılık göstermelidir. Sadece sosyal amaçlı yapılacak olan sağlık hizmetleri için bakanlık (yeşil kartlı hastaları) bazı hastaneleri kendi bünyesinde bırakarak bu amacını gerçekleştirebilir. Bakanlık belirlediği bir sağlık kuruluşunu, bu kişilerin tetkik ve tedavilerine ayırabilir.

Paket fiyatlara komplikasyonlar dahil edilmemiş olabilir. Operasyon sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar ekstra ödemeler gerektirebilir. Paket fiyatların içinde komplikasyonlara yönelik uygulamalar bulunmayabilir sadece tedavi için gerekli olan tıbbi müdahaleler paketlere dahil edilmiştir. Faturalandırma paket fiyatlar üzerinden yapılacak ekstra ödemeler de sağlık hizmetinden yaralanan kişi tarafından karşılanacaktır. Eğer tedarikçi sağlık kuruluşundan kaynaklanan bir sorundan dolayı, hastada komplikasyon ya da yanlış tedavinin getirdiği bir durum gelişirse o zaman hasta hakları prosedürleri devreye girecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için mikro düzeyde doktorlar ile birebir anlaşma yapılabilir. Bu amaçla doğrudan temin usulü kullanılabilir. Doğrudan Temin usulü bir ihale usulü olmayıp sadece ihtiyacı karşılamak için bir yöntemdir. Doğrudan temin usulünde, piyasa fiyat araştırması yapılarak ihtiyaç karşılanır. İhtiyacın karşılanması için ilgili firmayla sözleşme yapılmalıdır. Alım sonucu, sözleşme yapılması doğrudan temin usulüne aykırılık

¹⁹⁶ Marcial Valesco-Garrido, Michael Borowitz, John Qvretveit and Reinhard Buse, Purchasing for Quality of Care a.g.m.,s.227

teşkil etmez.¹⁹⁷ Satın alma sözleşmelerinde ödeme şekilleri ve şartları da açık olarak belirtilecektir. Mevcut sistemde Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın ortak müzakerelerinden ortaya çıkan BUT fiyatlarına göre ödemeler sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılmaktadır.

4.16.Değerlendirme

Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerinin Kamu İhale Kanunu vasıtası ile satın alınması sonucunda ulusal sağlık politikası hedefleri daha kolay gerçekleştirilebilir. Bu durumda, kamu hastaneleri özel sektör hastaneleri ile özel sektör hastaneleri ise diğer özel hastaneler ile yarışmak ve kendini yenilemek zorunda kalacaktır. Çünkü ihaleler sonucunda, en iyi koşulları taşıyan hastane, hastaneler veya çeşitli sağlık kuruluşları ile sözleşme yapılacaktır. İhale sonucunda sağlık kuruluşlarının tüm birimleri ile sözleşme yapılabileceği gibi, sadece bazı branşlar için sözleşme yapılması da söz konusu olabilir. Böylece sağlık kuruluşu sözleşme yaptığı branşta, kendini uzmanlaştırma imkânını yakalar.Uzmanlaşma ile, mevcut kaynakların (personel, teçhizat, makine, ekipman gibi) daha etkin kullanımı ve maliyet avantajları sağlanır. Sözleşmenin yapılamadığı branşlarda ise, ya o hizmet alanları bırakılır ya da revizyona gidilir. İyi bir ihale şartnamesi ve sözleşmesi ile iktisadi açıdan kaynak kullanımında etkinlik bu noktada gerçekleştirilebilir.

Kamunun bir satın alma işlemini gerçekleştirebilmesi ancak, Kamu İhale Kanunu vasıtası ile mümkündür. Avrupa Birliği, ülkemizdeki kamu ihalelerine getirilen istisnaların çokluğundan şikayet etmektedir. Bu nedenle Avrupa Birliği Müktesebatı'nda, Kamu İhale Kanununa getirilen istisnalar konusunda aykırılıklar mevcuttur. Özellikle yeni bir kanunun uygulamaya konulması ile birlikte bu kanun kapsamına giren her türlü mal ve hizmet alımı Kamu İhale Kanunundan muaf olacaktır. Bu tür muafiyetler sadece Kamu İhale Kanunu'nun bütünlüğünü bozmakla kalmamakta, aynı zamanda, kamu ihaleleri için kapsamlı bir çerçeve oluşturulması hedefine de zarar vermektedir.¹⁹⁸ Avrupa Birliği ile entegrasyon sürecinde tüm kamu sektörü gibi, sağlık hizmetlerinin de satın alınması Kamu İhale Kanunu vasıtası ile yapılmalıdır. Böylece kanunun kapsamındaki istisnalar daraltılmış olacaktır. Ancak bu uygulamanın yapılabilmesi için, gerekli hukuki altyapının ve yasal zeminin oluşturulması gereklidir.

¹⁹⁷ Kamu İhale Genel Tebliği,2005, Resmi Gazete, tarih 25.07.2005, sayı 25886, s.96

¹⁹⁸ AB Müktesebatı 2005

Kamu sağlık hizmetlerinin satın alma yolu ile gördürölmesine ilişkin hizmet alım ihalesi sonucunda, sözleşme imzalayan sağlık kurumları bu sözleşme hükümlerini gerçekleştirmekle yükümlüdürler. Sözleşmeler kamu hastaneleri için ayrı özel sektör hastaneleri için ayrı ayrı olabilir. Sözleşme yapılan taraf ister özel sektör, ister kamu sektörü sağlık kurumları olsun sözleşmeler çeşitli bakımlardan hedefler içermelidir. Ayrıca, her il ya da her bölge için coğrafi ve beşeri özellikler göz önünde bulundurularak toplum sağlığını geliştirici öncelikli hedefler konulmalıdır. Örneğin, Akdeniz ve Ege bölgesi için Akdeniz Anemisinin tedavisi ve kontrolüne yönelik hedefler konularak bu yörelerdeki hastanelerin etkin kaynak kullanımına yönelmesini sağlayacak, hem de toplum sağlığı geliştirilmiş olacaktır. Sözleşmelerde hastane hizmetlerine ulaşım, hastanede doktorunu bulabilme, hastane enfeksiyonları, ağrı kontrolü, hemşirelik hizmetleri, hastaların tatmin düzeyi gibi kriterlere yönelik hedefler bulunmalıdır. Bu hedefler sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırıcı özellikte olmalıdır.

İhale şartname ve sözleşmeleri birbirini tamamladığından ve aralarında bir çelişki bulunmaması gerektiğinden, ihale şartnameleri ile sözleşmelerinde hedefler açıkça ortaya konulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu için yapılacak olan sözleşmeler öyle hazırlanmalıdır ki, gerekli olmayan hiçbir müdahale hastaya yapılmamalıdır. Ayrıca, her tetkikin yapılma sıklığı gözlenmeli ve gereksiz tetkikler ortadan kaldırılmalıdır. Endikasyon olmayan durumlar için tetkik istenmemesi ya da tetkik yapılma sıklığının çok kısa olması halinde eski tetkik sonuçlarının kullanılması sağlanabilir ve sözleşmelere bu yönde hedefler konulabilir. Böylece kaynak israfının önüne geçilmesi beklenir.

Sözleşme yapılan sağlık kurumları, ihale şartname ve sözleşmelerindeki hükümlere uygun olarak hareket etmek zorundadırlar. Aksi takdirde sözleşmelerde, ihalelerden yasaklamaya kadar varan cezai hükümler vardır. Bu yönüyle sözleşmelerin bağlayıcılığı çok fazladır. Zaten sözleşme hükümlerine aykırı hareket edilirse ve sözleşmede belirlenen hedeflere ulaşılamazsa bir sonraki yıl ilgili sağlık kuruluşu sözleşme yapmaktan mahrum edilecektir. Dolayısı ile sağlık kuruluşunun sözleşme yapmadan piyasada faaliyetini sürdürebilmesi oldukça zorlaşacaktır.

İhale yapmadaki amaç, rekabeti sağlayarak uygun fiyatlarla en kaliteli hizmeti satın almaktır. İhale sonucunda bir veya birden fazla tedarikçi ile sözleşme imzalanabilir. Bu

konuda Kamu İhale Kanunu açısından bu konuda bir sıkıntı bulunmamaktadır. Her hizmet grubu için ayrı ayrı ihaleye çıkılması durumunda birim fiyatlı sözleşmeler düzenlenir ve her hizmet grubuna ayrı ayrı teklif verebilme imkânı getirilirse yani kısmi teklife açık olarak ihaleye çıkılırsa, her bir hizmet grubunun ayrı tedarikçi kalma olasılığı vardır. Ayrıca, yeterlilik kriterlerini sağlayan bütün tedarikçi sağlık kuruluşları ile de sözleşme yapılmak isteniyorsa hizmetin yaygınlığı açısından, aynı tür işe en düşük teklifi veren sağlık kuruluşunun fiyatları baz alınarak diğer istekli sağlık kuruluşları ile de bu fiyatlar üzerinden sözleşme yapılabilir. İhale sonucunda teknik ve idari şartname hükümlerini karşılayan ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren istekli veya istekliler ile sözleşme imzalanır. Merkezi idare tarafından yapılacak olan bir ihalede, ülke çapında faaliyet gösteren tedarikçi hastane gruplarının katılımı daha fazla olabilir. Örneğin, birçok ilde şubesi olan hastaneler aynı sözleşme üzerinden tüm illerde sağlık hizmetlerini yürütebilirler. İhale yolu ile sağlık hizmetlerinin sunulmasında, kaynakların etkin kullanımı sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinin ihale yolu ile satın alınması için gerekli yasal düzenlemenin yapılması, bu yasal düzenleme yapılırken de Avrupa Birliği Müktesebatının da göz önüne alınması gereklidir.

5. SONUÇ

Günümüzde Avrupa’da ihaleler, artık düşük fiyat yüksek kalite sağlanması hedeflerini çok geride bırakarak, sosyal politika hedeflerini gerçekleştirmenin en önemli yolu olarak kullanılmaya başlanılmıştır. Bu amaçla Kamu İhale Kanunu kullanılarak, sağlık hizmeti veren kuruluşların, satın almacılarla yaptıkları sözleşmelere göre faaliyetlerini sürdürmeleri ve sundukları sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmeleri amaçlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının yükselmesi, sağlık harcamalarını azaltarak daha düşük maliyetli tedavi imkânları sağlar. Hizmetlere ulaşım kolaylaşacağı gibi, kıt kaynakların etkin kullanımı da gerçekleştirilmiş olur. Sağlık hizmetlerinin yerel idarelere devri ile, hizmetlerle ilgili ortaya çıkan sorunlar yerelde daha kolay ve daha hızlı çözüme kavuşturulur. Ayrıca, yerel idareler, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri konularını daha iyi bildiklerinden daha rahat ve rasyonel çözümler üretebilirler.

Sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla gördürülmesinde öncelikle, bir satın almacı olan Sosyal Sigortalar Kurumu ile yapılan laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerine ilişkin sözleşmelerin Kamu İhale Kanunu kapsamına alınması gereklidir. Çünkü SSK Kurumunun, bu anlaşmaları kendisiyle sözleşme yapmayı talep eden bütün isteklilerle yapmadığı ve seçici davrandığı gözlenmektedir. Bu, diğer sağlık hizmetleri içinde geçerlidir. Örneğin bazı branşlarla yapılan sözleşmeler daha çok yaygınken, diğer branşlarda yapılan sözleşmeler daha az olabilir. Ayrıca yapılan sözleşmelerin yenilenmesi aşamasında diğer sosyal sağlık güvence kurumlarının ödemeleri ile aralarında bulunan fiyat farkları göze çarpmaktadır. Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve Bağkur için sunulan hizmetlerin karşılığı olan ödemelerde BUT fiyatlarına tabi olunurken, SSK kurumu daha yüksek olan bir önceki yıl fiyatlarından sözleşmelerini yenileyebilmektedir. Böylece SSK kurumu ile anlaşma yapmak firmalar açısından daha karlı hale gelmektedir. Bu nedenle, yeni firmaların piyasaya girişinde engeller görülebilir ve birtakım firmalar sözleşme yapmaktan dışlanabilir. İhale yapılması durumunda, öncelikle bu sorunun önüne geçilmesi, katılım koşullarını sağlayan herkesin teklif verebilmesi ve hizmet sunumunda rekabet ortamının yaratılması hedeflenmektedir.

Tedarikçi sağlık kuruluşları ile yapılan sözleşmelerde, sağlık hizmetlerinin sunumunda kaliteyi geliştirici hedefler konularak, belirli bir süre sonra standart bir kalitenin yakalanması beklenmektedir. Her yıl konulan hedeflerin en az %50’sinin gerçekleştirilmesi halinde sözleşmenin yenilenmesi ya da ertesi yıl tekrar ihaleye katılımının

gerçekleştirilebilecek olması şartı altında, tedarikçi sağlık kuruluşları o hedefleri yakalamak için zaten gereken çabayı göstereceklerdir. Aksi takdirde sağlık kuruluşları ya sözleşmeden mahrum edilecekler ya da faaliyetlerini bitirmek zorunda kalacaklardır. Böylece, hizmet sunum koşulları geliştirilecektir.

Bir diğer uygulama alanı ise, kamu sektörünün yapmadığı ya da çok pahalı olduğu gerekçesi ile yer veremediği sağlık hizmetleri için ihaleye çıkılması ve bunlarla ilgili sözleşme yapılmasıdır. Bu yöntemle, kamuya maliyeti fazla olan hizmetlerin özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi sağlanabilir ve bu tür hizmetlerde özel sektörün uyguladığı keyfi fiyatlamamanın önüne geçilebilir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin, Kamu İhale Kanunu vasıtasıyla satın alınmasında, sağlık alanında kıt olan kaynakların kullanımında etkinliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin yükseltilmesi ve sağlık hizmeti çıktılarının geliştirilmesi beklenir. Ayrıca, uzmanlaşmanın getireceği maliyet avantajlarından yararlanılır. Böylece sağlık sistemi içerisinde bütün topluma yayılan kamu sağlığı hedeflerinin başarılmasına katkı sağlanabilir. Diğer en önemli sonuç ise, tedarikçiler arasında rekabet ortamı yaratılarak piyasa mekanizmasında etkinliğin artırılmasıdır. Böylece toplumun sağlık ihtiyaçları ve beklentileri satın alma kararlarının içinde karşılanabilir. Yine, sözleşmelerle sağlık kuruluşlarının performansları iyileştirilebilir. Böylece özel ve kamu sağlık kuruluşlarının, sağlık hizmeti sunumlarında teknik verimlilikleri geliştirilebilir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitlik sağlanabilir ve sürekli artma eğiliminde olan sağlık harcamaları bu yolla kontrol altına alınabilir. Diğer taraftan da, toplumun sağlık seviyesi geliştirilerek beşeri sermaye kalitesi yükseltilebilir.

En önemlisi ise sağlık hizmetlerinin Kamu İhale Kanunu vasıtasıyla satın alınmasında, sözleşme hükümlerini yerine getirememenin yükümlülükleri çok ağır olduğundan sözleşmelere uyulmak zorunda kalınması ve hedeflerden taviz verilmemesidir. Böylece, sözleşmelerin tam ve doğru olarak uygulanması sağlanarak, toplum sağlığının maksimize edilmesi beklenir.

KAYNAKLAR

Kitaplar

Akdoğan, Abdurrahman. **Kamu Maliyesi**, 7. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi, 1999

Bulutoğlu, Kenan. **Kamu Ekonomisine Giriş**, 3. Basım, İstanbul: Filiz Kitabevi, 1981

Bill, Savedoff. **Health Financing Policies Concepts and Examples**, World Health Organization, International Health Economics Association, San Francisco, June 15, 2003

Antonio, Duran, Igor Sheiman, Markus Schneider and John Qvretveit, “*Purchasing to Improve Health Systems Performance*”, **Purchasers, Providers and Contracts**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2005

Dojan, Marusic, **Slovenya Sağlık Sistemi**, M.D.B. Sc. Slovenya Sağlık Bakanı Vekili, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi Toplantıları, İstanbul, 2006

Gözübüyük, A.Şeref. **Yönetim Hukuku**. 16. Baskı, Ankara: Turhan Kitabevi, 2002

Josep, Figures, Ray Robinson and Elke Jakubowski, “*Purchasing to Improve Health Systems Performance*”, **Purchasing to Improve Health Systems Performance**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2002

Forder, Julian, Robinson Ray ve Hardy Brian, “*Theories of Purchasing*”, **European Observatory on Health Systems and Policies Series, Purchasing to Improve Health Systems Performance**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2002

George, France. **Evolution of Health Care Reform in Italy**, European Health Care Discussion Group, Second Meeting, 19-20 March, 2001

Guillem, Lopez. **Cost Containment in Health Care**, the Case of Spain from the eighties up to 1997, Economics Working Paper 278, Casanovas, 1998

Kurtulmuş, Sevgi. **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, 1. Baskı, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998

Michael, F.Durummond, Bernie O’Brien, Greg L.Stoddart, George W.Torrance, **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**, Oxford Medical Publication Second Edition, 1986,

Mutlu, Ayşegül, A.Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, 2.Baskı, Bursa: Ekin Kitabevi, 2005

Marciel Valesco-Garido, Michael Borowite, John Qvretveit and Reinhard Buse, **Purchasing for Quality of Care**, England, 2003

Macroeconomic and Health, **Investing in Health For Economic Development Report Of The Comission Macroeconomic And Health**, Presented By Jeffrey D.Sachs, Chair to Gro Harlem Brundtland, Director – General Of The World Heath Organization on 20 December 2001

Nadaroğlu, Halil. **Kamu Maliyesi Teorisi**, 5. Baskı, İstanbul: Filiz Kitabevi, 1981

Nadaroğlu, Halil. **Kamu Maliyesi Teorisi**, İstanbul: Sermet Matbaası, 1976

Nicola Tapay and Francesca Colombo, **Private Health Insurance in Netherlands**, A Case Study, OECD, 2004

Roger, England. **Contarcting and Performance Mangement in The Health Sector**, Health Systems Resource Centre, April, 2000

Şener, Orhan. **Kamu Ekonomisi**, 6. Baskı, İstanbul: Alkım Yayınevi, 1998

Stiglitz, Joseph E., **Kamu Kesimi Ekonomisi**, (Çeviren; Ömer Faruk Batırel) İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 549, 1994

Smith, G. Teeling, Public Health in Europa,1. **Health Planning and Organization of Medical Care**, WHO,Copenhagen

Türkay, Orhan. **Mikro İktisat Teorisi**, 9. Baskı, Ankara: İmaj Yayıncılık, 2000

Özek, Ali, Osman Kaya, **Kamu İhale Rehberi**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003

Report Health Metric System, HMN, **Monitoring the Health System in Devolving Countries**, October 6-7 2004,Glion, Switzerland

Williams, Alan and Emilio Giardiana, Efficiency in The Public Sector, **The Theory and Practise of Cost Benefit Analysis**, Edward Elgar Publishing Co., Uk,1995

Witter, Sophia. **Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countries**, Centre For Health Economics University of York, 22 January, 2002

Yıldırım, Savaş. **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Ankara: DPT Yayınları, Yayın No: 2350,1994

Yazgan, Turan. **Sosyal Sigorta**, İstanbul,1977

AB Müktesebatı 2005

Süreli ve Diğer Yayınlar

Alan, Williams. “Introduction” (edited by Alan Williams), **Health and Economics**, London UK, Mac Millian, 1987

Yusuf, Alper (Çev.), 21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvelik, Pierre Laroque, **La Securite Sociale a Phorizen**, ILO, Geneva,1984, Yayınlanmamış Rapor, Bursa, 1988

Belek, İlhan. Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?, **Toplum ve Hekim**, Kasım 1994 - Şubat 1995, Cilt 9, Sayı. 64

Buxton, Martin. **The Economic Evulation Of High Technology Medicine**, The Case of Health Transplant, Alan Williams (edt.) Health Economics, London, Mac Millian Pres, 1987

Bianco, Mabel. **Cost Benefit and Economic Approach Related to Health Care Services System**, Introduction, 2000

Batirel, Ömer Faruk. **Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansman Konusunda Yaklaşımlar**, Maliye Araştırma Merkezi Konferanslar, İstanbul: 34. Seri, 1990/91, 1993

Çilingiroğlu, Nesrin. Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi, **Yeni Türkiye**, Sayı. 40, Temmuz- Ağustos 2001

Çilingiroğlu, Nesrin. **Sağlık Ekonomisi** (Yayımlanmamış Halk Sağlığı Ders Notları), Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kasım 2003

Demirbaş, Ali Rıza, İ.Ercan Bal, Serkan Barsbay, **Sağlık Bakanlığı, Diyalog**, Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Eylül 2005, Sayı.15

Ferhat, Emil ve H.Hakan Yılmaz, Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler, **Economics Resource Centre Working Papers in Economics**, September, 2003

Işık, Abdülkadir. “Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi”, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**), İstanbul, 1998

Erdinç, Ünal. “Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları”, İ.Ü, Sosyal Bilimler Enstitüsü (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**), İstanbul, 2000

H.Hüseyin, Yıldırım, Piyasa Sağlık Bakımı, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 32, Sayı 1, Mart 1999

Işık, Abdülkadir. **Sağlık Ekonomisi Terimler Sözlüğü**, Beta Yayınları, İstanbul, 2002

Kurt, Keramet. Yeni TCK ve CMK’da Sağlık, **Sağlık Bakanlığı Diyalog**, Ağustos 2005, Sayı.14

Resmi Gazete, Tarih 15.08.2003 ve Sayı 25200

Resmi Gazete, Tarih 16.09.1984 ve Sayı 18517

Sayıştay 2. Daire Kararı, Karar Tarihi ve Sayısı: 04.05.1989/2-6296/22639

Saltık, Ahmet. “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, Cilt 10, Sayı.68

Tokgöz, Erdinç. Sosyal Gelişmede Sağlık, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, Ankara: **DPT Yayınları**, Yayın No. 1783, 1981

Tokat, Mehmet. Sağlık Ekonomisi (yayımlanmamış ders notları), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara, 1994

- Toprak, İsmet. Sağlık İhtiyacı ve Hastalık Sigortası, Doçentlik Tezi, Erzurum, 1982
- T.C.Sağlık Bakanlığı APK Başkanlığı, Tıbbi Cihaz Hizmet Alımı Genelgesi, 27 Haziran, 2003, No:200/70
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, Performans Denetim Raporu, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde İlaç,Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, Mart, 2005
- T.C. Sağlık Bakanlığı,Hasta Hakları Uygulama Yönetmeliği, R.G. 01.08.1998, Sayı.23420
- Tıbbi Malpraktis, Yeni Türk Ceza Kanunu,26.09.2004, Kanun No:5237, Madde.36-55-65-96
- The World Health Report,Switzerland,2000
- WHO, Health For All, Geneva,2000
- The Word Economic Report, 2002
- Worl Health Organization Regional Office For The Western Pacifice, **Contracting For Health Services New Zealand**, 2004
- DPT, **Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, 2001
- 4964 Sayılı Kanun ile Değişik **4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu**, Resmi Gazete 15.08.2003, Sayı, 25200
- Hizmet Alım İhaleleri Uygulama Yönetmeliği**, Kamu İhale Kanunu
- 2005 Yılı Kamu İhale Genel Tebliği, Resmi Gazete, Tarih. 25 Temmuz 2005, Sayı.25886
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, Ankara,1992
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 14.01.2004 tarih ve 800 sayılı genelge ve 17.08.2005 tarih ve 6931 sayılı onay yazısı
- The Establishment and Use of Dedicated Taxes for Health, http://www.wpro.who.int/guick_links / Health Economics and Financing/14/02/006
- <http://www.uludag.edu.tr/beyincerrahi/25/03/2005>
- [http: // www.who.int/en/02/02/2006](http:// www.who.int/en/02/02/2006)
- <http:// iibf.ogu.edu.tr/kongre /bildirileri/Taban, Sami. Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Nedensellik Testi,/01/01/2006>
- [www. sakarya.edu.tr /yayınlar/ A. Kadir Işık, Devletin Düzenleyicilik ve Rekabet Koşulları: ABD Sağlık Piyasaları Örneği,02/01/2006](http://www.sakarya.edu.tr /yayınlar/ A. Kadir Işık, Devletin Düzenleyicilik ve Rekabet Koşulları: ABD Sağlık Piyasaları Örneği,02/01/2006)
- www. merih.net./makaleler/ Uz, M.Hulki, Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları/15/02/2006
- www.saglik.gov.tr5396 /15/08/2006/Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Ek Bir Madde Eklennesine Dair Kanun,02.07.2005 Tarihli Resmi Gazete
- www.sabem.gov.tr/yayınlar/ sağlık ekonomisi/18.06.2006

www.turkak.org.tr/ akredite kuruluşlar/01/02/2006

www.kik.gov.tr/ eğitim modülü/04/05/2006

[www.observatory.dk.](http://www.observatory.dk/),European Observatory on Health Care Systems, Policy Brief,s.8/16/05/2006

http://diweb.die.gov.tr/reports/rwservlet?mhtmlcss&report=Metarp5.rdf&p_1=968&p_harf=K/13/03/2006

<http://tr.wikipedia.org/wiki/D%C4%B1%C5%9Fsall%C4%B1k/04/02/2006>

<http://idari.cu.edu.tr/igunes/kamu/dissal4.htm/04/05/2006>

<http://www.chs.net/investor.relations/html.What> is Contract Health Services/05/02/2006