

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANELERDE HİZMET İHALELERİ:
T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ
YÖNETİCİLERİNİN DEĞERLENDİRMELERİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN TAYIN

Gülpeembe ERGİN

132777

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Sağlık Kurumları Yönetimi Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

132117

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İsmet ŞAHİN


ANKARA
2003


T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:


Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programında Bilim Uzmanlığı tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.


Başkan : Prof. Dr. Mehtap TATAR, Hacettepe Üniversitesi

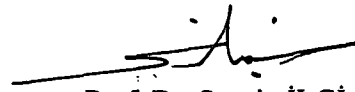

Üye : Doç. Dr. İsmet ŞAHİN (Tez Danışmanı), Hacettepe Üniversitesi


Üye : Doç. Dr. Gülsün ERİĞÜÇ, Hacettepe Üniversitesi


Üye : Yrd. Doç. Dr. Çetin AKAR, Hacettepe Üniversitesi


Üye : Yrd. Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ, Ankara Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararı ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Sezgin İLGİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Doç. Dr. Sayın İsmet ŞAHİN tezin danışmanlığını ve çalışmanın istatistiksel olarak planlanmasını yönlendirmiştir.

Dönemin, T.C. Sağlık Bakanlığı bakan danışmanı Yrd. Doç. Dr. Sayın Bilal AK anketin geliştirilmesinde katkıda bulunmuş ve anketin dağıtılması için gerekli iznin alınmasını sağlamıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi müdür yardımcısı Lütfi ÖZBAY ve Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Döner Sermaye İşletme Koordinatörü Cevat AKSAKAL anketin geliştirilmesinde katkıda bulunmuştur.

Ailem ve arkadaşlarım çalışmam süresince desteklerini esirgememişlerdir.

ÖZET

Ergin, G., Hastanelerde Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de 1990’lardan bu yana sağlık kurumlarında yaygın olarak uygulama alanı bulan ve bir özelleştirme uygulaması olarak kabul edilen Hizmet İhaleleri’nin, teorik boyutlarıyla ele alınması ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde Hizmet İhalesi uygulamalarının finansal boyutlarını, uygulanma ve uygulanmama nedenlerini, uygulamaların olumlu ve olumsuz sonuçlarını hastane üst düzey yöneticilerinin değerlendirmelerine göre, ortaya koymaktır. Türkiye’deki Sağlık Bakanlığı hastaneleri araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılan hastane sayısı ise 251’dir. Bunlardan 15’i değerlendirme dışı bırakılmıştır. Geçerli kabul edilen anketlerin, araştırma evrenine oranı ise % 31, 4’dür. Araştırmaya katılan hastanelerin yüzde 70,8’i ihale yolu ile hizmet satın almışlardır. 2001 yılı içerisinde yapılan Hizmet İhalelerin %96,5’inin giderleri döner sermaye bütçesinden karşılanmıştır. Genel bütçe kaynakları vasıtasıyla finansman, %2,6 oranıyla ikinci sırada yer almaktadır. Dernek, vakıf ve benzeri finans kaynakları ise Hizmet İhalesi finansmanında %0,9 oran ile üçüncü sırada yer almaktadır. 2001 yılında Hizmet İhalesi yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin dağılımına bakıldığında; personelin sayısal yetersizliği 1,40 (1=kesinlikle katılıyorum, 5=kesinlikle katılmıyorum) ortalamayla ilk sırada yer almaktadır. Bunu hizmet kalitesini artırmak (X=1,53), verimli hizmet gereksinimi (X=1,67) takip etmektedir. Araştırmaya katılan hastanelerin, Hizmet İhalesi ile ilgili beklentileri gerçekleşmiştir. Hastane yöneticilerinin Hizmet ihalesi yapmamaktaki ilk nedenleri finansal kaynak yetersizliği (X=1,65)’dir. Üst düzey yöneticilerden, başhekim ve hastane müdürlerinin Hizmet İhaleleri ile ilgili değerlendirilmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastanelerde Hizmet İhalesi, Özelleştirme, Dış Kaynaklardan Yararlanma.

SUMMARY

Ergin, G., Contracting Out in Hospitals: Evaluation of Hospital Managers of the Ministry of Health of the Republic of Turkey. Hacettepe University Health Sciences Institute Master Thesis in Health Institutions Administration, Ankara, 2003. The aim of this study is to deal with the theoretic dimensions of Contracting Out which have been implemented widely in the health institutions in Turkey since 1990 and accepted as a privatization application. In addition to this, understanding the financial dimensions of the Contracting Out implementations in the Ministry of Health Hospitals based on the assessment of hospital managers, the reasons for implementation and non-implementation as well as the favorable and unfavorable results of the implementations were also other aims of this study. This study covers 251 the Ministry of Health Hospitals. 15 of these hospitals were excluded from the assessment. The rate of hospitals covered in this research to overall Ministry of Health Hospitals is 31.4%. It was found that 70.8% of the hospitals included in the research have obtained service through a tender. 96.5% expenditures of the Contracting Out made during 2001 had come from the revolving fund budget. Financing through the general budget sources is in the second place with a rate of 2.6%. As far as the associations, foundations and similar financing sources are concerned they take a third place with 0.9% rate in the Contracting Out financing. When we take into account the distribution of institutional reasons effecting the decision for holding a Contracting Out in 2001; the insufficient number of the personnel take the first place with an average of 1.40 (1=agree definitely, 5= disagree definitely). This is followed by increasing the service quality ($X=1.53$) and a requirement for an efficient service ($X=1.67$). The expectations related with the Contracting Out of hospitals which were in the research, have been met. The first reason of hospital managers who did not hold a Contracting Out was insufficient financial sources ($X=1.65$). No meaningful difference was found from a statistical point of view between the assessments of the chief medical officer and hospital managers related with the Contracting Out.

Key Words: Contracting Out in Hospitals, Privatization, Outsourcing.

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|--|-------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| TEŞEKKÜR | iv |
| ÖZET | v |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | xi |
| ŞEKİLLER | xii |
| TABLolar | xiii |
| GİRİŞ | 1 |
| GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1.Hizmet İhalesi (Contracting Out) Tanımı | 5 |
| 2.2. Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri | 7 |
| 2.3. Hizmet İhalesinin Olası Yararları ve Sınırlılıkları | 10 |
| 2.4. Hizmet İhalelerinin Maliyet Unsurları | 13 |
| 2.5. Hizmet İhalesi Yapma Süreci | 16 |
| 2.5.1. İhale Öncesi Dönem | 16 |
| 2.5.2. Şartname Hazırlama Aşaması | 18 |
| 2.5.3. İhaleye Çağrı (İlân) | 18 |
| 2.5.4. İhale Yapma ve Karar Verme Aşaması | 19 |

| | Sayfa |
|--|-------|
| 2.5.5. Sözleşme Yapma Aşaması | 19 |
| 2.5.6. İhale Sonrası İşlemler ve İş Alanının Teslimi Aşaması | 19 |
| 2.5.7. Denetim | 20 |
| ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE HİZMET İHALESİ UYGULAMALARI | 21 |
| TÜRKİYE'DE HİZMET İHALESİ UYGULAMALARI | 31 |
| GEREÇ VE YÖNTEM | 37 |
| 5.1. Araştırmanın Amacı | 37 |
| 5.2. Problem Cümlesi | 37 |
| 5.3. Hipotezler | 37 |
| 5.4. Evren ve Örneklem | 38 |
| 5.5. Kısıtlılıklar | 38 |
| 5.6. Veri Toplama | 38 |
| 5.7. Verilerin Analizi | 40 |
| 5.8. Güvenirlik | 40 |
| 5.9. Varsayımlar | 41 |
| BULGULAR VE TARTIŞMA | 42 |
| 6.1. Tanımlayıcı Bilgiler | 42 |
| 6.1.1. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Tanımlayıcı Özellikleri | 42 |

| | Sayfa |
|---|-------|
| 6.1.2. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Hizmet İhalesi Yapma Durumları | 44 |
| 6.2. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Bütçe Kaynaklarına Göre Toplam Giderleri | 46 |
| 6.3. Hizmet İhaleleri Finansman Kaynağına Göre Dağılımı | 47 |
| 6.4. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Toplam İhale Bedellerinin, Toplam Giderler İçerisindeki Payı | 49 |
| 6.5. Döner Sermaye Bütçesi'nden İhalesi Yapılan Hizmet Alanları ve Tutarları | 50 |
| 6.6. Genel Bütçe'den İhalesi Yapılan Hizmet Alanları | 53 |
| 6.7. Dernek, Vakıf vb. Bütçe Kaynaklarından İhalesi Yapılan Hizmet Alanları | 54 |
| 6.8. Hastane Yönetimlerinin Hizmet İhalesi Uygulama Nedenleri | 55 |
| 6.9. Hizmet İhalesi Sözleşmelerinde Bulunması Öngörülen Etmenlerin Değerlendirmeleri | 59 |
| 6.10. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Yeterlilik Düzeyleri | 63 |
| 6.11. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Uygulama Sonuçlarını Etkilemesi Açısından Değerlendirilmesi | 67 |
| 6.12. Hizmet İhalesi Uygulama Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı | 69 |
| 6.13. Hizmet İhalesi Uygulaması Esnasında Karşılaşılması Olası Sorunlar | 71 |

| | Sayfa |
|--|-------|
| 6.14. Hizmet İhalesi Uygulaması Yapmayan Hastanelerin Hizmet İhalesi | |
| Yapmama Nedenleri | 73 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 76 |
| KAYNAKLAR | 81 |
| EKLER | |
| EK 1. ANKET FORMU | |



SİMGELER VE KISALTMALAR

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

Hİ : Hizmet İhalesi

SPSS : Statistical Package for The Social Science

SSKB : Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı

t : İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

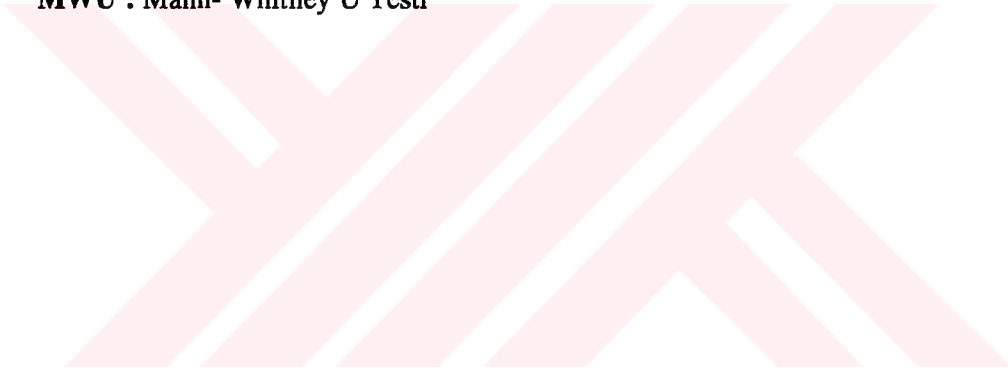
X : Aritmetik Ortalama

SS : Standart Sapma

n : Denek Sayısı

α : Yanılma Düzeyi

MWU : Mann- Whitney U Testi



ŞEKİLLER

| | Sayfa |
|---|-------|
| 4.1. Sağlık Bakanlığı Hastanelerince Limit Üstü Gerçekleştirilen Hİ Bedellerinin Yıllara Göre Dağılımı | 33 |
| 6.1. Hastanelerin 2001 Yılı Bütçe Kaynaklarına Göre Toplam Giderleri | 47 |
| 6.2. Hizmet İhalelerinin Finansman Kaynağına Göre Dağılımı | 48 |



TABLOLAR

| | Sayfa |
|---|-------|
| 3.1. ABD’de Hastanelerde İhale Sözleşme Alan ve Sayıları | 22 |
| 3.2. Çeşitli Ülkelerin Hizmet Sözleşmesi Yapma Nedenleri | 26 |
| 3.3. Klinik Dışı Hizmetler İçin Sözleşme Düzenlemeleri | 27 |
| 3.4. Klinik Hizmetler İçin Sözleşme Düzenlemeleri | 28 |
| 3.5. Değerlendirme Sonuçları: Klinik-Dışı Hizmetler | 29 |
| 3.6. Değerlendirme Sonuçları: Klinik Hizmetleri | 29 |
| 4.1. Sağlık Bakanlığı Hastanelerince Limit Üstü Gerçekleştirilen Hizmet İhalesi Bedellerinin Yıllara Göre Dağılımı | 33 |
| 4.2. Sağlık Bakanlığı Hastanelerince Limit Üstü Gerçekleştirilen Hizmet İhale Alanlarının Yıllara Göre Dağılımı | 34 |
| 5.1. Anketin Alt Bölümlerinin Güvenirlilik Denetimi | 41 |
| 6.1. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilere İlişkin Tanımlayıcı Değişkenlerin Dağılımı | 43 |
| 6.2. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Buldukları Bölge Açısından Dağılımı | 44 |
| 6.3. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Fiili Yatak Sayıları | 45 |
| 6.4. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Hizmet İhalesi Yapma Durumlarının Dağılımı | 46 |
| 6.5. Hastanelerin 2001 Yılı Bütçe Kaynaklarına Göre Toplam Giderleri | 46 |
| 6.6. Hizmet İhalelerinin Finansman Kaynağına Göre Dağılımı | 48 |
| 6.7. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Toplam İhale Bedellerinin, Toplam Giderler İçerisindeki Payı | 49 |

| | |
|--|----|
| 6.8. Döner Sermaye Kaynaklı Hizmet İhalelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı | 51 |
| 6.9. Genel Bütçe Kaynaklı Hizmet İhalelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı | 53 |
| 6.10. Dernek, Vakıf vb Bütçe Kaynaklı Hizmet İhalelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı | 54 |
| 6.11. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerin Hizmet İhalesi Yapma Kararını Etkileyen Kurumsal Gerekçelerin Dağılımı | 56 |
| 6.12. Hastanelerin Hizmet İhalesi Yapma Kararını Etkileyen Kurumsal Gerekçelerin Başhekim ve Hastane Müdürlerine Göre Dağılımı | 58 |
| 6.13. Hizmet İhalesi Sözleşmelerinin İçeriğinde Bulunması Öngörülen Etmenlerin Önem Derecesine Göre Dağılımı | 60 |
| 6.14. Hizmet İhalesi Sözleşmelerinin İçeriğinde Bulunması Öngörülen Etmenlerin Hastane Yöneticilerine Göre Dağılımı | 62 |
| 6.15. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Yeterlilik Düzeyleri Dağılımı | 64 |
| 6.16. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Yeterlilik Düzeylerinin Hastane Yöneticilerine Göre Dağılımı | 66 |
| 6.17. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Hizmetlerin Sonuçlarını Etkileme Yönünden Dağılımı | 67 |
| 6.18. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Hizmetlerin Sonuçlarını Etkileme Yönünden Hastane Yöneticilerine Göre Dağılımı | 68 |
| 6.19. Hizmet İhalesi Uygulama Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı | 69 |
| 6.20. Hizmet İhalesi Uygulamasına İlişkin Sonuçların, Yöneticilerin Değerlendirmelerine Göre Dağılımı | 71 |
| 6.21. Hizmet İhalesi Uygulaması Esnasında Karşılaşılması Olası Sorunlar | 72 |

| | |
|--|----|
| 6.22. Hastane Yöneticilerinin Hizmet İhalesi Uygulama Esnasında Karşılaşılması Beklenen Sorunları Değerlendirmeleri | 73 |
| 6.23. Hizmet ihalesine Uygulaması Yapmayan Hastanelerin Olası Hizmet İhalesi Yapmama Nedenleri | 74 |
| 6.24. Hizmet İhalesi Uygulaması Yapmayan Hastane Yöneticilerinin Olası Hizmet İhalesi Yapmama Nedenlerini Değerlendirmeleri | 75 |



GİRİŞ

Özelleştirme, 1970'li yılların sonlarından başlayarak gelişmişlik düzeyi, ekonomik ve siyasal rejim gözetmeksizin hemen her ülkeyi etkileyen global bir akım, bir politika haline dönüşmüştür. Günümüzde hemen hemen her ülkede uygulamaya konulan özelleştirme, gelişmiş piyasa ekonomisine sahip ülkelere, kamu finansman açıklarını azaltma, ekonomik etkililiği, rekabeti ve verimliliği artırma araçlarından biri olarak tanımlanırken, gelişmekte olan ülkeler özelleştirmeyi; büyümeyi hızlandırmanın, kamudaki yapısal dengesizlikleri düzeltmenin kamu finansman açıklarını azaltma ve enflasyonu düşürmenin bir aracı olarak görmüşlerdir (Kardeş ve Güzel, 1995:6).

Özelleştirme girişimlerinin tüm ekonomik ve sosyal alanları etkilemesi, bu girişimin sağlık sektöründe de uygulama alanı bulmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri karşılayamaması, sağlık kurumlarının kullanımındaki eşitsizlik, kamu kaynaklarının yetersizliği gibi problemlerin çözüm aracı olarak görülmesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, önemli bir sağlık politikası haline gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (1993) özelleştirmeyi, özel sektör hizmet sunumunu ve finansmanını yaygınlaştıran, kolaylaştıran ve uyaran hükümet politikaları olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla özelleştirme, hükümet dışı aktörlerin sağlık hizmetlerinin üretim ve finansmanına giderek daha fazla oranda katıldıkları bir oranı ifade etmektedir. Bu nedenle sağlıkta özelleştirme kavramı yalnızca kamu mülkiyetindeki kurumların, mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesi anlamına gelmemektedir. Bunun ötesinde daha geniş kapsamlı değişimleri ifade etmek üzere de kullanılmaktadır. Örnek olarak, kamu hastanelerinde uygulanan personel sınırlaması/kısıtlaması politikaları ile birlikte bazı hastane hizmetlerinin ihale ile özel sektöre devredilmesi verilebilir (Soyer ve Belek, 1998: 36,43).

Hastanelerin giderek büyümesi, yeni teknolojileri kuruma getirebilme amacı, nitelikli personel ihtiyacı ve hizmetleri daha verimli sağlama gibi bir çok nedenden

dolayı yöneticiler çeşitli hizmet alanlarını (temizlik, ev idaresi hizmetleri, pencere yıkama, mutfak, otopark ve zararlı atıkların yok edilmesi vb.) ihale yoluyla özel şirket, vakıf vb. kuruluşlara gördürme yoluna gitmektedirler (Decker, 1986:15).

Hizmet İhaleleri, halihazırda devletin özelleştirme politikalarında yer alan ve yaygın bir biçimde uygulanan yöntemlerden birisidir. Bu özelleştirme yöntemi, özel kesim tarafından sağlanan bazı hizmetlerin yerel veya merkezi hükümet tarafından finanse edilmesi ve kamuya ait olan çeşitli hizmet alanlarının özel sektör ile paylaşılması ya da devri ile ilgilidir (Hartley and Huby, 1993:422).

Bir özelleştirme inisiyatifi olarak ortaya çıkan ve son yıllarda kamuya ait çok geniş bir hizmet alanında yaygın bir biçimde uygulanmaya başlanan Hİ ile kamuya ait bir hizmet alanının özel sektöre devri yoluyla daha verimli, daha etkili, daha kaliteli tüketici tercih ve beklentilerine daha duyarlı hizmet üretileceğine dair inancın etkisinin büyük olduğu varsayılmaktadır.

Bugün Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, SSKB ve üniversite hastaneleri başta olmak üzere tüm kamu hastanelerinde temizlik, mutfak ve yemek, bakım onarım, çamaşır, bilgi işlem, maaş, muhasebe, santral vb. gibi bir dizi hizmetin tamamı ya da bir kısmı Hİ bağlamında özelleştirilmiştir. Bu özelleştirme yaklaşımına dayalı yapılan Hİ işlemleri büyük ölçüde döner sermaye gelirlerinden ve merkezi bütçe dışındaki kaynaklardan finanse edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de 1990’lardan bu yana sağlık kurumlarında yaygın olarak uygulama alanı bulan ve bir özelleştirme uygulaması olarak kabul edilen Hizmet İhaleleri’nin (contracting out), teorik boyutlarını ortaya koymak ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde Hİ uygulamalarının finansal boyutlarını, uygulanma ve uygulanmama nedenlerini, uygulamaların olumlu ve olumsuz sonuçlarını hastane üst düzey yöneticilerinin değerlendirmelerine göre belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

Özelleştirme girişimlerinin uygulama alanı bulduğu sektörlerden birisi de sağlık sektörüdür. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin nedenleri; sağlık hizmetlerinin artan maliyetlerini karşılayamayan ve karşılamakta sıkıntı çeken kamu kesiminin, özellikle hastane hizmetlerinin özelleştirilmesi ile içine girdiği finansman sıkıntısından kurtarılabilmesi, sağlık sisteminde ortaya çıkan ve kamu kesimini sıkıntıya sokan kaynak yokluğu ve yetersizliğinin özel harcamalar yoluyla aşılabilmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile kamunun kıt kaynaklarının koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılabilmesi olarak sıralanabilir (Belek, 1994:147,148).

Bu yaklaşımlar çerçevesinde, sağlık sektöründe özelleştirme üç ana başlık altında toplanabilir:

- Kamunun elindeki sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devri.
- Klinik ve klinik olmayan (temizlik, yemek vb) hizmetlerin ihale yoluyla ve imzalanan sözleşmelerle özel şirket kuruluşlarına ya da hastane vakıflarının kurdukları şirketlere gördürülmesi.
- Sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi ve çeşitli mali yöntemlerle (vergi indirimi, gümrük muafiyeti gibi) desteklenmesi (Özkal, 2000: 160).

Sağlık alanındaki özelleştirme, özel sektör sunum ve finansmanına geçişi doğuran veya hızlandıran bir dizi hükümet stratejisi olarak kabul edilebilir. Bu nedenle sağlık sektörü bağlamında, özel sektör rolünün artmasını sağlayacak ortamın hazırlanmasına yönelik girişimler özelleştirme çabalarının bir parçası olabilir. Özelleştirme arzusunda olan hükümetlerin önlerinde birçok seçenek vardır. Bunlardan bazıları sunuma, bazıları finansman bazıları da her ikisine birden yöneliktir. Bu seçenekler teoride kamu hastanelerinin satışından, sadece özel sektörün büyümesini teşvik etmeye yönelik önlemlere kadar geniş bir yelpazede yer alırlar. Finansman

kanadında ise bir hükümet zorunlu sağlık sigortasına ilişkin yasal düzenlemelere başvurabilir; kullanıcı payları aracılığıyla kamu sağlık hizmetlerinin vergi dışı finansmanını arttırabilir ki bu giderek sonuçta hasta talebinin belli bir ölçüde kamu sunucularından özel sektör kurumlarına yönelmesiyle sonuçlanabilir; özel sektöre hem sunum hem de finans alanında büyümesi için bazı finansal güdüleyiciler sunabilir. Örneğin, özel sigortalara girmek isteyen bireylere vergi indirimi gibi önlemler alabilir. Sunuma ilişkin olarak da klinik, yönetsel ve bazı yardımcı (destek) hastane hizmetlerini özel sektöre ihale yoluyla gördürebilir (Tatar, 1994: 438-439).

1970'li yılların sonlarından başlayarak hemen her ülkeyi etkileyen global bir akım, bir politika haline dönüşen özelleştirme; genel anlamda ekonomilerdeki kamu/özel sektör karışımının yeniden radikal bir biçimde belirlenmesi, kamu sektörünün (devletin) küçültülmesidir. Bu akımın temel hareket noktalarından biri, kamu sektörünün amacını aşan bir biçimde ulaştığı büyüklük ve üstlendiği fonksiyonları kaçınılmaz olarak verimsiz bir biçimde yerine getirdiği yönündeki görüştür. Özelleştirmeye üretimde ve/veya finansmanda özel sektörün göreceli rolünün artırıldığı bir süreç olarak bakıldığında; bir mülkiyet devrinin söz konusu olmadığı Hİ, hastanelerde yaygın olarak kullanılan özelleştirme girişimi olarak kabul edilebilir (Tatar, 1994:423-436).

Hİ, kamu sağlık kurumlarında bir özelleştirme yöntemi olarak hastanenin kendisine rekabet avantajı sağlayan en iyi yaptığı hasta bakım işine odaklanmasına, kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetleri ise bu konuda uzmanlaşmış işletmeler aracılığı ile sağlanmasına imkan veren bir yöntemdir ve bir yönetim stratejisi olan dış kaynaklardan yararlanma stratejisi olarak değerlendirilebilir.

Bu bölümde önce Hİ kavramının tanımı, teorik boyutları, dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing) kavramı ile ilişkisi üzerinde durulacak, daha sonra Hİ'nin olası yararları ve sınırlılıkları, mali ve sosyal boyutları ile ihale yapma süreci üzerinde durulacaktır.

2.1. Hİ (Contracting Out) Tanımı

Kamu kurumları genellikle başlıca mal ve hizmet satın alıcıları durumundadır. Bu satın alımlar, büro mobilyasından belediye taşıma sistemi, otobüs veya hastane temizlik hizmetlerinden yeni bir santral veya otoyol inşaatına kadar çeşitlilik gösterebilir. Kamu sektörünün hizmet satın almada sıklıkla başvurduğu yöntem ise Hizmet İhaleleri'dir. Hİ, hizmet sunumunun özel sektörce gerçekleştirilip hizmetin devlet tarafından finanse edildiği bir özelleştirme girişimidir (Belek, 1994:88). Bu yöntemde kamusal mal ve hizmetlerin arzı, yapılan ihale ile özel sektöre devredilir. En çok bilinen ve uygulama alanı bulan özelleştirme yöntemidir (Falay, 1991:5).

İhale yöntemi ile özelleştirme, genellikle hizmet sektöründe yapılmaktadır. Bu nedenle, mülkiyet transferini gerektirmeyen, sadece hizmet arzını özel kesime devreden bir yöntemdir. Örneğin; bugün bir çok hastane, temizlik, yemek, ilaçlama, güvenlik hizmetleri başta olmak üzere bir çok hizmeti özel sektöre ihale yöntemi ile vermektedir (Kemiksizoglu, 1998:62,63).

Hİ terimi, bir kurumun diğer bir kurumla özellikle mal veya hizmet sunumu için anlaşma yapması durumu diye tanımlanır. Son yıllarda Hİ, gelişmekte olan ülkelerde, kamu hizmetlerinin yenilenmesinde ve etkili hale getirilmesinde anahtar bir rol oynamaktadır. Buna göre hizmet, özel sektör tarafından sunulmakta ancak kamu kaynaklarında finanse edilmektedir. Esasen basit bir satın alma yöntemi olmasına karşılık Hİ'ni diğer satın alma türlerinden ayıran önemli özellik, hizmeti satın alan kurumun aynı zamanda hizmetin verilmesi için gerekli kaynaklara da sahip olmasıdır. Burada, kurum kendi kaynakları ile hizmeti üretmek yerine başka bir kurumdan sağlamayı daha avantajlı görmektedir. Hizmetin ihale edildiği sektör her zaman özel sektör olmayabileceği gibi, kamu sektörü içinde başka bir kuruluş da ihaleyi alabilir (Ascher, 1987:7; Tatar ve ark, 1997:79; Larbi, 1998:154).

Hizmet İhaleleri diğer özelleştirme girişimleri gibi uygulamada alan daraltma gibi görünmektedir. Bu yöntemde hizmeti gerçekleştiren özel şirket elemanları olmasına

rağmen hizmetin kalitesinden ve sunum için gerekli düzenlemelerden kamu otoriteleri doğrudan sorumludurlar. Hizmet İhaleleri yöntemi kullanıldığında kamu sektörünün rolü bitmemektedir. İhale yoluyla hizmeti sağlayan kurum, hizmet sunumu sürecinde planlama ve finansman işlevlerini yürütmektedir ve ayrıca kuralları koymak, prosedürleri düzenlemek gibi önemli sorumlulukları da devam etmektedir (Ascher, 1987:7; Tatar, 1993:225).

Bu yöntemde özel şirket üretici, üreticiye para ödeyen devlet de düzenleyici konumdadır. İhale yönteminde devletin; kamusal mal ve hizmetler için, yetenekli bir satın alma aracı, özel sektörden satın aldığı mal ve hizmetlerin dikkatli ve bilinçli takipçisi, vergilerin verimli bir toplayıcısı ve sözleşme sahiplerine ödemelerin zamanında ve tam olarak ödenmesini sağlayan bir dağıtıcı olması beklenmektedir (Savas, 1994:90-98). Hizmet İhaleleri uygulamalarına politika karıştırılmadığı zaman başarılı görünmektedir (Tatar, 1993:223).

Hİ yapmanın sebebi; genellikle maliyet etkililiği arttırmak, personel eksikliğini gidermek, yönetsel işlevleri etkin hale getirmek, değişen pazar şartlarına cevap verebilecek şekilde esneklik oluşturmaktır. Kamu kurumları kendilerinin üretmedikleri veya üretmek istemedikleri hizmetleri ya da malları sözleşme yoluyla sağlamaktadırlar. Genellikle bu sözleşmeler özel sektörle yapılmakta ise de vakıf, kooperatif şirketleri veya başka kamu kurumlarıyla da yapılabilmektedir. Kamu kurumları yasal olarak mal ve hizmetler için sözleşme yapma hakkına sahiptir ancak hükümetler hizmet alımı için sözleşme yöntemi kullanmayı daha çok istemektedirler. Hükümetin amacı, hizmet sunan kurumlar emek yoğun kurumlar olduğu için, buralardaki işgücü sayısını azaltarak yönetsel işlevlerdeki etkililiği artırmaktır (Ascher, 1987:7,8).

Sağlık hizmetleri için yerel yönetimlere bağlı fertlerin sayısı ve hastane maliyetlerindeki artış ve aynı zamanda bu giderlerin karşılanmasında mali yetersizliklerin artması, hastane yönetimlerinin başka yöntemlere başvurma gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu yöntemlerden birisi de Hizmet İhaleleri'dir (Ferris ve Graddy, 1987:285).

Sağlık sektöründe Hİ, klinik ya da klinik dışı hizmetlerin sunumunun kısmi ya da tüm sorumluluğunun özel sektöre kaydırılmasını ancak hizmetin finansmanının kamu sektörünce gerçekleştirilmesini içerir. Sağlık hizmetlerinde Hİ uygulamaları, yoğunlukla “ev idaresi hizmetleri” olarak adlandırılan çamaşır, temizlik ve mutfak gibi hizmetlerde kullanılmasına karşın son yıllarda özellikle “dahili piyasalar” (internal market) oluşturma amacıyla gerçekleştirilen reformlarda klinik hizmetlerin de ihale edilmesi gündeme gelmiştir (Tatar ve ark., 1997: 79). Değişen şartlar, ev idaresi hizmetlerinin özel firmalar tarafından yürütülme düşüncesini uygulamaya sokmuştur. Kurumların ev idaresi hizmetlerini en verimli biçimde yürütebilmeleri uygun sayıda ve kalitede araç-malzeme, yöntem ve iş gücüne sahip olmalarına bağlıdır. Kurumun sahip olduğu işgücü ve materyal kaynaklara bağlı olarak bu hizmetler kurumca veya kurum dışından anlaşmalı olarak (kontratla) seçilen özel bir firma tarafından yürütülebilir. Bilim ve teknolojiye ilerlemeler yeni hizmet alanlarına olan gereksinimi arttırmış ve bu gereksinim sonucu tüm hizmet alanlarında olduğu gibi kurum ev idaresi alanında da değişme ve gelişmelere yol açmıştır. Bunlardan biri de kurum ev idaresi hizmetlerinin özel bir firma tarafından yürütülebilmesidir (Şafak, 1997:120). Hastaneler bu firmalardan temizlik, dekorasyon, haşere ve çöp kontrolü, çamaşırhane hizmetleri vb. işler için belirtilen sürelerde ve ücretle hizmet satın almaktadırlar. Bu tip sözleşmeli işlere yiyecek, içecek ve konaklama işletmelerinin çoğunda rastlanabilir. Müteahhitler. özel bir iş alanının tamamını veya belirli bir işlemi üstlenebilirler (yıl boyunca düzenli aralıklarla yapılan pencere temizliği gibi) (Ak ve ark., 1998:81).

2.2. Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri

Dış kaynaklardan yararlanma kavramı, İngilizce’de ilk olarak 1982 yılında kullanılmıştır. Bu kavram, bir işletmenin (tedarikçi, taşeron) başka bir işletme (satın alıcı) için mal veya hizmet sağlama uygulamasını belirtmek amacıyla kullanılmıştır. Dış kaynaklardan yararlanma, bir departmanın satılmasından veya üretim ve hizmetin elden çıkarılmasından farklıdır. Çünkü bu uygulama organizasyon için yapılması ve elde tutulması zorunlu olan faaliyetlerle ilgilidir (Gökdere, 2000:23).

Dış kaynaklardan yararlanma, işletmenin kendisine rekabet avantajı sağlayan en iyi yaptığı işe, temel yeteneklere (core competence) odaklanmasına, kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetleri ise bu konuda uzmanlaşmış organizasyon dışındaki işletmeler aracılığı ile sağlanmasına imkan veren bir yönetim stratejisidir (Arslantaş, 1999:11).

İşletmelerin gittikçe artan ölçüde, sadece kendi sahip oldukları yetenek ve becerileri esas alan işleri yapmak istemeleri; temel yeteneklerin kullanılmadığı işleri, organizasyon dışındaki başka işletmelerden almak eğilimi, yaygın bir “dış kaynaklardan yararlanma” uygulamasını ortaya çıkarmıştır (Koçel, 2001:315). Günümüzde hem imalat hem de hizmet işletmelerinde bu tür uygulamalara yaygın bir biçimde başvurulmaktadır. İmalat sanayinde bulunan işletmeler, standart yedek parçaları kendileri üretmek yerine konusunda uzman olan firmalara ürettirmektedirler. Hizmet sektöründe de işletmeler, öz yetkinliğe sahip olmadıkları alanlarda dış kaynakları kullanma eğilimi göstermektedirler. Bunların başında muhasebe, güvenlik, bakım, taşımacılık ve temizlik hizmetleri gibi destek hizmetleri gelmektedir. Hangi sektörde olursa olsun firmalar bu yöntemi kullanmayı giderek arttırmaktadır (Coşku, 2002:197). Türkiye’de, dış kaynaklardan yararlanma şeklindeki yönetim uygulamalarının en eski ve yaygın örneğini taşeronluk oluşturmaktadır. Artık günümüzde çok az işletme personel taşıma ve yemek pişirme gibi esas faaliyet alanlarının dışındaki destek hizmetlerini kendileri yapmaktadırlar (Gökdere, 2000:25).

Kamu hizmet sektöründe son yıllarda yaygın bir şekilde uygulanan ve kurumların doğrudan faaliyet alanına girmeyen hizmetlerin sağlanmasında dış kaynaklardan yararlanılmakta ve yöntem olarak Hİ kullanılmaktadır. Hİ yöntemi ile kamuya ait bir hizmet alanınının dış kaynaklardan yararlanmada çoğunlukla özel sektörden yararlanılmaktadır (Ascher, 1987:12; Larbi, 1998:154).

Tezel (1998) ve Çakırer (2002) dış kaynaklardan yararlanmanın faydalarını şöyle özetlemiştir:

Dış kaynak gereği gibi yönetilebilirse, bu uygulama, işletmeye büyük esneklik sağlayabilecektir. Uzmanlık gerektiren konularda dış kaynağa açılmak suretiyle; teknolojik gelişmeler konusundaki riskler dış kaynaklara dağıtılmaktadır. Bu yolla işletme tüm bölümlerinin, araştırma-geliştirme programlarının tümünde başarısız olma riskini tek başına göğüslemek zorunda kalmamaktadır. Üstelik, dış kaynak satın alan işletme kendi yaratıcılık gücüyle sınırlı kalmayarak kendisinin tek başına üretmesi mümkün olmayan yeni ürünler, yeni fikirler ve kalite geliştirme olanakları elde edebilmektedir. Öte yandan dış kaynaklardan yararlanma, işin basitleştirilme ve zenginleştirilmesini ve stratejik odaklama yapmalarını mümkün kılmaktadır. Hastanelerde dış kaynaklardan yararlanmayla destek hizmetlerin taşeron firmalara verilmesi, karmaşık olan hastane yönetimini rahatlattığı gibi, tıbbi hizmetlerde hastanenin uzmanlaşmasını da sağlayabilmektedir.

Dış kaynaklardan yararlanan işletmeler, riski azaltarak, ek maliyetlere katlanmaksızın hızlı büyümenin yolunu açmış olmaktadır. Yeni sektörler, yeni istihdam alanlarıyla ülke ekonomisi adına yeni katma değerler yaratırken, işletme adına yeni destek hizmetlerini de kullanıma hazır hale getirmiş olmaktadır. Dış kaynaklardan yararlanan hastaneler piyasa şartlarında, rekabetten, finansal ve teknolojik şartlardan meydana gelen riskleri taşeron işletmeye aktarabilmektedir. Bu uygulama ile organizasyon yapısı küçülmekte ve hastaneler daha çabuk karar alabilen, hasta istek ve beklentilerine daha çabuk cevap verebilen kurumlar haline gelebilmektedir.

Dış kaynağa iş verme tercihi ile, işletme içinde bu işlerin veya bu işleri yapan kişilerin zamanlarının planlanması, organizasyonu, sorunların çözümü ve benzeri şeyler için harcanan zaman kısılacaktır. Bu işlerin yapımı için harcanan para miktarında da azalma söz konusu olacaktır. Hastanelerde dış kaynaklardan yararlanmayla birlikte son derece yaygın ve sağlam bir kamu denetim mekanizması kurulabilecektir. Taşeron işletmelere verilen hizmetler sayesinde, hastaneler hizmetlerin tümünü organize etmektense, sadece kontrolünü yapmakla zamandan tasarruf sağlayabilirler. Böylece hastaların bürokratik koşullardan memnuniyetsizliği önleneceğinden uzun bekleme süreleri de azalabilecektir.

Dış kaynaklardan yararlanmanın bir dizi potansiyel yararlarının yanı sıra bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bu sınırlılıklar Tezel (1998) tarafından şöyle belirtilmiştir:

Dış kaynaklardan yararlanan işletme için, yapacağı spesifik iş planının aynı zamanda rakibine de hizmet veren dış kaynağa açıklanması riskli olabilir. Çünkü dış kaynak organizasyonun özel ya da mülkle ilgili bilgilerini rakip işletme için de kullanabilir. Dış kaynaklardan yararlanma sürecinde uzun dönemde esnek ve yeni gelişen bir ilişkiyi derleyip toplamak için yalnızca teknik beceri yeterli değildir. Bunun ötesinde problem çözümüne ortak bir yaklaşım, benzer değerler oluşturma ve personel arasında uyum sağlama uzun vadeli başarı için önemli kriterlerdir.

Dış kaynaklardan yararlanma kararının hatalı verilmiş olması, işletmeyi mali ve yönetsel konularda olumsuz etkileyebilir. İşletmenin dış kaynaklardan yararlanmaya yönelmesi çalışanlarda, işten atılma kaygısı yaratabilir ve çalışanların iş ve işletmeye bağlılık konusundaki motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Bütün bu özellikler işletmenin dış kaynaklara yönelim alanlarını çok iyi seçme ve değerlendirme gereğini ortaya koymaktadır.

2.3. Hizmet İhalesinin Olası Yararları ve Sınırlılıkları

Teorik olarak Hİ'nden beklenen faydaların uygulamada elde edilemeyeceğine dikkat edilmelidir. İhaleye girenler arasında rekabetin sağlanmasına ilişkin güçlükler; rekabetin verimliliğe yol açmasına ilişkin güçlükler ve ihaleler ile ihale etme sürecinin etkili olarak yönetimine ilişkin güçlükler Hİ'nin teorik faydalarını uygulamada gölgeleyen unsurlar olarak belirtilmektedir. Ayrıca Hİ maliyetlerinin kontrol edilebilirliği düşüktür (Tatar, 1993:221; Tatar ve ark., 1997:82).

Hİ'nin olumlu sonuçlar verdiğini savunanlar, görüşlerini bu yolla sağlanan maliyet düşüşlerine ya da tasarrufa dayandırmaktadır. Ancak Hİ'ni eleştirenler, bu yolla

sağlanan tasarrufların sözleşme şartlarına uyulmayarak çalışanlara düşük ücret ödenmesi, tam zamanlı personel yerine daha az haklara sahip yarı zamanlı personel çalıştırılması ve düşük hizmet kalitesi yoluyla gerçekleştirildiği görüşündedirler (Tatar ve ark., 1997:80).

Hükümetin özel firmalarla yaptığı ihale sözleşmelerinde maliyetlerin düştüğünü gösteren dikkate değer bulgular vardır. İngiltere, Kanada ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda hizmet üretim maliyetlerinin, özellikle rekabete dayalı açık artırmalarda, %20-30 oranında tasarruf sağladığı bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 66 büyük şehirde ihale sözleşmelerinin özet bir tablosu çıkarılmıştır. Bu tabloda, yıllık maliyet tasarrufunun %16 ila %20 olduğu görülmektedir. Yanıtlayıcılar aynı zamanda sözleşmelerle artan hizmet kalitesinin %24 ila %27 arasında olduğunu tahmin etmektedir. Kanıtlar, maliyet azalmasının büyük ölçüde verimlilik artışından kaynaklandığını göstermektedir. Ancak Hİ uygulama maliyetlerini inceleyen çalışmalar, sözleşme durumunda daha yüksek olması beklenen pazarlama ve fırsatçı (oportünist) maliyetleri içermemektedir (Vining ve Globerman, 1999:83,84).

Domberger, Meadowcraft ve Thompson (1987), özel olarak sağlık sektöründe sağlıkla ilgili hizmetler için rekabete dayalı tekliflerin maliyetleri %18 ila %27 oranında azalttığını bulmuşlardır. Yemek servis hizmetlerine odaklanan bir başka çalışmada, İngiliz Ulusal Denetim Bürosu, rekabete dayalı tekliflerin maliyetleri yaklaşık %10 oranında azalttığını bulmuştur.

Hİ'ne inananlar gerçekte hizmet kalitesinin birçok durumda Hİ'nden sonra arttığı görüşündedir. Karşı görüş ise; özel sektörün, kârını maksimize etme güdüsünün hizmet kalitesi üzerinde olumsuz etki bıraktığı yönündedir. Hİ'nin dezavantajına yönelik bir diğer konu ise; Hizmet İhaleleri'nin işgücü üzerinde son derece olumsuz etkileri olmuş ve birçok çalışan işinden olduğu gibi işlerinde kalanlar da düşük ücretler, uzun çalışma saatleri ve kısa tatiller gibi olumsuzluklarla karşı karşıya kalmışlardır. Hİ'nin kamu çalışanlarının işlerini tehdit etmesi Hİ'ne taraf olan ve karşı çıkanlar arasındaki tartışmaların temel noktalarından biri olmuştur. Hİ'ne karşı çıkanlar, kamu

çalışanlarının işlerini kaybetmesinin özellikle işsizlik sigortasının olduğu ülkelerde kamu kaynakları üzerinde ayrıca bir baskı oluşturduğunu iddia etmekte ve bunun da Hİ'nin gizli maliyetlerinden birisi olduğunu öne sürmektedir. Öte yandan, Hİ taraftarlarına göre ise, işlerini kaybedenlere yapılan yardımın maliyeti Hİ sayesinde elde edilen tasarruflarla karşılaştırıldığında çok küçük bir miktarı oluşturmaktadır (Tatar ve Ark., 1997:83).

Hartley ve Huby (1993); NHS (Ulusal Sağlık Hizmetleri) ve bazı firmalar ile yerel otoriteleri teste tabi tutmuştur. 1984-1985 yıllarında yaptığı araştırmada bu kişilerin Hizmet İhaleleri'nin fayda ve sakıncalarına yönelik görüşleri de ele alınmıştır. İhale yönteminin fayda sağladığını savunanlar:

- Kamu kesimindeki tekeller, tüketicilerden çok üretici gruplarının isteklerini tatmin eden yetersiz bürokrasilerdir.
- Kamu kesiminin yetersizliği, kamu harcamaları, parasal teşvikler ve vergi oranları üzerindeki etkileriyle birlikte düşük verimlilik ve işgücü uygulamalarındaki kısıtlamaları yansıtır.
- Rekabet, kamusal üretim birimleri tarafından her şeyin düzenli olarak yeniden ele alınmasına yardımcı olur.
- Rekabet, yeni fikirlerde ve modern donanımlarda ve çalışmanın geleneksel yöntemlerinde değişmelere yol açar.
- Rekabette başarılı olan firmalar sabit fiyatlı bir sözleşmenin cezai müeyyideleri ve teşvikleri ile işe başlar.
- İhaleyi alanlar, güvensizlik, gecikmeler ve düşük kalite yüzünden cezalandırılabilir.

Sonuç olarak, Hizmet İhaleleri'nin avantajlı olduğunu savunanlar, kamu kesiminin yetersizliklerini göz önünde bulundurarak, Hizmet İhaleleri uygulamalarının sonucunda maliyet tasarrufu elde edilebileceği görüşündedirler.

İhale yönteminin sakıncalı olduğunu düşünenler ise;

- Özel kesim ihaleleri aldığıında, düşük kaliteli ve güvenilmez hizmet verir.
- Özellikle ulusal sağlık hizmetlerinde özel kuruluşlar, insandan önce kendi kârlarını düşünürler, böylece hastaları riske atarlar.
- İhalelerin özel firmalara verilmesi, endüstriyel ilişkilerde sorunlara ve grevlere yol açar.
- İhaleye giren özel firmalar cazip ihaleleri almak için düşük teklifler verirler ve özel bir tekele kamu otoritesini bağımlı kılmak için mevcut kapasiteyi ortadan kaldırırılar.
- Rakip tekliflerin bir maliyeti vardır. Kamu otoritesi için ihaleleri yürütme, gözleme ve tayin etmekten kaynaklanan bir maliyet söz konusudur.
- Özel firmalar, çalışma koşullarını kötüleştirerek, maaşları düşürerek, işi keserek maliyet tasarrufu yaparlar.

Sonuç olarak, eğer bir maliyet tasarrufu varsa, bu kısa sürelidir ve sağlanan hizmetin kalitesi düşürülerek bu tasarruf gerçekleştirilmiştir, görüşlerini savunmuşlardır.

2.4. Hizmet İhalelerinin Maliyet Unsurları

Toplumsal kaynaklarda tasarruf sağlamak için Hizmet İhaleleri'nde birkaç konu dikkate alınmalıdır. Birincisi ihale sözleşmesinin hedefi açık olmalıdır, ikincisi bir çerçeve geliştirilmelidir ve üçüncüsü de bu tür bir çerçevenin gerçek sağlık ihale sözleşmelerine uyarlanabilirliği gösterilmelidir. Sağlık sektöründeki kuruluşların hedefi

herhangi bir niteliksel ya da niceliksel hizmetin maliyetinin azaltılması olmalıdır. Bazı araştırmalar, normalde ihale sözleşmelerinin maliyetleri düşürücü potansiyeli olduğunu ortaya koymaktadır, ancak bu tasarruflar yönetsel maliyetlerin artışıyla denkleşmektedir.

Hizmet İhaleleri, toplumun ekonomik durumu hazır olduğunda gerçekleştirilmelidir. Sağlık sektörü harcamaları, toplam sosyal maliyetin sadece bir parçasıdır. Hizmet İhaleleri ile birlikte kurumlar maliyetlerini düşüremez ise sağlık hizmetinden yararlanan toplum bundan mali olarak zarar görebilir. Bu nedenle kamu kurumları Hİ yaparken kurum çıkarlarının yanında, toplum çıkarlarını da göz önünde bulundurmalıdırlar. Sağlık hizmetlerinde maliyetler üretim maliyetleri (girdiler için yapılan harcamalar) ve sağlık hizmetleri yönetim maliyetlerinden oluşur. Bu maliyetleri en aza indirmek, kamu hastaneleri için bir amaç olmalıdır. Hastane yönetimleri Hizmet İhaleleri'ni, maliyetleri azaltma ve verimliliği artırma aracı olarak değerlendirmelidir (Vining ve Globerman, 1999:79-89).

Vining ve Globerman (1999), Sağlık Hizmetlerinde Hİ maliyetlerini etkileyen olası nedenleri şöyle özetlemiştir:

- Görevin karmaşıklığı, hizmet sunumunun denetlenebilme güçlüğü'nün derecesini ifade etmektedir. Örneğin sözleşme yapılan tarafın sunduğu ev idaresi hizmetlerinin kalitesini belirlemek ve ölçmek nispeten kolaydır. Ancak karmaşık tıbbi hizmetlerin kalitesini ölçmek oldukça zordur. Bu da Hİ uygulamalarının maliyetini etkilemektedir. Yüksek düzeydeki görev karmaşıklığı, bilgi asimetrisi olasılığını artırır. Bilgi asimetrisi, sözleşme kapsamında diğer tarafın sahip olmadığı konuyla ilgili bilgiye bir tarafın sahip olmasıyla ortaya çıkar. Bilgi asimetrisi her zaman olmasa da genellikle maliyeti yükseltir, özellikle kalitesinin uygulama sırasında ölçülebileceği hizmetler için, sözleşme yapıldıysa maliyet yükselebilir. Bu nedenle bilgi asimetrisi ticari ilişkide bulunulan bir tarafın fırsatçı davranma olasılığını da yükseltir. Bilgi asimetrisine bağlı fırsatçılık, sözleşmenin müzakere aşamasında veya çoğunlukla sözleşme sonrasında

ortaya çıkabilir. Sözleşmeyi yapan her iki taraf da maliyet artışına yol açabilir. İhale açan taraf bakımından bu tür ticari anlaşmalar, hem işle ilgili önemli belirsizlikler olduğundan, hem de sözleşme için teklif veren firmalar konuyla ilgili daha çok bilgiye sahip olduklarından karmaşık olabilir.

- Hastalara sunulan bakımın kalitesini belirleyebilme ve değerlendirebilme konusundaki güçlükler azımsanamaz. Bununla birlikte esas sorun, sözleşme yapılan tarafın sağladığı hizmetin, gerçek ve beklenen kalitesi arasındaki farklılıklarını ve sapmaları ortaya koyabilme güçlüğüdür. Dolayısıyla sözleşme yapılan taraf, ek maliyetler ortaya çıkarabilir.
- Düşük rekabetin olduğu piyasalar, sözleşme sırasında ve sonrasında farklı sorunlar yaratabilir. Sözleşme müzakereleri sırasında sınırlı rekabet piyasasında bir hizmet sağlayıcı firma marjinal değer üzerinde bir fiyatla hizmet sunmaya yönelebilir. Hükümetlerin rekabeti artırıcı önlemler alarak piyasaları düzenleyici rolü bulunmaktadır. Bu rol gereği kamu kaynakları adına sözleşme yapan kurumlar, hizmetin sağlanmasıyla ilgili maliyetleri makul bir düzeyde tutma çabasının gereği olarak piyasalara müdahale edebilir. Bu durumda yeterince rekabet ortamı yaratabilmek için mülkiyetinde bulunan pahalı bazı ekipmanları hizmeti sağlama hakkını kazanan firmalara kiralayabilir. Bu yolla müteşebbislerin büyük mali yatırımlar yapma ihtiyacı hafifletilebilir ve böylece rekabet artırılabilir.
- Belirgin olarak kurumsal düzeyde sözleşme sahipleri, hizmeti sağlamak üzere teklif veren firmalar kabul edilebilir hizmet sunmadığı zaman sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramaması konusunda bir dizi güçlüklerle karşılaşabilirler. Sağlık hizmetlerinin kesintisiz verilebilmesi için aynı hizmeti sağlayacak daha yetkin ve donanımlı firmalar olsa bile

sözleşmeyi feshedememektedirler. Bu da firmanın, değişik nedenler sunarak hizmet sunum maliyetini daha fazla göstermesine neden olabilir.

2. 5. Hizmet İhalesi Yapma Süreci

Hİ süreci; ihale öncesi dönem, şartname hazırlama, ihaleye çağrı, ihale yapma ve karar verme, sözleşme yapma, ihale sonrası işlemler ve iş alanının teslimi aşaması ve denetim olmak üzere yedi aşamadan oluştuğu söylenebilir.

2. 5. 1. İhale Öncesi Dönem

İhale öncesi dönem, bir hizmeti, rekabet ortamında ihaleye verme kararına kadar olan en basit, en az tartışma getiren fakat en önemli olan süreçtir. Bu önemli süreçte, Tatar ve arkadaşlarına (1997:83,84) göre, kamu yöneticileri, ihale yöntemi ile hizmet satın alma yoluna başvurmadan önce aşağıdaki temel noktaları göz önüne almalıdır:

- Hİ'nde sadece hizmet sunumu özelleştirildiğinden, devletin sorumluluğu tamamen bitmemektedir. Devlet bu faaliyetleri düzenlemek ile yükümlüdür, bunun da bir maliyeti vardır.
- İşgören içinde ya da hizmeti vermek için ihaleye girecek şirketler arasında oluşturulabilecek gizli tekeller, Hİ'den beklenen faydaları engelleyebilmektedir.
- Özellikle gelir getirmeyen hizmetler için kamu yöneticisi her zaman istediği sayıda ve nitelikte, hizmeti üstlenecek bir kurum veya firma bulamayabilir.
- Hizmeti ihale yoluyla bir sunucuya veren kamu yöneticisi, hizmetin işleyişi sırasında olumsuzluklarla karşılaşabilir. İşgören ile ilgili problemler, hizmetin kesilmesinden kaynaklanan mali problemler örnek olarak verilebilir.

- Kamu yöneticisi, hizmeti satın alma sırasında başarılı bir sözleşme yapmış olsa bile bu hizmet sunumunun işleyiş sırasında denetlenmesi gerekecektir. Denetim için de yönetsel bir birim oluşturulması gerekebileceğinden, bu birimin oluşturulmasından kaynaklanan gizli bir maliyet ortaya çıkabilir.
- Hizmeti üstlenen kurum, iflas etmesi nedeni ile işi sonlandırabilir. Bu durumda kamu yöneticisi, bu hizmeti önce olduğu gibi sunmaya devam edecek veya başka bir kuruma devredecektir. Bu durumda devretme maliyetlerini üstlenmek durumunda kalabilir.
- Hİ uygulamalarının başarısını etkileyebilecek önemli bir nokta da politize olma derecesidir. Kamu yöneticisi politik etkiler veya baskılar altında kalmaz ise bu uygulamanın başarı düzeyi artabilir.

Sağlık hizmetlerinde Hİ uygulamaları daha çok “ev idaresi” niteliğindeki destek hizmetlerinde yoğunlaşmaktadır. Şafak (1997:121,122) ev idaresi hizmetlerini ihale yapmadan önce aşağıdaki sorulara cevap aranması gerektiğini belirtmektedir:

- Hangi hizmetler firmaya verilecektir?
- Hangi tip kontrat seçilecektir, seçilen kontratın avantaj ve dezavantajları ne olacaktır, yapılacak bu kontrat kurum ve kurumun hizmet verdiği kişilere en iyi nitelik ve nicelikte hizmeti sağlayabilecek mi?
- Seçilecek firmanın sunduğu hizmet, kurumun verdiği hizmetten daha başarılı olacak mı, firma, kurumun sağlamadığı araç-gereç-malzeme ve kalifiye eleman ve fiyata sahip mi?
- Verilen teklif ne ölçüde gerçekçidir, firma temsilcisi hizmetle ilgili ihtiyaç ve istekleri tam olarak saptayabilmek için kurumda yeterince zaman geçirecek mi, acil durumlarda firma çağrılacak mi?

- Kontrat hizmette gelişmeyi sağlayabilecek mi, fiyat artışları hangi koşullarda ve ne şekilde ayarlanacak, hizmetle ilgili bir uyumsuzluk durumunda ne yapılacak, kurumun ve firmanın personel politikası birbiri ile ne denli uyum sağlayacak, kurum ile firma personeli arasındaki ilişkiler problemlere neden olacak mı?
- Kurum, firma personelinin sigortasını üstlenecek mi, karşılıklı yasal sorumluluklar neler olacak?

Yukarıda bahsedilen temel noktaları değerlendirerek Hİ yapma kararı alan kurumun ilk işi, bu sürecin sorumluluğunun kimlere ya da hangi birimlere ait olacağını belirlemesidir. Bu görev çoğunlukla, kurum üst düzey yöneticileri, ihale konusu ile ilgili bölüm yöneticileri, finans, personel ve satın alma bölümlerine verilmektedir. Sorumluluğun kurum yöneticilerine verilmesine karşılık politika koymak ve yönlendirmek merkezi yönetime aittir (Ascher, 1987:138,139).

2.5.2. Şartname Hazırlama Aşaması

Şartname hazırlama bu sürecin teknik bir aşamasıdır. Teoride, şartnameler teknik ve performans bölümleri olmak üzere iki bölümden oluşur. Teknik şartnameler, hizmetin taşınması gereken asgari nitelikleri ve nasıl verileceği ile ilgili detaylardan oluşur. Performans şartname ise çıktılarının yeterlilik seviyeleri ile ilgili göstergeleri içerir. Şartnamelerde sözleşme ile ilgili tüm detaylara inilir. Burada şartnamelerin dilinin anlaşılır olması çok önemlidir (Ascher, 1987:141-143).

2. 5. 3. İhaleye Çağrı (İlân)

Hİ'ne, müteahhitleri davette kurumlar tarafından kullanılan çeşitli yöntemler vardır. En çok kullanılan davet şekli gazete, dergi ilânları ile yapılan açık davettir (Ascher, 1987:146).

2. 5. 4. İhale Yapma ve Karar Verme Aşaması

İlanlar sonucu gelen tekliflerin değerlendirilmeye alınmasından sonra ihale yapma ve karar verme aşamasına geçilmektedir. Çeşitli usullerde yapılan ihaleler sonucunda karar alınır. Karar vermeden önce yapılacak değerlendirmeler, müteahhidin işi yapabilirlik seviyesi ile teknik ve finansal yeterlilikleridir.

Müteahhidin kapasitesini belirlemede iki kriter vardır. Birincisi, yatırım ve ekipman seviyesidir. İkincisi ise çalıştırılacak personelin yapılacak işle ilgili yeterliliği, konuyla ilgili eğitimi, sayısal yeterliliği ve uygulama sırasında bu personelden sorumlu olacak idarecinin özelliklerinin incelenmesidir. Burada önemli bir değerlendirme konusu da müteahhidin personeli ile ilgili sağlık, güvenlik ve eğitim politikalarıdır.

Teknik değerlendirme, müteahhitlerin genel anlamda uzmanlık seviyesinin analiz edildiği değerlendirmedir.

Finansal değerlendirme ise, hizmeti sunmaya aday olan müteahhitler tarafından sunulan piyasa fiyatlarının objektif bir şekilde karşılaştırmalarının yapılmasıdır (Ascher, 1987:149-151).

2.5.5. Sözleşme Yapma Aşaması

Sözleşme, ihaleyi kazanan müteahhidi kuruma bağlama şartları ve sözleşme taraflarının sorumluluklarının listesidir. Sözleşmede verilecek hizmetlerin devamlılığı ve hizmet standartları, verilen hizmet sonucunda memnun kalınmadığında verilecek cezalar ve sözleşmenin feshedilmesi şartları, gelecekteki fiyat değişiklikleri durumunda yapılacaklar gibi konular yer almaktadır (Ascher, 1987:141-143).

2.5.6. İhale Sonrası İşlemler ve İş Alanının Teslimi Aşaması

Kurumun kendisinin sunduğu hizmeti başka bir sunucuya bırakacak olması kurum için bir geçiş dönemidir ve bazı düzenlemeler yapmak gerekmektedir. Hizmeti

özel sektör verecek olmasına rağmen düzenleme yapma işi kurumun kendisine aittir. Örneğin; sözleşme bütçesi oluşturulur, yeni çalışma şemaları hazırlanır, oluşacak personel fazlalığı erken emeklilik veya başka bölümlere nakil yolu ile azaltılarak, departman yeniden düzenlenir.

İş alanının teslimi aşaması da, şartname hazırlama gibi teknik bir aşamadır. İlgili departmandaki, şartname hazırlıklarında da bulunan, fonksiyonel yönetici departmanı bu aşamaya hazırlar (Ascher, 1987: 147-153).

2. 5. 7. Denetim

Hİ'nin başarısını etkileyen en önemli aşamalardan biri hizmetlerin sözleşme ilkelerine uygunluğu ve ihale amaçlarına uygunluğu aşamasıdır. Kurumdaki gerekli düzenlemeler yapıp, yeni hizmet sunucusunun işe başlamasıyla birlikte, son olarak bunların performanslarının değerlendirilmeleri gerekmektedir. Bu sorumluluk kalifiye ve deneyimli ekip tarafından gerçekleştirilmelidir (Ascher, 1987:156).

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE HİZMET İHALESİ UYGULAMALARI

Sağlık bakım hizmetlerinde Hİ Yöntemi ile hizmet sunumu artık pek çok ülkede özellikle Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Hollanda, Yeni Zelanda, İsveç ve Kanada'da oldukça yaygındır. Örneğin 1993 yılında Kanada'nın en büyük hastanesi (Toronto Hastanesi), beslenme hizmetleri, ev idaresi, bahçecilik işlemleri ve bakımı, hasta ve besin nakliyatı, malzeme yönetimi, lojistik destek ve laboratuvar hizmetlerini içeren çok geniş bir hizmetler yelpazesinde ihalelere başladı. Sağlık bakım ihale sözleşmeleri Amerika Birleşik Devletlerinde özellikle hastaneler, hemşirelik evleri ve sağlık bakım organizasyonlarında büyük bir gelişim potansiyeline sahiptir. Yakın zamandaki bir alan araştırması 1994 ile 1995 yılları arasında ihale sözleşmelerinin %20 oranında arttığını ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın sonuçları Tablo 3.1'de de yer aldığı gibi, aynı zamanda Amerika Birleşik Devletlerinde ihale sözleşmelerinin gıda hazırlama, çamaşırhane ve ev idaresi gibi geleneksel destek hizmetleri alanlarından acil bakımı, madde bağımlılığı ve özelleşmiş hemşirelik hizmetleri gibi klinik alanlara doğru genişlediğini göstermektedir (Vining ve Globerman, 1999:78).

Tablo 3. 1. ABD’de Hastanelerde İhale Sözleşme Alan ve Sayıları

| <i>Hİ Alanları</i> | <i>Hastane Sayısı</i> | | <i>Yüzde Değişimi</i> |
|---------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| | <i>1994</i> | <i>1995</i> | |
| Beslenme Hizmetleri | 1550 | 1733 | 11,8 |
| Acil | 981 | 1298 | 32,3 |
| Ev İdaresi | 619 | 718 | 16,0 |
| Çamaşırhane | 533 | 557 | 4,5 |
| Klinik / Tanısal Ekipman Bakımı | 289 | 445 | 54,0 |
| Eczane | 370 | 436 | 17,8 |
| Bahçecilik İşlemleri | 310 | 341 | 10,0 |
| Rehabilitasyon / Fizyoterapi | 255 | 308 | 20,8 |
| Finansal (Bütçe) Yönetimi | 342 | 474 | 38,6 |
| Psikiyatri | 214 | 211 | -1,4 |
| Özelleşmiş Hemşirelik | 60 | 134 | 123,3 |
| Güvenlik | 100 | 119 | 19,0 |
| Radyoloji | 43 | 69 | 60,5 |
| Hediyelik Mağaza | 44 | 67 | 52,3 |
| Yönetimli Bakım | - | 47 | - |
| Madde Bağımlılığı | 23 | 47 | 104,3 |
| Hesap Ödemeleri | 31 | 39 | 25,8 |
| Malzeme Yönetimi | 26 | 33 | 26,9 |
| Cerrahi | 29 | 31 | 6,9 |
| Anestezi | 21 | 30 | 42,9 |

Kaynak: Vining ve Globberman, 1999:78

Hartley ve Huby (1993:422-435), 1984-1985 yıllarında İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri ve bazı firmalar ile yerel otoriteleri üzerinde yapılan bir araştırmada, 1982'nin Ocak ayından itibaren en azından spesifik bir hizmet için olmak üzere ihale yöntemiyle ilgili gerçek deneyimleri hakkında bilgi toplamıştır. Araştırmada cevaplayıcılar verilen ihale seçeneklerinden hangi ihaleyi seçeceklerini kendileri belirlemiştir. Herhangi bir şekilde ihale yöntemiyle ilgili olmayan otoritelere ise, rekabet tekliflerinden dolayı elde edilebilecek muhtemel maliyet tasarruflarına inanıp inanmadıkları ve gelecek iki yıl içinde herhangi bir hizmeti ihale etmeyi planlayıp planlamadıkları sorulmuştur. Firmalar için ise maliyet tasarruflarının ölçüsü ve kaynağı hakkındaki kendi düşünceleri sorulup bilgi toplanmaya çalışılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda;

Hangi hizmetler ihale teklifine açılmıştır? Bu soruya cevap veren 75 yerel otoriteden, 32 tanesi binaların idame ve onarımı, 22 tanesi temizlik ihaleleri, 9 tanesi çöplerin toplanması, 7 tanesi zararlı haşerelerle mücadele ve geri kalanlar güvenlik hizmetleri, idari hizmetler ve bahçıvanlıkla ilgili seçenekleri işaretlemişlerdir. Birçok yerel sağlık otoritesi temizleme, tabldot ve yıkama hizmetlerinin gelecek iki yıl içinde ihale edileceğini planladıkları ortaya çıkmıştır. Bazı sağlık otoriteleri de ulaşım, liman hizmetleri, bahçıvanlık, araç bakımı, boyama, tıbbi mühendislik ve idari hizmetlerin ihaleye çıkarılması için planlar yapmaktadırlar.

Rekabet mümkün müdür? İhale yöntemi, sanayinin rekabete cevap vermesine bağlıdır. İhale yöntemi ile ilgili gerçek deneyimleri olan yerel otoriteler ve sağlık otoriteleri ortalama sekiz firmanın teklifini istemiştir ve altı teklif gelmiştir. Burada ilginç olan, cevap veren yerel otoritelerin %25'inin rekabet politikasının açık rekabet politikası olmasıdır. Yerel sağlık otoritelerinin gelecekteki politikaları ile ilgili inançlarına göre çoğunluk beş altı firma ile etkin bir rekabeti muhtemel görmekte ve dışarıdan katılan firmaların, talepteki artışa çabuk cevap verebileceklerini düşünmektedirler.

İhaleler her zaman en düşük teklifi verene mi verilir? Araştırma göstermiştir ki ihaleler her zaman en düşük teklifi verenler üzerinde kalmamaktadır. 75 yerel ihaleden 18 tanesi en düşük teklifi verenlere verilmemiştir. Firmaların kazandığı 40 ihaleden 29 tanesi en düşük teklife; aynı şekilde konseylere verilen 35 ihaleden 28'i en düşük teklife aittir. Firmaların ve bağlı kuruluşların mücadele ettiği 57 ihalede 43 ihale en düşük teklifi veren üzerinde kalırken 28 tanesi bağlı kuruluşlara, 15 tanesi firmalara verilmiştir. İhale yöntemine karşı olanlar ve savunanlar ihalelerin en düşük teklifi verene verilmediği yerde tercihler, davranışlar, himayecilik, taraf tutma, peşin hükümlü davranma gibi iddialarda bulunacaklardır.

Verilen Tekliflerin Maliyeti Nedir? Yerel otoriteler tekliflerinde işletmelerin karşı karşıya olduğu bazı maliyet unsurları ile ilgili bilgiler vermişlerdir. Bu maliyetler rekabetin organizasyonunda teklifin hazırlanması ve diğer tekliflerin incelenmesi için

harcanan insan-zamanını kapsamaktadır. Böyle maliyetler yerel otoriteler için ortalama 10 bin £ 'dir ve verilen teklifin hazırlanmasından sonuçlanmasına kadar geçen süre ortalama 5 aydır.

Maliyet tasarruflarının kaynağı nedir? Maliyet tasarruflarının; istihdamı azaltmak, part-time çalışan kadroları artan oranda kullanmak düşük oranda ödemeler yapmak, işçiye ücreti dışında yapılan ödemeleri uzatmak, daha modern malzemeler kullanmak ya da daha iyi bir yönetim ve örgütlenme ile mi sağlanacağı ile ilgili sorular sorulmuştur ? Ancak gayet açıktır ki, tüm bu faktörlerin tek tek maliyet tasarrufuna katkısı hesaplanmasa bile bütün faktörler maliyet tasarrufu sağlamaktadırlar. Bazı firmalar "daha etkin örgütsel yöntemlerin" tasarrufun asıl kaynağı olduğu iddiasında bulunmuşlardır. Bir firma ise gayet kesin bir açıklama ile " daha az işçiyi daha kısa sürede çalıştırma" suretiyle tasarruf sağlanabileceğini belirtmiştir. Bu araştırma örneğindeki, firmalarda kapasitesinin % 50'si part-time çalışanlardan oluşmaktadır. İhaleye girenler kesinlikle part-time çalışanları full-time çalışanlara tercih etmektedir. Çünkü böyle çalışanlar daha esnekler. Firmalar tarafından kazanılan 40 yerel ihalenin hiçbirinde ihaleyi alanlar aradaki kamu işçilerini full-time çalıştırmamıştır. 33 ihalede % 10'unun altında kamu işçisi ve 26 ihalede yine % 10'unun altında kendi işçileri part-time olarak istihdam edilmiştir. Şüphesiz ihaleye katılanlar kamu kadrolarının büyük bir kısmını tekrar istihdam etmeyi teklif ederler. Ancak işçiler ücret oranlarını çalışma saatlerini ve özel kesimde hizmet şartlarını kabul etme konusunda isteksizdirler. Aynı zamanda ihaleye girenler düşük ücret ödemektedirler ve bunun örnekleri mevcuttur. Firmalar üzerindeki incelemelerimizde yerel ve İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri ihalelerinin firmalarca kazanılmış olduğu halde düşük ücret ödedikleri görülmüştür. Yine aynı şekilde ihaleye girenler sürekli olarak hizmet şartlarını, özellikle emekli maaşlarını, tatil ücretlerini ve hastalık ödemelerini kısarak giderlerini azaltmaya çalışırlar. Bir sanayi temsilcisinin iddiasına göre ihaleye katılanların aynı işgücü girdilerini ödeme oranlarını ve hizmet koşullarını kullanmaları gerekse dahi özel firmalar bağlı kuruluşlarla mukayese edildiğinde % 10-15 tasarruf sağlamaktadırlar.

Dışarıdan ihaleye katılanlar aynı düzeyde hizmet verebilir mi ? Genellikle, ihaleye girenler ve bağlı kuruluşlar kamusal üretim birimleri tarafından belirlenen hizmet düzeyi üzerinde rekabet etmektedirler. Bazı durumlarda firmalardan teminat mektubu istenebilmektedir. Bu mektuplar teklif edilecek fiyatı %5 artırmaktadır. Bütün firmalar ihalelerin mutlaka cezai yaptırımlar içerdiğini belirtmişlerdir. Yerel ihalelerden 40'ını firmalar kazanmış olduğu durumda, 9 örnekte düşük kalite ve çalışma nedeniyle cezai yaptırımlara başvurulmuş ve 7 durum da işin tamamlanması geciktiği için cezai yaptırım uygulanmıştır. Bağlı kuruluşlar ise kendi kazandıkları ihaleleri en iyi şekilde tamamlamışlardır. Bağlı kuruluşların kazandığı 35 ihaleden 26 tanesinin şartnamesine yerel otorite cezai yaptırım koyarken 9 tane ihalenin şartnamesinde bu yaptırımlar yoktur.

Puig ve Perez (2002:55)'in İspanya hastanelerinde ev idaresi, çamaşır, yemek hizmetleri, bakım ve güvenlik hizmetleri gibi destek hizmetlerini ihale yoluyla satın almaya karar vermede etkili olan faktörleri tespit etmeye yönelik yaptıkları araştırma sonucunda; hastanelerde yapılan Hizmet İhaleleri'nin %55.7'sinin destek hizmetleri olduğu ortaya çıkmıştır. Destek hizmetleri içersinde ise en sık ihale edilen hizmetler, ev idaresi hizmetleri (%45.1) ve güvenlik hizmetleridir (%32.51). Destek hizmetlerini satın alma kararını vermekte etkili olan faktörler, hastanenin büyüklüğü ve kâr elde edebilmektir.

Başka bir araştırmada Mills (1998:32-42), düşük ve orta gelirli ülkelerde sözleşmeli hizmet uygulamalarındaki rasyonelliği ölçmüştür. Bu ülkeler Bombay, Papua Yeni Gine, Güney Afrika, Tayland ve Zimbabwe'dir. Araştırmada sözleşmeli sürdürülen hizmetler (mutfak, temizlik, güvenlik, teşhis hizmetleri ve tüm hastane hizmetleri) değerlendirilmiştir. Bu araştırmada, sözleşme düzenlemeleri, rekabet boyutları, sözleşme süreci, sözleşme performansları incelenmiştir. Bu araştırmanın sonucundaki, bulgular şöyledir:

Sözleşmelerin rasyonelliği klinik hizmetleri ve klinik olmayan hizmetler için farklıdır. Genel olarak bu uygulamanın maliyetleri düşürdüğü ve yönetici sorunlarını azalttığı görülmüştür.

Tablo 3. 2. Çeşitli Ülkelerin Hizmet Sözleşmesi Yapma Nedenleri

| Hİ sözleşmesi yapan ülke, şehir | Hİ yapma Nedeni |
|---------------------------------|---|
| Bombay, Mutfak | Yönetim yükünü azaltmak, Mali tasarruf sağlamak, İsrafi azaltmak. |
| Bangkok, Temizlik | Daha ucuz ve kaliteli hizmet sağlamak |
| Tayland, Tıbbi ekipman | En son ekipmanı sağlamak, Hükümet fonlarının gecikmesi |
| Güney Afrika, Bölge Hastaneleri | Yeni bölümler açabilmek |
| Zimbabve, Bölge Hastanesi | Yeni bölümler açabilmek |

Kaynak: Mills, 1998:34.

Sözleşme yapma nedenlerinden sonra, sözleşme düzenlemeleri, incelenmiş ve sözleşme düzenlemelerinin önemli bir konusu hizmet sunumlarının kalite ve maliyetlerinin sözleşmeden sonra taraflar arasındaki risk paylaşımının olduğu belirlenmiştir. Burada fiyatlama modelleri, fiyat değiştirme kuralları, hizmet özellikleri, sözleşme süresi, performans düşüklüğü, belirlendiği zaman uygulanacak yaptırımlar gibi sözleşme içerikleri de ülke veya şehirler için incelemiştir.

Klinik olmayan hizmetler için sözleşmede fiyat belirleme de teklif mektuplarındaki eğilim birim başına (örneğin öğün başına gibi) fiyatlama değildir. Bombay ve

Thai'de klinik hizmetlerinde artırma-eksiltme yoluyla fiyat belirleme önerilse de, ödemeler gün başına ya da test başına yapılmaktadır. Genel olarak, birçok sözleşme kalite ve diğer özellikleri göz önünde bulundurulmakla birlikte ancak performans düşüklüğüne verilecek cezalar belirlenmemiştir.

Tablo 3. 3. Klinik Dışı Hizmetler İçin Sözleşme Düzenlemeleri

| Özellikler | Diyet Yemek Hizmetleri Bombay | Güvenlik ve Temizlik Papau Yeni Gine | Temizlik Tayland |
|----------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|
| Hizmet Özellikleri | Özel içerikli öğünler | Güvenlik görevlileri Bölge temizlenmeli | Bölge temizlenmeli |
| Fiyatlandırma metodları | Öğün başına fiyat ödeme | Toptan ödeme | Metre kare başına ödeme |
| Fiyat değiştirme kuralları | Yok | Yok | Yok |
| Süre | 1 yıl | 1 yıl | 1 yıl |
| Yaptırım | Para cezası | Sözleşmeye son vermek | Sözleşmeye son vermek |

Kaynak: Mills, 1998:35.

Tablo 3. 4. Klinik Hizmetler İçin Sözleşme Düzenlemeleri

| Özellikler | Tıbbi Ekipman Tayland | Bölge Hastaneleri Güney Afrika | Bölge Hastaneleri Zimbabwe |
|----------------------------|--|---|--|
| Hizmet Özellikleri | Hastanedeki makine ve teçhizatın bakımı | Hastanelerde ayakta ve yatan hastalara hizmet sunumu | Hükümet sorumluluğundaki hastaların tedavisi |
| Fiyatlandırma metodları | Aylık olarak Test/prosedür başına ödeme ya da dönem başına ödeme | Ayakta ve yatan hasta başına ödeme; minimum düzeyde ödeme garantisi | Hizmet başına ödeme |
| Fiyat değiştirme kuralları | yok | Fiyatta enflasyona göre artış veya azalış | Fiyat değişiklikleri görüşülüyor |
| Süre | 1-15 yıl | 25 yıl (2 hastane) 5 ve 3 yıl (1 hastane) | 1 yıl için |
| Yaptırım | Bakım başarısızlıkları için para cezası | Yok (açık değil) | Yok (açık değil) |

Kaynak: Mills, 1998:35.

Klinik dışı hizmetlerin ihalesi genelde yarışmalı yapılmakta ve rekabet ortamı sağlanmaktadır. Klinik hizmetleri sözleşmelerin de işe rekabet ortamı daha az oluşmaktadır. Denetim mekanizması çok iyi çalışmamaktadır ve sorumluluk paylaşımı açık bir şekilde yapılmamıştır.

Uygulama sonuçlarına bakıldığında, sözleşmeli hizmet vermenin kurumun kendi sunumlarına göre daha çok tasarruf sağladığı görülmüştür.

Tablo 3. 5. Değerlendirme Sonuçları: Klinik-Dışı Hizmetler

| Kriter | Diyet yemek hizmetleri Bombay | Güvenlik ve temizlik hizmetleri Papau Yeni Gine | Temizlik Tayland |
|--|--|---|------------------------------------|
| Direkt sunuma göre sözleşmeli sunum maliyeti | Sözleşmeli hizmet sunumu daha ucuz | Veri yok ama yöneticiler sözleşmeli hizmet sunumunun daha ucuz olduğu kanısında | Sözleşmeli hizmet sunumu daha ucuz |
| Teknik kalite | Sözleşmeli hizmet sunumu daha düşük kalite | Sözleşmeli hizmet sunumu daha düşük kalite | sözleşmeli sunum daha kaliteli |
| Yönetim görüşleri | Sözleşmeli hizmet avantajlı | Kalite düşüklüğünden şikayet | Sözleşmeli hizmet avantajlı |

Kaynak: Mills, 1998:37.

Tablo 3. 6. Değerlendirme Sonuçları: Klinik Hizmetleri

| Kriter | Tıbbi Ekipman Tayland | Bölge Hastaneleri Güney Afrika | Bölge Hastaneleri Zimbabve |
|--|---|---|---|
| Direkt sunuma göre sözleşmeli sunum maliyeti | Bazı sözleşme sunumları diğerlerine göre ucuz (örneğin elektrokardiyogram cihazı) | Çok az fark var | Bazılarında sözleşmeli hizmet daha ucuz |
| Teknik kalite | Sözleşmeli hizmetler daha iyi | Temizlik gibi hizmetlerde yüksek kalite | İkna etmeyen belirsiz sonuç |
| Yönetim görüşleri | Avantajlı | Sözleşmeli hizmet ödemelerine dikkat edilmeli | Sözleşmeli hizmet ödemelerine dikkat edilmeli |

Kaynak: Mills, 1998:37.

Bangkok ve Bombay klinik dışı hizmetlerde düşük maliyette hizmet üretmekte sözleşme yönteminden yararlanmanın başarılı olduğu kasındadırlar. Fayda sağlayabilmek sözleşme içeriğinin iyi düzenlenmesiyle sağlanabilir. Yine görüldüğü gibi diyet yemek hizmetlerinde maliyette ve kalitede düşük olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni, uygun bir diyet öğününün bu fiyatlarla verilmesi mümkün olmayışıdır.

Kısaca özetlemek gerekirse, sağlık hizmeti sunumunda verimi arttırmak için sözleşmeli hizmet anlayışı tüm dünyada yaygınlaşmıştır. Verimliliği etkileyecek faktörler sözleşme yapılacak kurumun kapasitesi, sözleşme içeriği, sözleşme süreci, hizmetin denetimi, taraflar arasındaki sorumluluk paylaşımı, sosyal, politik ve ekonomik çevrenin yapısıdır.



TÜRKİYE'DE HİZMET İHALESİ UYGULAMALARI

1980 yılını izleyen dönemde, aralarında ABD ve İngiltere olmak üzere birçok ülkede, Türkiye'de ve diğer gelişmekte olan ülkelerde, kamu kurum ve kuruluşlarının kendilerince sağladıkları bazı hizmetlerin özel sektör kuruluşlarına ihale yolu ile gördürülmesi gündeme gelmiş ve hemen her sektörde bu yöneme sıklıkla başvurulmuştur. Bu uygulama sağlık sektöründe de uygulanmaya ve Türkiye'de birçok hastanede bazı destek hizmetlerinin özel sektör kişi ve kuruluşlarına gördürülmesine başlanmıştır. Ayrıca destek hizmetlerinin yanısıra sosyal güvenlik kurumları da sigorta kapsamına giren nüfusa çeşitli sağlık bakım hizmetlerini sağlamak üzere özel hastanelerden klinik hizmetlerini satın alma yoluna gitmektedirler (Tatar ve ark., 1997:84,85).

Maliye Bakanlığı kamu harcamalarının yönetiminden, mali kontrolünden ve düzenlenmesinden sorumludur. Bakanlık kamu kurumları ile yükleniciler arasında yapılan tüm sözleşmelerinin uygunluğunu değerlendirmektedir.

Türkiye'de devlet ihaleleriyle ilgili 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu (1983), 01.01.2003 tarihine kadar, genel bütçeli, katma bütçeli, il ve ilçe belediyeleri ve diğer yerel yönetimlerin her türlü ihale faaliyetlerini (tedarik, iş ve hizmet) kapsamıştır. Kamu iktisadi teşebbüsleri veya diğer bazı özerk idareler tarafından yapılan kamu hizmetleri bu yasanın hükümlerine tabi değildi, zira bu idarelerin bir çok bakımdan Devlet İhale Kanunundan pek farklı olmayan kendi yönetmelikleri vardı. 2886 sayılı Devlet İhale Kanununun yürütülmesinde, ihtiyaçların en iyi şekilde, uygun şartlarla ve zamanında karşılanması ve ihalede açıklık ve rekabetin sağlanması esastı. T.C. Sağlık Bakanlığı hastaneleri de Hizmet İhalelerini ve diğer ihalelerini bu mevzuata göre yapmıştır.

04.01.2002 tarihinde kabul edilen ve 24648 sayılı resmi gazetede yayınlanan ve 01.01.2003 tarihinde yürürlüğe giren Kamu İhale Kanunu (2002)'nin amacı, kamu hukukuna tâbi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kamu kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve

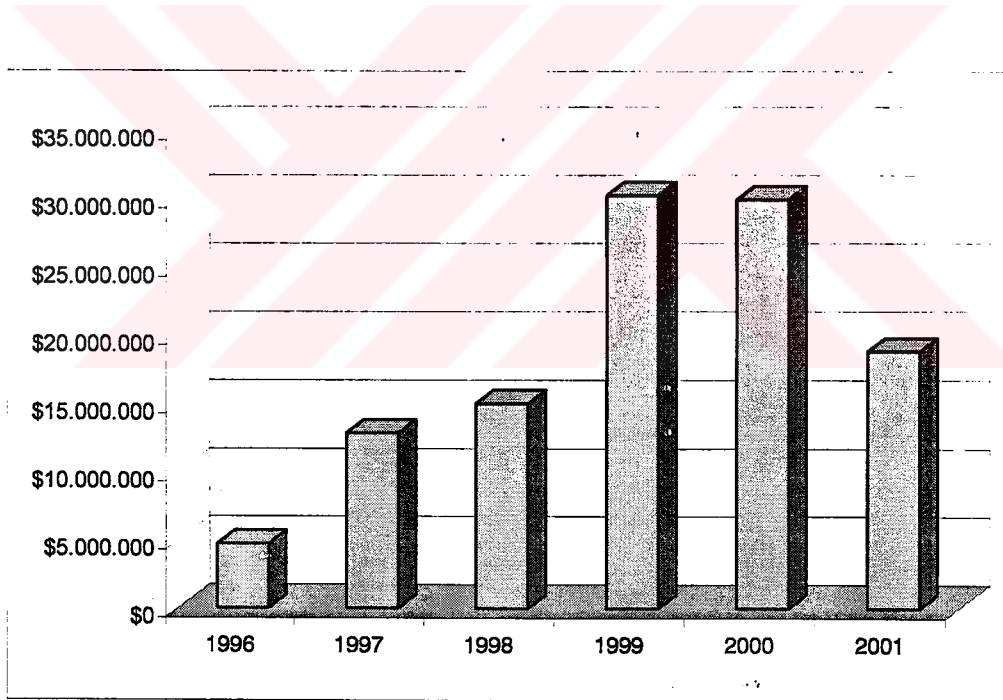
usulleri belirlemektir. Bu kanun 2886 sayılı kanunun yerine getirilmiş ve kanun gereği Kamu İhale Kurumu kurulmuştur. Kamunun her türlü mal ya da hizmet alımında esas alınacak usul ve esasları belirleyen bu kanun ve kanuna bağlı olarak çıkarılan yönetmeliklere göre, Kamu İhale Kurumu; saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, gereksinimlerin uygun koşullarla ve zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla yükümlüdür. Kamu İhale Kurumu kapsamında ihalelerle ilgili detayları belirleyen yönetmeliğe göre, yeni dönemde ödeneği olmayan hiç bir iş ihaleye çıkarılmayacaktır. Ayrıca bu yasa ile birlikte, ihaleye katılacak isteklilerden, ekonomik ve mali yeterlilik ile mesleki ve teknik yeterliliklerin belirlenmesine ilişkin çeşitli bilgi ve belgeler istenmesi gibi birçok 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'nda yer almayan yeni hükümler getirilmiştir. Kamu İhale Kanununa göre yapılan ihalelere ilişkin sözleşmelerin düzenlenmesi ve uygulanması ile ilgili esas ve usuller 05.01.2000 tarihinde kabul edilen, 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu ile belirlenmiştir. Bu kanun ihaleler sonucunda düzenlenen sözleşmeleri kapsamaktadır.

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri yaptıkları hizmet ihalelerinin finansmanını, döner sermaye, genel bütçe ile vakıf, dernek kanalıyla karşılamaktadırlar. Bunlardan en çok kullanılan kaynak döner sermayedir. Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı hastanelerin, her yıl limit olarak belirledikleri (Bu limiti belirlemede herhangi bir kriter yoktur), parasal tutarı aşan ihalelerin kontrolünü yapmakta ve kayıtlarını tutmaktadır. Dolayısı ile limit altı ihalelerin bilgileri bulunamamıştır. Hastanelerin, bakanlıkla aralarında gerçekleşebilecek bürokratik işlemlerden kaçmaları nedeni ile genelde ihaleleri limit altında tutmayı tercih ettikleri gözlenmektedir. Bu nedenle Hİ uygulamalarının bakanlık kayıtlarından elde edilen mali büyüklükten önemli ölçüde farklı olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 4.1'de Hİ uygulamalarının ulaştığı finansal büyüklükler hakkında bir fikir vermesi bakımından anlamlıdır. Buna göre, limit üstü ihalelere limit-altı ihalelerin de dahil edilmesi durumunda Hİ uygulamalarının finansal büyüklüklerinin çok daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.1. Sağlık Bakanlığı Hastanelerince Limit Üstü Gerçekleştirilen Hİ Bedellerinin Yıllara Göre Dağılımı

| Yıllar | Limit üstü ihale harcamalar TL | Yıllık ort. Dolar değeri | Limit üstü ihale harcama toplamı \$ | Eğilim Yüzdesi |
|--------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------|
| 1996 | 382.903.020.000 | 81.142 | 4.718.906 | 100 |
| 1997 | 1.951.450.484.800 | 151.876 | 12.849.014 | 272 |
| 1998 | 3.912.586.788.411 | 260.732 | 15.006.156 | 318 |
| 1999 | 12.699.001.671.752 | 419.841 | 30.247.156 | 640 |
| 2000 | 18.661.286.766.740 | 623.267 | 29.941.059 | 634 |
| 2001 | 23.063.927.162.497 | 1.224.554 | 18.834.552 | 399 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Döner Sermayeli İşletmeler Daire Başkanlığı



Şekil 4.1. Sağlık Bakanlığı Hastanelerince Limit Üstü Gerçekleştirilen Hİ Bedellerinin Yıllara Göre Dağılımı

1996 yılı baz alındığında limit üstü ihalelerin bedelleri 2000 yılına kadar bir artış göstermektedir. Ancak, 2000 yılında düşük miktarda bir azalış olurken 2001 yılında tamamen bir azalış söz konusudur. 2001 yılındaki sayı düşüklüğünün, bu yıldaki limitin yüksek tutulmasından ve yıl içinde yaşanan ekonomik krizden kaynaklandığı sanılmaktadır. Ayrıca Tablo 8’de de görüldüğü gibi Hİ uygulamalarında 1996-2000 yıllarında bir artış vardır. Son 6 yılda yapılan hizmet ihalelerine göre en çok yapılan Hİ türü temizlik ihalesidir. Bunu yemek ve sonrası hizmetler izlemektedir.

Tablo 4.2. Sağlık Bakanlığı Hastanelerince Limit Üstü Gerçekleştirilen Hizmet İhale Alanlarının Yıllara Göre Dağılımı

| İhale Konusu | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|----------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Genel Temizlik (1) | 3 | 10 | 19 | 30 | 30 | 17 |
| (1) + Çamaşır (2) | | 1 | | | | |
| (1) + İlaçlama(3) | | | 1 | | | |
| Yemek(4) | 1 | 1 | 1 | 9 | 18 | 12 |
| Yemek ve Sonrası Hizmetler (5) | 3 | 9 | 10 | 9 | 2 | 2 |
| (1) + (2) + (5) | | | 3 | | | |
| Onarım (bina) | | | 1 | | 1 | 2 |
| Hastane Otomasyonu | | | | 3 | | |
| Hizmet Alımı | | | 1 | | 1 | |
| (1) + (2) + Terzi,Kalorifer ,Ütü | | | | | | |
| TOPLAM | 7 | 21 | 36 | 51 | 52 | 33 |

Kaynak : Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Döner Sermayeli İşletmeler Daire Başkanlığı

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği'nde, genel bütçeye dahil dairelerle katma bütçeli idarelere, özel idare ve belediyelere bağlı döner sermayeli kuruluşların alım, satım, hizmet, yapım,

kira, trampa, mülkiyetin gayri ayni hak tesisi ve taşıma işlerini yapılması ile ilgili hükümler yer almaktadır. Bu yönetmelikte ayrıntılı olarak; bu kurumların uyacakları genel esaslar, ihale işlemleri (ihaleye hazırlık, tekliflerin değerlendirilmesi ve ihale kararları, ihale usulleri, sözleşme), ihale usullerine tabi olmayan işler, kuruluşlarca üretilen mal ve hizmetlerin satış işlemleri, iş artışı ve eksilişi ile ilgili uygulamada uyulacak kurallar yer almaktadır (Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği, 1984).

Yasa ve yönetmeliklerin uygulanmasında yol göstermek, herhangi bir konuda aydınlatmak üzere kurumlara gönderilen genelgelerden Döner Sermayeden yapılacak ihalelerde uyulacak esaslar hakkındaki 26980 sayılı genelge de Sağlık Bakanlığına bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında yapılan malzemeli yemek ve malzemeli temizlik ihale fiyatları arasında büyük farklar olduğundan, 2002 yılı için malzemeli yemek ve malzemeli temizlik ihalelerinde bir standart oluşturulması için çalışmalar yapılmış ve buna istinaden malzemeli yemek ihalelerinde 2002 yılı için öğün başı tavan fiyatlar, malzemeli temizlik ihalelerinde ise tavan ve taban fiyatların tespitine esas olacak kriterler belirlenmiştir. 2002 yılı içerisinde yapılan malzemeli yemek ve malzemeli temizlik ihaleleri için belirlenen tavan fiyatların üzerine çıkılmaması, malzemeli temizlikte belirlenen taban fiyatın altına inilmemesi ilgililerden istenmiştir (Döner Sermayeden Yapılacak İhalelerde Uyulacak Esaslar Hakkında Genelge Sağlık Bakanlığı, 2001).

Sağlık Bakanlığı hastaneleri yalnızca yardımcı hizmetli çalıştırabildiği alanları ihale edebilmektedir. Genellikle personel yetersizliği nedeni ile yapılan hizmet ihalelerinde sözleşmeli personel çalıştırma da ilgili yasalarla sınır konulmuştur. Örneğin; temizlik ihalelerinde işçi sayısının tespitinde; 26.10.1994 tarih ve 22093 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde belirtilen Yardımcı Hizmetli standardının uygulanması ve bu sayılara halen uygulanmakta olduğu gibi Eğitim Hastaneleri ile 300 ve daha yukarı yatak kapasiteli Kurumlar için % 75 oranında, diğer kurumlar için % 50 oranında artış yapılarak ilave edilmesine devam edilmesi, ayrıca vardiya uygulayan hastanelerde bu

oranlara % 30 ilave edilmesi mümkündür (Döner Sermaye Uygulamaları Hakkında Genelge, 2002).



- Hizmet İhaleleri'ne ilişkin özelliklerin sonuçları etkileme dereceleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmelerine göre farklılaşmaktadır.
- Hİ uygulamasına ilişkin sonuçları, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmelerinde fark vardır.
- Hİ uygulamaları esnasında karşılaşılan sorunlar, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri açısından farklılaşmaktadır.
- Olası Hİ yapmama nedenleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirilmeleri bakımından farklılaşmaktadır.

5. 4. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Hastaneleri üst düzey yöneticileri (başhekimler ve hastane müdürleri) oluşturmaktadır. Araştırmada Türkiye'deki tüm Sağlık Bakanlığı Hastaneleri üst düzey yöneticilerine ulaşmak amaçlanmıştır. Bu nedenle örneklem seçilmemiştir.

5. 5. Kısıtlılıklar

Bu çalışmada yalnızca Sağlık Bakanlığı Hastaneleri araştırma kapsamına alınmıştır. Bu nedenle analiz sonuçları Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı hastaneleri dışında kalan hastaneler için genellenemez.

5. 6. Veri Toplama

Araştırmada 3 veri toplama aracı kullanılmıştır ve bu araçlar kullanılırken belli bir takvimsel sıra izlenmemiştir. Veri toplama araçlarından birincisi, Ankara'da seçilmiş bazı hastane üst düzey yöneticileri ve Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Döner Sermaye İşletmeleri Daire Başkanlığı yetkilileri ile görüşme, ikincisi

bu görüşmeler sonucu geliştirilmiş anket ve üçüncüsü de Sağlık Bakanlığı kaynaklarına dayalı doküman ve kayıt taramasıdır.

Araştırmada kullanılan yargısal verilerin tamamı, geliştirilen anket sonucuna dayandırılmıştır. Alan araştırmasına baz teşkil eden anketin oluşturulması ve geliştirilmesinde, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yöneticileri ve Ankara ana kentte ait alandaki hastane müdürü ve döner sermaye saymanı olmak üzere toplam 14 kişiden yararlanılmıştır. Bu kişilerle yapılan bir dizi görüşmeler sonucu araştırmada kullanılan soru formu geliştirilmiş ve onayları alındıktan sonra alan araştırmasında kullanılmıştır.

Anket toplam 14 sorudan oluşmaktadır; 1-6. sorular genel bilgileri, 7. soru kurumda Hİ yapılıp yapılmadığını, 8. soru Hİ yapma nedenlerini, 9. soru Hİ alanlarını, ihale kaynağını, sözleşme tarihini ve ihale bedelini, 10. soru sözleşmede bulunması gereken etmenleri, 11. soru yeterlilik düzeylerini ve hizmetlerin sonuçlarını etkileme şeklini, 12. soru Hİ'nin muhtemel sonuçlarını, 13. soru Hİ uygulamaları sonucunda muhtemel olumsuzluklar ve 14. soruda Hİ yapmama nedenlerini irdelemektedir (Ek 1).

Her hastaneye bir adet gönderilen anketin başhekim veya hastane müdürü tarafından cevaplanması istenmiştir. Burada amaçlanan veri toplama aracında bir dizi finansal verinin sorgulanması nedeniyle başhekim ya da hastane müdürü gibi üst düzey yöneticilerin bu verileri eksiksiz sağlama ve Hizmet İhalelerine ilişkin deneyimlerinin daha yüksek olma potansiyelleridir. Anket, 2001 yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı esas alınarak Sağlık Bakanlığı'na ait 751 yataklı tedavi kurumuna, 15.08.2002 tarihinde posta yolu ile gönderilerek, 08.11.2002 tarihine kadar cevap gelmesi beklenilmiştir. Cevaplanan anket sayısı 251'dir. Bunlardan 15 tanesi geçersiz kabul edilmiştir. Geçerli kabul edilen anketlerin, araştırma evrenine oranı ise % 31, 4'dür.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yıl içinde yapmış oldukları Hİ tür ve mali boyutları hakkında bilgi edinmek amacıyla Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Döner Sermaye İşletmeleri Daire Başkanlığı kayıtlarına başvurulmuştur. Bu

kayıtlardan bütçe kanunu gereği bildirilen limit üstü Hİ tür ve bedellerine ulaşılmıştır. Limit altında kalan hizmet ihalelerinin tür ve finansal boyutları ile ilgili veriler alan araştırmasından elde edilmiş ve Türkiye Sağlık Bakanlığı hastaneleri için genellenmiştir.

5.7. Verilerin Analizi

Araştırma anketinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li likert tipi ölçek kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra tanımlayıcı ve hipotezlere ilişkin çözümler "SPSS (10.0)" ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastanelerin genel özellikleri frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiksel yöntemlerle incelenmiştir. Hastane yöneticilerinin sorularla ilgili grup ortalama genel skoru, bağımsız değişkenlere göre elde edilirken, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi merkezi dağılım ölçüleri kullanılmıştır. Çalışmada iki gruplu karşılaştırmalar için parametrik test varsayımları yerine gelmesi halinde, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t), parametrik test varsayımları yerine gelmediği durumlarda ise, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

5.8. Güvenirlilik

Ankette yer alan alt bölüm sorularının güvenirliliğini belirlemek amacıyla her soru için ayrı ayrı güvenirlilik analizi yapılmıştır. Bu analizde Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 5.1. Anketin Alt Bölümlerinin Güvenirlilik Denetimi

| Anketin Bölümleri | Soru Sayısı | Cronbach Alpha |
|--|-------------|----------------|
| Olası Hİ yapmama nedenleri | 8 | 0.8589 |
| Hİ sözleşmesinde bulunması olası etmenler | 22 | 0.8512 |
| Hizmet ihalelerine ilişkin özelliklerin yeterlilikleri | 7 | 0.8687 |
| Hizmet ihalelerine ilişkin özelliklerin hizmetlerin sonuçlarını etkileme şekli | 7 | 0.8606 |
| Hizmet ihalelerinin olası sonuçları | 10 | 0.8801 |
| Hizmet ihalelerinin olası olumsuzlukları | 6 | 0.8201 |
| Olası Hİ yapmama nedenleri | 8 | 0.7382 |

Cronbach Alpha katsayılarının yüksek olması ölçüm aracının güvenilir olduğunu ifade etmekte ve Cronbach Alpha değerinin 0,50 ve üstünde olması önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir (Alpar, 2000:273; Carey ve ark.,1993:839).

Tablo 5.1'de araştırma soru formunda yer alan bölümlerin alpha skorları incelendiğinde oldukça yüksek olduğu gözlenmekte bu da ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermektedir.

5.9. Varsayımlar

Hastane yöneticilerinin veri toplama aracı olarak kullanılan ankete verdikleri cevaplar doğru olup gerçek durumu yansıtmaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma bulguları ve bu bulgulara ilişkin tartışmalar yer almaktadır.

6.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Bu bölümde araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin öğrenim durumları ve yürütülmekte olan görev sürelerini içeren iki tanımlayıcı soru sorulmuştur. Hastanelerin tanımlayıcı özellikleri ise buldukları bölgelere, fiili yatak sayılarına göre ve Hİ yapma durumlarına göre incelenmiştir.

6.1.1. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 6.1’de, ankette yer alan 3, 4 ve 5. sorulara verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan, hastane yöneticilerine ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin başhekim ve hastane müdürlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 6.1. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerine İlişkin Tanımlayıcı Değişkenlerin Dağılımı

| Yöneticileri Tanımlayıcı Özellikler | Başhekim | | Hastane Müdürü | | Toplam | |
|---------------------------------------|------------|--------------|----------------|--------------|------------|------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| <i>Öğrenim Durumu</i> | | | | | | |
| Lise | - | - | 3 | 3,3 | 3 | 1,3 |
| Ön Lisans | - | - | 9 | 10,0 | 9 | 3,8 |
| Lisans | - | - | 76 | 84,4 | 76 | 32,2 |
| Yüksek Lisans | 90 | 61,6 | 1 | 1,1 | 91 | 38,6 |
| Doktora ve üzeri | 55 | 37,7 | - | - | 55 | 23,3 |
| Cevapsız | 1 | 0,7 | 1 | 1,1 | 2 | 0,8 |
| Toplam | 146 | 100,0 | 90 | 100,0 | 236 | 100 |
| <i>Yürütülmekte olan görev süresi</i> | | | | | | |
| 0-1 Yıl | 39 | 26,7 | 5 | 5,6 | 44 | 18,6 |
| 2-5 Yıl | 72 | 49,3 | 23 | 25,6 | 95 | 40,3 |
| 6-10 Yıl | 11 | 7,5 | 24 | 26,7 | 35 | 14,8 |
| 11-20 Yıl | 13 | 8,9 | 20 | 22,2 | 33 | 14,0 |
| 21 Yıl ve üzeri | 4 | 2,7 | 13 | 14,4 | 17 | 7,2 |
| Cevapsız | 7 | 4,8 | 5 | 5,6 | 12 | 5,1 |
| Toplam | 146 | 100,0 | 90 | 100,0 | 136 | 100 |

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerine ilişkin tanımlayıcı değişkenlerin dağılımlarının yer aldığı Tablo 6.1’de araştırmaya katılan toplam 236 yöneticiden 146’sını başhekimler, 90’ını ise hastane müdürlerinin oluşturduğu gözlenmektedir.

Tablo 6.1’de yer alan tanımlayıcı özelliklerden yürütülmekte olan görev süreleri incelendiğinde, ankete cevap veren başhekimlerin hastane müdürlerine göre daha az deneyime sahip oldukları görülmektedir.

6.1.2. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Hizmet İhalesi Yapma Durumları

Tablo 6.2’de, ankette yer alan 1. soruya verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan araştırmaya katılan hastanelerin buldukları coğrafik bölgelere göre dağılımı ve araştırma kapsamına giren tüm hastanelerin buldukları coğrafik bölgelere göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 6.2. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Buldukları Bölge Açısından Dağılımı

| <i>Hastanenin bulunduğu bölge</i> | Anket | | Ankete Cevap | |
|-----------------------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| | Gönderilen | | Veren | |
| | Hastaneler | Hastaneler | Hastaneler | Hastaneler |
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Marmara Bölgesi | 125 | 16,6 | 44 | 18,6 |
| Ege Bölgesi | 105 | 14,0 | 37 | 15,7 |
| Akdeniz Bölgesi | 75 | 10,0 | 31 | 13,1 |
| İç Anadolu Bölgesi | 136 | 18,1 | 50 | 21,2 |
| Karadeniz Bölgesi | 156 | 20,8 | 43 | 18,2 |
| Doğu Anadolu Bölgesi | 96 | 12,8 | 18 | 7,6 |
| Güney Doğu Anadolu Bölgesi | 58 | 7,7 | 13 | 5,5 |
| <i>Toplam</i> | 751 | 100 | 236 | 100,0 |

Tablo 6.2’de yer alan, araştırmaya katılan hastanelerin sayılarının bölgelere göre dağılımı ile Türkiye genelindeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sayılarının bölgelere göre dağılım yüzdeleri birbirleri ile uyumludur. Bu durumda araştırmaya katılan hastanelerin, coğrafi bölgelere göre hastane sayılarının dağılımı baz alındığında evreni temsil ettikleri söylenebilir.

Tablo 6.3’de ankette yer alan 2. soruya verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan hastanelerin fiili yatak sayıları dağılımları ile araştırma kapsamındaki tüm hastanelerin fiili yatak sayıları dağılımları verilmiştir.

Tablo 6.3. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Fiili Yatak Sayıları

| <i>Hastanenin Fiili Yatak Sayısı</i> | Anket Gönderilen Hastaneler | | Ankete Cevap Veren Hastaneler | |
|--|-----------------------------|------------|-------------------------------|--------------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| 50 yatak altı | 285 | 37,9 | 76 | 32,2 |
| 50-99 yatak | 169 | 22,5 | 68 | 28,8 |
| 100-199 yatak | 117 | 15,6 | 48 | 20,3 |
| 200-399 yatak | 63 | 8,4 | 17 | 7,2 |
| 400 ve üzeri | 37 | 4,9 | 23 | 9,7 |
| Fiili yatak sayısı olmayan hastaneler/Cevapsız | 80 | 10,7 | 4 | 1,7 |
| Toplam | 751 | 100 | 236 | 100,0 |

Tablo 6.3’de yer alan, araştırmaya katılan hastanelerin fiili yatak sayılarına göre dağılımları ile Türkiye genelindeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinin fiili yatak sayılarına göre dağılım yüzdeleri birbirleri ile uyumludur. Bu durumda araştırmaya katılan hastanelerin, fiili yatak sayıları baz alındığında evreni temsil ettikleri söylenebilir.

Tablo 6.4’de ankette yer alan 7. soruya verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.4. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Hİ Yapma Durumlarının Dağılımı

| <i>2001 Yılı içinde Hİ yapma durumu</i> | Ankete Cevap Veren Hastaneler | |
|---|-------------------------------|-------|
| | Sayı | % |
| Hayır, Hİ yapılmamış | 69 | 29,2 |
| Evet, Hİ yapılmış | 167 | 70,8 |
| <i>Toplam</i> | 236 | 100,0 |

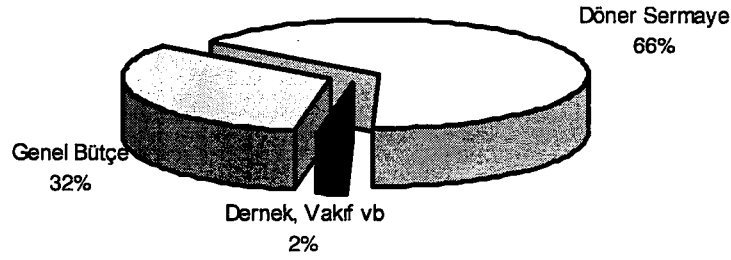
Tablo 6.4'de, ankete cevap veren toplam 236 hastanenin %70,8'inin 2001 yılı içerisinde Hİ yolu ile hizmet sunumlarını gerçekleştirdikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan hastanelerden %29,2'si ise aynı yıl içerisinde Hİ uygulamamıştır.

6.2. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Bütçe Kaynaklarına Göre Toplam Giderleri

Tablo 6.5'de anketteki 6. soruya verilen cevaplara göre hastanelerin 2001 yılı bütçe kaynaklarının, 2001 yılı toplam giderlerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 6. 5. Hastanelerin 2001 Yılı Bütçe Kaynaklarına Göre Toplam Giderleri

| BÜTÇE KAYNAKLARI | 2001Yılı Toplam Gideri TL. | % |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Genel Bütçe | 162.523.470.661.758 TL. | 32,3 |
| Döner Sermaye Bütçesi | 329.586.251.495.951 TL. | 65,4 |
| Vakıf, Dernek vb. Diğer | 11.543.537.397.900 TL. | 2,3 |
| TOPLAM | 503.653.259.555.609 TL. | 100,0 |



Şekil 6.1. Hastanelerin 2001 Yılı Bütçe Kaynaklarına Göre Toplam Giderleri

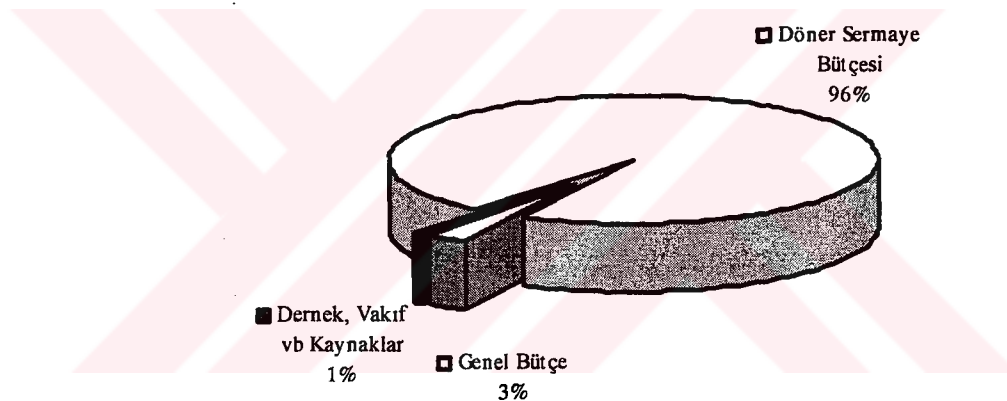
Tablo 6.5'e göre anketi cevaplayan 236 hastanenin, 2001 yılı toplam gideri 503.653.259.555.609 TL'dir. Toplam giderin %32,3'ü genel bütçeden yapılmıştır, % 65,4'ü döner sermaye'den ve %2,3'ü de vakıf, dernek v.b. kaynaklardan yapılmıştır. Genel bütçeden yapılan harcamaların büyük ölçüde personel giderlerinin oluşturduğu bilinmektedir. Örneğin, 2001 yılı T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi'nin harcama kalemleri incelendiğinde en büyük oranı %89 ile personel giderleri oluşturmaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı, 2001:57). Bu nedenle Hizmet İhaleleri de dahil personel giderleri dışı harcamaların esas kaynağının döner sermaye bütçesi olduğu görülmektedir.

6.3. Hizmet İhaleleri Finansman Kaynağına Göre Dağılımı

Tablo 6.6'da, ankette yer alan 9. sorunun cevaplarının değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan araştırmaya katılan hastanelerin Hizmet İhaleleri finansmanında kullandıkları bütçe kaynaklarına göre toplam ihale bedellerinin yüzdelik dağılımları verilmiştir.

Tablo 6. 6. Hizmet İhalelerinin Finansman Kaynağına Göre Dağılımı

| <i>Hİ Finans Kaynağı</i> | <i>İhale Sayısı</i> | <i>%</i> | <i>Toplam İhale Tutarı TL.</i> | <i>%</i> |
|----------------------------|---------------------|--------------|--------------------------------|--------------|
| Döner Sermaye Bütçesi | 335 | 88,2 | 35.760.597.974.152 | 96,5 |
| Genel Bütçe | 11 | 2,9 | 966.174.144.200 | 2,6 |
| Dernek, Vakıf vb Kaynaklar | 34 | 8,9 | 343.818.533.870 | 0,9 |
| Toplam | 380 | 100.0 | 37.070.590.652.222 | 100,0 |

**Şekil 6.2. Hizmet İhalelerinin Finansman Kaynağına Göre Dağılımı**

Tablo 6.6'da, yer alan Hizmet İhalelerinin finansman kaynakları incelendiğinde, en büyük oranı %96,5 ile döner sermaye bütçesinin oluşturduğu görülmektedir. Genel bütçe kaynakları vasıtasıyla finansman, %2,6 oranıyla ikinci sırada yer almaktadır. Dernek, vakıf ve benzeri finans kaynakları Hİ finansmanında %0,9 oran ile üçüncü

sırada yer almaktadır. Bu oranlar, Hİ finansman kaynağının tamamına yakın bir kısmının döner sermaye bütçesinden yapıldığını göstermektedir.

6.4. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Toplam İhale Bedellerinin, Toplam Giderler İçerisindeki Payı

Tablo 6.7’de ankette yer alan 6. ve 9. sorulara verilen cevapların değerlendirilmesi sonucu ulaşılan araştırmaya katılan hastanelerin toplam ihale bedellerinin, toplam giderler içerisindeki yüzde dağılımları verilmiştir.

Tablo 6.7. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Toplam İhale Bedellerinin, Toplam Giderler İçerisindeki Payı

| Bütçe Kaynağı | Araştırmaya Katılan Hastanelerin Toplam İhale Bedeli TL. (a) | Araştırmaya Katılan Hastanelerin 2001 Yılı Toplam Gideri TL. (b) | Hİ Bedeli / Toplam gider (a/b) |
|----------------------------|---|---|-----------------------------------|
| Döner Sermaye Bütçesi | 35.760.597.974.152 | 329.586.251.495.951 | 10,9 |
| Genel Bütçe | 966.174.144.200 | 162.523.470.661.758 | 0,6 |
| Dernek, Vakıf vb Kaynaklar | 343.818.533.870 | 343.818.533.870 | 3,0 |
| TOPLAM | 37.070.590.652.222 | 503.653.259.555.609 | 7.4 |

Tablo 6.7 incelendiğinde araştırmaya katılan hastanelerin çeşitli finans kaynaklarından yapılan Hİ giderlerinin, aynı hastanelerin 2001 yılı toplam giderlerine oranının %7.4 olduğu görülmektedir.

Hizmet İhaleleri’nin finansmanında çoğunlukla kullanılan döner sermaye bütçe kaynağından yapılan giderlerinin, hastanelerin toplam giderleri içindeki oranı %10,9’dur. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü Döner Sermaye Daire

Başkanlığı'nın yaptığı yayınlanmamış bir araştırmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı Döner Sermaye İşletmeleri'nin dışardan sağlanan fayda ve hizmet alımlarının yıllara göre dağılımı 1998 yılında %9,75, 1999 yılında %12,19, 2000 yılında ise %11,74'dür. Bu oranların Tablo 6.7'de yer alan döner sermaye kaynaklı toplam ihale bedellerinin, toplam döner sermaye giderlerine bölümü sonucunda ulaşılan %10,9'luk oran ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Hizmet ihalelerinin finansman kaynağı olarak kullandıkları genel bütçe kaynağı ile yapılan toplam ihale bedellerinin, genel bütçeden yapılan toplam giderlere oranı % 0,6'dır. Dolayısıyla hastanelerin ihtiyaç duyduğu hizmetler için genel bütçeden %1'den daha az bir pay ödendiği görülmektedir.

Dernek vakıf vb. kaynaklardan yapılan toplam ihale bedelleri, vakıf, dernek vb. bütçelerin toplam giderleri arasında %2,9'luk bir paya sahiptir.

6.5. Döner Sermaye Bütçesi'nden İhalesi Yapılan Hizmet Alanları ve Tutarları

Tablo 6.8'de 9. soruya verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan, Hizmet İhaleleri'nin finansman kaynakları içerisinde %96,5 oran ile büyük bir paya sahip olan döner sermaye bütçe kaynağından gerçekleştirilen Hizmet İhaleleri'nin hizmet alanlarına göre dağılımı ele alınmış ve gider büyüklüklerine göre sıralanmıştır.

Tablo 6.8. Döner Sermaye Kaynaklı Hizmet İhalelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı

| Hİ Alanları | İhale Adedi | % | İhale Toplam Tutarı TL. | % |
|--------------------------|-------------|--------------|---------------------------|--------------|
| Temizlik İhalesi | 88 | 26,3 | 12.027.036.785.410 | 33,6 |
| Temizlik ve Çamaşır | 54 | 16,1 | 8.626.212.862.167 | 24,1 |
| Yemek ve Sonrası | 24 | 7,2 | 6.797.592.855.695 | 19,0 |
| Bakım Onarım | 30 | 9,0 | 3.197.825.643.633 | 8,9 |
| Telefon Santral | 13 | 3,9 | 1.972.383.173.906 | 5,5 |
| Tıbbi Cihaz Bakım Onarım | 41 | 12,2 | 1.313.254.133.893 | 3,7 |
| Maaş Tahakkuk | 8 | 2,4 | 910.734.596.448 | 2,5 |
| Bilgi İşlem | 32 | 9,6 | 607.402.607.000 | 1,7 |
| Çamaşır Hizmetleri | 6 | 1,8 | 75.529.658.000 | 0,2 |
| Fatura Tahsilat | 4 | 1,2 | 54.137.596.000 | 0,2 |
| Personel Taşıma | 5 | 1,5 | 46.159.429.000 | 0,13 |
| Ambulans Hizmetleri | 4 | 1,2 | 39.264.543.000 | 0,11 |
| Yemek | 15 | 4,5 | 37.668.995.000 | 0,10 |
| Terzi Hizmetleri | 2 | 0,6 | 22.358.495.000 | 0,06 |
| Güvenlik Hizmetleri | 1 | 0,3 | 12.000.000.000 | 0,03 |
| Muhasebe Hizmetleri | 2 | 0,6 | 8.328.000.000 | 0,02 |
| Veri Giriş Hizmetleri | 3 | 0,9 | 6.586.000.000 | 0,02 |
| Bahçe İşleri | 2 | 0,6 | 5.402.600.000 | 0,01 |
| Diğer Hizmetler | 1 | 0,3 | 720.000.000 | 0,002 |
| TOPLAM | 335 | 100,0 | 35.760.597.974.152 | 100,0 |

Tablo 6.8 incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı kayıtlarından alınan vize limiti üstü ihalelerde (Bkz Tablo 4.2) olduğu gibi araştırmaya katılan hastanelerde de döner sermaye kaynağından finanse edilen ihalelerde, gerek ihale adedi gerekse ihale toplam tutarı ile en çok yapılan Hİ alanı, temizlik hizmetleridir. Temizlik İhaleleri ihale toplam tutarları içinde yaklaşık 12 trilyon tutarında ve %33,6'lık bir paya sahiptir.

Temizlik hizmetine ilişkin ihalelerin, ilk sırada yer almasının nedenlerinden birinin, hastanelerin bu başlık adı altında açılan ihalelerinde, genellikle temizlik hizmetlerinin yanı sıra birden çok hizmet türünü de (bilgi işlem, santral hizmet türleri gibi) kapsama eğilimi göstermeleri olabilir. Diğer bir deyişle, hastaneler değişik sınıflardaki eleman ihtiyaçlarını temizlik ihaleleri yoluyla gidermektedirler.

Temizlik ve çamaşır hizmetleri, döner sermayeden yapılan toplam ihale sayısı içinde ikinci sırada yer almaktadır. Temizlik, temizlik ve çamaşır hizmetleri gibi ev idaresi hizmetlerini takip eden tıbbi cihaz bakım onarım hizmeti %12,2'lik bir oranla döner sermaye kaynaklı gerçekleştirilen ihalelerin içinde üçüncü sırada yer almaktadır. Bunu %9,6'lık bir oranla bilgi işlem hizmetleri takip etmektedir.

Tablo 6.8'de hizmet ihalelerinin ev idaresi hizmetlerinde yoğunlukla yapıldığı görülmektedir. Fakat araştırmaya katılan hastanelerin, Hİ alanlarına bakıldığında tıbbi cihaz bakım ve onarım ile bilgi işlem hizmetlerinin, temizlik, temizlik ve çamaşır hizmetleri dışındaki diğer ev idaresi hizmet alanlarından daha çok sayıda yapılması, emek yoğun hizmetlerden bilgi ve teknoloji içerikli hizmetlere kayıldığı yönünde fikir verebilmektedir. Hizmet alanlarından bahçe işleri ve güvenlik hizmetleri %0,3'lük bir oranla döner sermaye kaynaklı hizmet ihalelerinde son sırada yer almaktadır.

Yine tablo 6.8'e göre, yapılan Hİ alanlarının ihale sayıları ile ihale toplam tutarları arasında bir karşılaştırma yapıldığında, yemek ve sonrası hizmetlerin yapılan ihale adedi az olmasına karşılık ihale toplam tutarının yüksek olması, bu hizmetin maliyeti en yüksek hizmet olduğu söylenebilir.

6.6. Genel Bütçe'den İhalesi Yapılan Hizmet Alanları

Tablo 6.9'de 9. soruya verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan, Hizmet İhaleleri'nin finansman kaynakları içerisinde %2,6 orana sahip olan genel bütçe kaynağından gerçekleştirilen Hizmet İhaleleri'nin hizmet alanlarına göre dağılımı ele alınmıştır.

Tablo 6.9. Genel Bütçe Kaynaklı Hizmet İhalelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı

| Hİ Alanları | İhale Adedi | % | İhale Toplam Tutarı TL | % |
|---------------------|-------------|--------------|------------------------|--------------|
| Bakım Onarım | 6 | 54,5 | 865.891.721.200 | 89,6 |
| Temizlik ve Çamaşır | 1 | 9,1 | 76.860.000.000 | 8,0 |
| Yemek ve Sonrası | 1 | 9,1 | 14.172.923.000 | 1,5 |
| Çamaşır Hizmetleri | 1 | 9,1 | 5.355.000.000 | 0,6 |
| Ambulans Hizmetleri | 1 | 9,1 | 2.500.000.000 | 0,3 |
| Güvenlik Hizmetleri | 1 | 9,1 | 1.394.500.000 | 0,1 |
| TOPLAM | 11 | 100,0 | 966.174.144.200 | 100,0 |

Genel bütçe kaynaklı yapılan hizmet ihalelerinin hizmet alanlarına göre dağılımına bakıldığında, en çok yapılan Hİ alanı, bakım ve onarım işleridir. Bakım ve onarım işlerinin, %54.5 oranla ilk sırada yer almasının olası sebeplerinden biri, genel bütçelerin özellikle “bakım ve onarım” hizmetleri için daha yüksek miktarda ödeneğe sahip olması olabilir.

1050 sayılı yasanın 48. maddesi hükümlerine uygun olarak döner sermaye hizmet alımları daha çok 300'lü (hizmet alımı) kalemlere yoğunlaşırken, genel bütçe uygulamasında Hizmet İhalelerinin 600 (demirbaşlara yönelik bakım, onarım) ve 700 (binalara yönelik bakım, onarım) kalemlerinde yoğunlaştığı görülmektedir.

Tablo 6.9'a gerek Hİ adedi gerekse Hİ toplam tutarları açısından bakıldığında genel bütçe kaynaklı Hizmet İhaleleri'nin döner sermaye kaynaklarının yetersizliğine alternatif olarak kullanıldığı görülmektedir.

6.7. Dernek, Vakıf vb. Bütçe Kaynaklarından İhalesi Yapılan Hizmet Alanları

Tablo 6.10'da 9. soruya verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda ulaşılan, Hizmet İhaleleri'nin finansman kaynakları içerisinde %0,9 orana sahip olan dernek, vakıf vb. bütçe kaynaklarından gerçekleştirilen Hizmet İhaleleri'nin hizmet alanlarına göre dağılımı ele alınmıştır.

Tablo 6.10. Dernek, Vakıf vb Bütçe Kaynaklı Hizmet İhalelerinin Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı

| Hİ Alanları | İhale Adedi | % | İhale Toplam Tutarı TL | % |
|--------------------------|-------------|--------------|------------------------|--------------|
| Bakım Onarım | 6 | 17,6 | 157.625.081.240 | 45,8 |
| Bahçe İşleri | 4 | 11,8 | 52.175.126.870 | 15,2 |
| Bilgi İşlem | 3 | 8,8 | 40.975.000.000 | 11,9 |
| Veri Giriş Hizmetleri | 1 | 2,9 | 23.164.500.000 | 6,7 |
| Ambulans Hizmetleri | 4 | 11,8 | 21.073.123.660 | 6,1 |
| Muhasebe Hizmetleri | 2 | 5,9 | 15.780.000.000 | 4,6 |
| Personel Taşıma | 2 | 5,9 | 11.692.000.000 | 3,4 |
| Tıbbi Cihaz Bakım Onarım | 2 | 5,9 | 8.799.530.000 | 2,6 |
| Maaş Tahakkuk Hizmetleri | 3 | 8,8 | 4.430.000.000 | 1,3 |
| Çamaşır Hizmetleri | 2 | 5,9 | 3.850.000.000 | 1,1 |
| Telefon Santral | 3 | 8,8 | 2.469.172.100 | 0,7 |
| Terzi Hizmetleri | 2 | 5,9 | 1.785.000.000 | 0,5 |
| TOPLAM | 34 | 100,0 | 343.818.533.870 | 100,0 |

Dernek, vakıf ve bunların ekonomik işletmeleri özel hukuk tüzel kişilerdir. Dolayısı ile döner sermaye ve genel bütçe uygulamalarından farklıdır. Tablo 6.10'da bu kaynaktan yapılan Hİ alanlarının ihale sayısı ve ihale toplam tutarı itibariyle karşılaştırılması sonucunda en büyük oranın bakım ve onarım hizmetlerinin olduğu ortaya çıkmıştır. Bunu bahçe işleri ve ambulans hizmetleri takip etmektedir.

6.8. Hastane Yönetimlerinin Hizmet İhalesi Uygulama Nedenleri

Ankette 8. soruda hastane yöneticilerinden Hİ uygulama yönünde karar verirken ne tür kurumsal gerekçelerden hareket ettiklerini belirtmeleri istenmiştir. Verilen cevaplara göre bu kurumsal gerekçelerin dağılımı Tablo 6.11'de verilmiştir.



Tablo 6.11. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerin Hİ Yapma Kararını Etkileyen Kurumsal Gerekçelerin Dağılımı (1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)

| Hİ Yapma Gerekçeleri | n | X | SS |
|--|-----|------|-------|
| Personelin sayısal yetersizliğinden doğan zorunluluk | 164 | 1,40 | 0,788 |
| Hizmet kalitesini artırmak | 163 | 1,53 | 0,891 |
| Verimli hizmet gereksinimi | 160 | 1,67 | 0,881 |
| Hasta memnuniyetini artırmak | 161 | 1,71 | 1,009 |
| Hasta bakımı hizmetlerine daha fazla zaman ayırabilmek | 160 | 1,94 | 1,036 |
| Hastanenin imajını güçlendirmek | 162 | 2,24 | 1,189 |
| Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak | 162 | 2,33 | 1,189 |
| Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanmak | 160 | 2,34 | 1,197 |
| Teknolojik yeniliklere ulaşmak | 162 | 2,58 | 1,255 |
| Parasal tasarruf sağlamak | 162 | 2,77 | 1,329 |
| Diğer hastanelerin uygulamaları hakkında olumlu duyum | 160 | 2,77 | 1,160 |
| Merkezi yönetimin teşviki | 156 | 3,14 | 1,307 |

Tablo 6.11’de 2001 yılında Hİ yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin dağılımına bakıldığında; personelin sayısal yetersizliği ($X=1,40$), yöneticilerin Hİ yapma kararını vermelerinde en etkili gerekçe olmuştur. Yine karar vermede sırasıyla hizmet kalitesini artırmak ($X=1,53$); verimli hizmet gereksinimi ($X=1,67$), hasta memnuniyetini artırmak ($X=1,71$), hasta bakımı hizmetlerine daha fazla zaman ayırabilmek ($X=1,94$), hastanenin imajını güçlendirmek ($X=2,24$), etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak ($X=2,33$) ve hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanma isteğinin ($X=2,34$) yöneticilerin 5’li Likert ölçeğine göre; “katılıyorum” olarak cevaplandıkları gerekçeler arasında yer almaktadır. Hastane yöneticileri teknolojik yeniliklere ulaşma

isteğini ($X=2,58$), parasal tasarruf sağlamayı ($X=2,77$), diğer hastanelerin uygulamaları hakkında olumlu duyumu ($X=2,77$) ve merkezi yönetimin teşviki ($X=3,14$) gibi gerekçeleri Hİ yöntemini uygulamada diğer gerekçeler kadar etkili görmemektedirler.

Sağlık Bakanlığına ait bütün hastanelere birer adet veri toplama aracının gönderilmiş olması nedeni ile yöneticiler arasında Hİ'ne ilişkin değerlendirmeleri bakımından karşılaştırma yapmak başlangıçta amaçlanmamış olmakla birlikte elde edilen sonuçlardaki değişimin başhekim ve hastane müdürlerine göre farklılaşp farklılaşmaması da sınanmıştır.

Tablo 6.12'de araştırmaya katılan hastanelerin Hİ yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin başhekim ve hastane müdürlerine göre değerlendirmeleri yer almaktadır. Buna göre, araştırmanın hipotezlerinden birincisi olan "Hİ uygulama gerekçelerinde, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri bakımından fark vardır" hipotezinin değerlendirilmesi ve istatistiksel önem denetimi yapılmıştır.

Tablo 6.12. Hastanelerin Hİ Yapma Kararını Etkileyen Kurumsal Gerekçelerin Başhekim ve Hastane Müdürlerine Göre Dağılımı (1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)

| Olası Hİ yapma nedenleri | Başhekim n= 82 | | Hastane Müdürü n=67 | | t |
|--|-------------------|-------|---------------------------|-------|-------|
| | X | SS | X | SS | |
| Personelin sayısal yetersizliğinden doğan zorunluluk | 1,43 | 0,802 | 1,36 | 0,811 | 0,517 |
| Hizmet kalitesini artırmak | 1,52 | 0,906 | 1,57 | 0,925 | 0,284 |
| Hasta memnuniyetini artırmak | 1,61 | 0,913 | 1,88 | 1,080 | 1,658 |
| Verimli hizmet gereksinimi | 1,66 | 0,805 | 1,76 | 1,001 | 0,694 |
| Hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayırabilmek | 2,04 | 1,094 | 1,84 | 0,947 | 1,183 |
| Hastanelerin imajını güçlendirmek | 2,32 | 1,195 | 2,18 | 1,180 | 0,705 |
| Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanma isteği | 2,34 | 1,168 | 2,37 | 1,229 | 0,161 |
| Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak | 2,35 | 1,190 | 2,39 | 1,205 | 0,175 |
| Teknolojik yeniliklere ulaşma isteği | 2,63 | 1,212 | 2,43 | 1,234 | 1,000 |
| Diğer hastanelerin uygulamaları hakkında olumlu duyum | 2,73 | 1,112 | 2,85 | 1,158 | 0,638 |
| Parasal tasarruf sağlamak | 2,90 | 1,330 | 2,75 | 1,318 | 0,716 |
| Merkezi yönetimin teşviki | 3,18 | 1,306 | 3,10 | 1,316 | 0,363 |

$p>0,05$.

Tablo 6.12 incelendiğinde Hİ uygulama gerekçelerinin hastane yöneticilerine göre dağılımı arasında, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Bu durumda “Hİ uygulama gerekçelerinde, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri bakımından fark vardır” hipotezi reddedilmiştir.

6.9. Hizmet İhalesi Sözleşmelerinde Bulunması Öngörülen Etmenlerin Değerlendirmeleri

Ankette yer alan soru 10'da 2001 yılında Hİ yapan hastanelerin yöneticilerinden Hİ uygulamalarında tarafların aralarında yaptıkları sözleşmelerde yer alması gereken etmenlerin değerlendirilmesi istenmiştir. Değerlendirme sonuçları Tablo 6.13'de verilmiştir.



Tablo 6. 13. Hİ Sözleşmelerinin İçeriğinde Bulunması Öngörülen Etmenlerin Önem Derecesine Göre Dağılımı (1=Çok Gerekli, 5=Çok Gereksiz)

| Sözleşmede bulunması muhtemel etmenler | Sayı | X | SS |
|--|------|------|------|
| İhale bedeli | 159 | 1,28 | 0,45 |
| Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları | 161 | 1,29 | 0,46 |
| Sözleşmenin fesih koşulları | 159 | 1,31 | 0,50 |
| Müteahhidin görev ve sorumlulukları | 160 | 1,34 | 0,50 |
| İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri | 158 | 1,35 | 0,51 |
| Hizmete ve girdilere ait kalite standartları | 160 | 1,38 | 0,55 |
| Denetim koşulları | 160 | 1,38 | 0,52 |
| Hizmetin gerçekleştirileceği süre | 161 | 1,39 | 0,49 |
| İhale Bedelini Ödeme Koşulları | 160 | 1,40 | 0,49 |
| Sigorta yükümlülükleri | 159 | 1,42 | 0,54 |
| Çalıştırılan personele ilişkin ücret yükümlülükleri | 160 | 1,44 | 0,55 |
| Cezai hükümler | 160 | 1,44 | 0,56 |
| Fiyat farklarına ilişkin koşullar | 159 | 1,45 | 0,61 |
| Tazminat yükümlülükleri | 159 | 1,55 | 0,68 |
| İşgörenin ise başlamadan önceki sağlık kontrollerinin yapılması | 160 | 1,56 | 0,62 |
| İşgören asgari ücretinin belirlenmesi | 160 | 1,64 | 0,80 |
| İhale öncesi sırası ve sonrasındaki prosedür sürelerinin belirtilmesi | 160 | 1,65 | 0,57 |
| İşgörenin ise alıştırma ve hizmet içi eğitim programlarının belirtilmesi | 160 | 1,71 | 0,62 |
| İşgörenin sosyal hakları ve bunun işgörene bildirilme koşulları | 160 | 1,73 | 0,78 |
| İletişim kanallarının belirlenmesi | 158 | 1,91 | 0,78 |
| Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri | 158 | 2,15 | 0,94 |
| Bilgilerin gizliliği | 158 | 2,34 | 1,22 |

Tablo 6.13’de yer alan Hİ sözleşmelerinin içeriğinde bulunması öngörülen etmenlerin, hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri 5’li likert ölçeğine göre, göre sözleşmenin içeriğinde bulunması “çok gerekli” görülen etmenler sırasıyla, İhale bedeli

(X=1.28), verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları (X=1,29), sözleşmenin fesih koşulları (X=1,31), müteahhidin görev ve sorumlulukları (X=1,34), insan kaynakları sayısı ve nitelikleri (X=1,35), hizmete ve girdilere ait kalite standartları (X=1,38), denetim koşulları (X=1.38), hizmetin gerçekleştirileceği süre (X=1.39), ihale bedelini ödeme koşulları (X=1,40), sigorta yükümlülükleri (X=1,42), çalıştırılan personele ilişkin ücret yükümlülükleri (X=1.44), cezai hükümler (X=1,44), ve fiyat farklarına ilişkin koşullar (X=1.45)'dir. Bu etmenlere bakıldığında, yöneticilerin en çok sorun çıkabilecek konuların sözleşme içeriğinde yer almasını, çok gerekli olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Yöneticilere göre “çok gerekli” olarak değerlendiren etmenler arasında görülen etmenlerden Hİ ile ilgili mevzuatta bulunmayan, verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları, insan kaynakları sayısı ve nitelikleri ve hizmete ve girdilere ait kalite standartları gibi konular yer almaktadır. Yöneticilerin bu etmenlerin sözleşmede yer almasını “çok gerekli” olarak değerlendirmeleri uygulamada bu konularda dikkat ettiklerini göstermektedir.

Tablo 6.13'de yer alan sözleşmede bulunması muhtemel etmenlerden hiç birisi gereksiz veya çok gereksiz görülmemiştir. Bunun yanında sözleşmede olması gerektiği konusunda kararsız oldukları etmenlerde yoktur. Buradan yöneticilerin, sözleşme içeriğine çok önem verdikleri sonucu çıkarılabilir.

Tablo 6.14'de Hİ Sözleşmelerinin içeriğinde bulunması öngörülen etmenleri değerlendiren hastane başhekim ve hastane yöneticilerinin değerlendirme sonuçları verilmektedir. Bu tabloya göre, araştırmanın hipotezlerinden ikincisi olan “Hİ sözleşmelerinin içeriğinde bulunması öngörülen etmenler, üst düzey hastane yöneticilere göre farklılaşmaktadır” hipotezinin değerlendirilmesi ve istatistiksel önem denetimi yapılmıştır.

Tablo 6.14. Hİ Sözleşmelerinin İçeriğinde Bulunması Öngörülen Etmenlerin Hastane Yöneticilerine Göre Dağılımı

| Sözleşmede Yer alması gereken etmenler | Başhekim n=147 | | Hastane Müdürü n=86 | | t |
|--|-------------------|-------|---------------------------|-------|-------|
| | X | SS | X | SS | |
| İhale bedeli | 1,29 | 0,457 | 1,25 | 0,438 | 0,517 |
| Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları | 1,24 | 0,429 | 1,35 | 0,481 | 1,571 |
| Sözleşmenin fesih koşulları | 1,30 | 0,462 | 1,31 | 0,550 | 0,093 |
| Müteahhidin görev ve sorumlulukları | 1,38 | 0,511 | 1,28 | 0,484 | 1,223 |
| İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri | 1,35 | 0,503 | 1,36 | 0,512 | 0,102 |
| Hizmete ve girdilere ait kalite standartları | 1,32 | 0,494 | 1,44 | 0,603 | 1,315 |
| Denetim koşulları | 1,39 | 0,491 | 1,38 | 0,570 | 0,125 |
| Hizmetin gerçekleştirileceği süre | 1,33 | 0,473 | 1,45 | 0,501 | 1,564 |
| İhale Bedelini Ödeme Koşulları | 1,41 | 0,495 | 1,38 | 0,489 | 0,425 |
| Sigorta yükümlülükleri | 1,41 | 0,495 | 1,41 | 0,602 | 0,006 |
| Çalıştırılan personele ilişkin ücret yükümlülükleri | 1,41 | 0,518 | 1,46 | 0,581 | 0,582 |
| Cezai hükümler | 1,39 | 0,491 | 1,38 | 0,570 | 0,544 |
| Fiyat farklarına ilişkin koşullar | 1,44 | 5,85 | 1,43 | 0,579 | 0,088 |
| Tazminat yükümlülükleri | 1,62 | 0,73 | 1,47 | 0,653 | 1,365 |
| İşgörenin ise başlamadan önceki sağlık kont. yapılması | 1,59 | 0,601 | 1,51 | 0,652 | 0,793 |
| İşgören asgari ücretinin belirlenmesi | 1,57 | 0,802 | 1,72 | 0,796 | 1,123 |
| İhale sürecindeki prosedür sürelerinin belirtilmesi | 1,64 | 0,549 | 1,65 | 0,612 | 0,046 |
| İşgörenin ise alıştırma ve hizmet içi eğitimlerinin belirtilmesi | 1,74 | 0,600 | 1,66 | 0,653 | 0,738 |
| İşgörenin sosyal hakları ve bunun işgörene bildirilme koşulları | 1,70 | 0,779 | 1,76 | 0,801 | 0,471 |
| İletişim kanallarının belirlenmesi | 1,94 | 0,802 | 1,87 | 0,760 | 0,558 |
| Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri | 2,07 | ,955 | 2,23 | 0,935 | 1,042 |
| Bilgilerin gizliliği | 2,22 | 1,172 | 2,49 | 1,282 | 1,345 |

p>0,05.

Tablo 6.14 incelendiğinde Hİ sözleşmelerinin içeriğinde olması gerektiği düşünülen etmenlerin hastane yöneticilerine göre dağılımı arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Başhekim ve hastane müdürlerinin 5’li Likert ölçeği dikkate alındığında Hİ sözleşmelerinin içeriğinde bulunması gerektiği öngörülen etmenleri değerlendirmeleri açısından “çok gerekli” ve “gerekli” gördükleri etmenler aynıdır. Her iki yönetici grubunun da Hİ sözleşmelerinin içeriğine önem verdikleri sonucu çıkarılabilmektedir. Bu durumda “Hİ sözleşmelerinin içeriğinde bulunması öngörülen etmenler, üst düzey hastane yöneticilerine göre farklılaşmaktadır” hipotezi reddedilmiştir.

6.10. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Yeterlilik Düzeyleri

Ankette yer alan 11. soruda, hastane yöneticilerinden, hizmetin kesintisiz verilmesinin, sözleşme şartlarına uyulmasının, uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesinin, ihaleye katılan firmaların niteliklerinin ve niceliğinin, hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanımının, çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi istenmiştir. Değerlendirme sonuçları Tablo 6.15’de verilmiştir.

Tablo 6.15. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Yeterlilik Düzeyleri Dağılımı
(1=Çok fazla, 5= Çok az)

| Hizmet İhalelerine İlişkin Özellikler | n | X | SS |
|--|-----|------|------|
| Hizmetin kesintisiz verilmesinin yeterlilik düzeyi | 156 | 2,34 | 0,84 |
| Sözleşme şartlarına uyulmasının yeterlilik düzeyi | 157 | 2,49 | 0,84 |
| Uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesinin yeterliliği | 156 | 2,63 | 0,92 |
| İhaleye katılan firmaların nitelik yeterliliği | 157 | 2,67 | 0,91 |
| İhaleye katılan firmaların niceliği (sayısı) yeterliliği | 156 | 2,89 | 0,95 |
| Hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanım düzeyinin yeterliliği | 155 | 2,94 | 0,92 |
| Çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeyi | 155 | 3,15 | 1,05 |

Tablo 6.15'e bakıldığında, araştırmaya katılan 167 Hİ yapan hastaneden, hizmetin kesintisiz verilmesinin yeterlilik düzeyinin 2,34 ortalama ile 156 hastane yöneticisi fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bunu, sözleşme şartlarına uyulmasının yeterlilik düzeyi 2,49 ortalama ile takip etmektedir. Bu iki özelliğin yeterlilik düzeylerinin yöneticiler tarafından fazla olarak değerlendirilmesinin nedenlerinden birinin, Hizmet İhaleleri ile ilgili mevzuatta bu konuda cezai hükümlerin yer alması olduğu söylenebilir.

Hİ'nin olumlu sonuçlar verebilmesinde uygulama sırasında yapılacak denetimin büyük bir öneme sahip olduğu bilinmektedir. Ancak hastane yönetimi, Tablo 6.11 incelendiğinde, Hİ uygulamalarının denetiminin yeterlilik düzeyini, 2,49 ortalama ile yöneticiler "normal" olarak değerlendirmektedirler. Hizmetin sunumunda kaliteyi etkileyebilecek en önemli özelliğin, ihaleye katılan firmaların nitelik yeterliliği olduğu düşünüldüğünde, hastane yönetimleri bu özelliği 2,63 ortalama ile "normal" olarak değerlendirmektedirler. Yine Hİ yaparken rekabetin oluşmasında ihaleye katılan firmaların sayısının yeterlilik düzeyinin önemli olduğu bilinmektedir. Araştırmaya

katılan hastane yönetimleri Hİ uygulamalarında bu sayının 2.67 ortalama ile “normal” olarak değerlendirmişlerdir.

Uygulama sırasında yöneticiler, hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanım düzeyinin yeterliliğini 2.94 ortalama ile “normal” olarak değerlendirmektedirler. Çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeyini ise 5’li Likert ölçeğine göre “az”a yakın olarak değerlendirmektedirler.

Tablo 6.16’da Hizmet İhaleleri’ne ilişkin özelliklerin yeterlilik düzeylerinin, başhekim ve hastane müdürleri tarafından değerlendirmeleri verilmiştir. Bu tabloya göre, araştırmanın hipotezlerinden üçüncüsü olan “Hizmet İhalelerine ilişkin özelliklerin yeterlilik düzeyleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri bakımından farklılaşmaktadır” hipotezinin değerlendirilmesi ve istatistiksel önem denetimi yapılmıştır.



Tablo 6.16. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Yeterlilik Düzeylerinin Hastane Yöneticilerine Göre Dağılımı

| Hizmet İhalelerine İlişkin Özellikler | Başhekim n=88 | | Hastane Müdürü n=68 | | t |
|--|------------------|-------|---------------------------|-------|-------|
| | X | SS | X | SS | |
| Hizmetin kesintisiz verilmesinin yeterlilik düzeyi | 2.23 | 0.859 | 2.47 | 0.801 | 1.18 |
| Sözleşme şartlarına uyulmasının yeterlilik düzeyi | 2.42 | 0.867 | 2.57 | 0.816 | 1.12 |
| Uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesinin yeterliliği | 2.62 | 0.967 | 2.63 | 0.862 | 0.08 |
| İhaleye katılan firmaların nitelik yeterliliği | 2.51 | 0.971 | 2.87 | 0.790 | 2,53* |
| İhaleye katılan firmaların niceliği (sayısı) yeterliliği | 2.92 | 0.950 | 2.87 | 0.968 | 0.35 |
| Hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanım düzeyinin yeterliliği | 2.93 | 0.968 | 2.94 | 0.875 | 0.05 |
| Çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeyi | 3.07 | 1.027 | 3.26 | 1.087 | 1.14 |

*p< 0.05

Hizmet İhaleleri'ne ilişkin özelliklerin, hizmetin kesintisiz verilmesinin yeterlilik düzeyi, sözleşme şartlarına uyulmasının yeterlilik düzeyi, uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesinin yeterliliği, ihaleye katılan firmaların niceliği (sayısı) yeterliliği, hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanım düzeyinin yeterliliği, çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeyi gibi özelliklerin, yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesinde, başhekim ve hastane müdürleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak iki grup değerlendirmeleri arasında, ihaleye katılan firmaların nitelik yeterliliklerinin değerlendirilmesinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İhaleye katılan firmaların nitelik yeterliliklerini başhekimler “normal” olarak değerlendirirken, hastane müdürleri “az” olarak değerlendirmektedirler. Dolayısı

ile burada, sadece bu özelliğin değerlendirilmesinde “Hizmet İhalelerine ilişkin özelliklerin yeterlilik düzeyleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri bakımından farklılaşmaktadır” hipotezi kabul edilmiştir.

6.11. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Uygulama Sonuçlarını Etkilemesi Açısından Değerlendirilmesi

Ankette yer alan 11. soruya verilen cevapların değerlendirilmesi sonucu ulaşılan Tablo 6.17’de Hİ özelliklerinden hizmetin kesintisiz verilmesinin, sözleşme şartlarına uyulmasının, uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesinin, ihaleye katılan firmaların niteliklerinin ve niceliğinin, hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanımının, çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeylerinin uygulama sonuçlarını etkilemesi yönünden hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri yer almaktadır.

Tablo 6.17. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Hizmetlerin Sonuçlarını Etkileme Yönünden Dağılımı (1=Çok Fazla, 5= Çok Az)

| Hizmet İhalelerine İlişkin Özellikler | n | X | SS |
|---|-----|------|-------|
| Hizmetin kesintisiz verilmesinin sonuçları etkileme şekli | 157 | 1,73 | 0,666 |
| Sözleşme şartlarına uyulmasının sonuçları etkileme şekli | 160 | 1,87 | 0,745 |
| Uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesinin sonuçları etkileme şekli | 158 | 1,85 | 0,733 |
| İhaleye katılan firmaların niteliklerinin sonuçları etkileme şekli | 160 | 1,96 | 0,816 |
| İhaleye katılan firmaların niceliğinin (sayısı) sonuçları etkileme şekli | 156 | 2,29 | 0,813 |
| Hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanım düzeyinin sonuçları etkileme şekli | 155 | 2,19 | 0,881 |
| Çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeyinin sonuçları etkileme şekli | 158 | 2,44 | 1,085 |

Tablo 6.17'ye göre Hizmet İhaleleri'ne ilişkin özelliklerin hizmetlerin sonuçlarını etkilemeleri yönünden dağılımına bakıldığında, tüm özelliklerin 5'li likert ölçeğine göre sonuçları "fazla" olarak etkiledikleri yöneticiler tarafından belirtilmektedir.

Tablo 6.18'de araştırmaya katılan hastanelerin başhekimleri ve hastane müdürleri açısından Hizmet İhaleleri'ne ilişkin özelliklerin hizmetlerin sonuçlarını etkilemelerine ilişkin değerlendirmeleri yer almaktadır. Bu tabloya göre araştırmanın dördüncü hipotezi olan "Hizmet İhaleleri'ne ilişkin özelliklerin sonuçları etkileme dereceleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmelerine göre farklılaşmaktadır" hipotezinin değerlendirilmesi ve istatistiksel önem denetimi yapılmıştır.

Tablo 6.18. Hizmet İhalelerine İlişkin Özelliklerin Hizmetlerin Sonuçlarını Etkileme Yönünden Hastane Yöneticilerine Göre Dağılımı

| Hizmet İhalelerine İlişkin Özellikler | Başhekim n=88 | | Hastane Müdürü n=68 | | T |
|---|------------------|-------|---------------------------|-------|-------|
| | X | SS | X | SS | |
| Hizmetin kesintisiz verilmesinin sonuçları etkileme şekli | 1,97 | 0,604 | 1,80 | 0,739 | 1,213 |
| Sözleşme şartlarına uyulmasının sonuçları etkileme şekli | 1,80 | 0,710 | 1,96 | 0,788 | 1,339 |
| Uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesinin sonuçları etkileme şekli | 1,83 | 0,805 | 1,87 | 0,640 | 0,338 |
| İhaleye katılan firmaların niteliklerinin sonuçları etkileme şekli | 1,88 | 0,809 | 2,07 | 0,822 | 1,498 |
| İhaleye katılan firmaların niceliğinin (sayısı) sonuçları etkileme şekli | 2,24 | 0,788 | 2,36 | 0,847 | 0,906 |
| Hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik donanım düzeyinin sonuçları etkileme şekli | 2,16 | 0,874 | 2,22 | 0,902 | 0,437 |
| Çalıştırılan uzman personelin yeterlilik düzeyinin sonuçları etkileme şekli | 2,41 | 1,000 | 2,47 | 1,188 | 0,329 |

Hizmet İhalelerine ilişkin özelliklerin sonuçları etkileme derecesinin değerlendirilmesi açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bu durumda “Hizmet İhaleleri’ne ilişkin özelliklerin sonuçları etkileme dereceleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmelerine göre farklılaşmaktadır” hipotezi kabul edilmemiştir.

6.12. Hizmet İhalesi Uygulama Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı

Ankette yer alan 12. soruda 2001 yılı içerisinde Hİ yapan hastanelerin yöneticilerinden uygulama sonuçlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Tablo 6.19’da bu değerlendirmeleri göstermektedir.

Tablo 6.19. Hİ Uygulama Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı
(1=Kesinlikle Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılmıyorum)

| Hİ Sonuçları | n | X | SS |
|--|-----|------|-------|
| Kurum personelinin sayısal yetersizliği giderildi | 162 | 1,55 | 0,723 |
| Hizmet kalitesi arttı | 162 | 1,75 | 0,829 |
| Hizmet verimliliği sağlandı | 162 | 1,78 | 0,739 |
| Hasta memnuniyeti arttı | 163 | 1,80 | 0,830 |
| Hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayrıldı | 162 | 2,01 | 0,946 |
| Hastanenin imajı güçlendi | 163 | 2,08 | 1,006 |
| Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kuruldu | 160 | 2,09 | 0,788 |
| Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanıldı | 162 | 2,38 | 0,972 |
| Teknolojik yeniliklere ulaşıldı | 161 | 2,55 | 1,012 |
| Parasal tasarruf sağlandı | 161 | 2,68 | 1,164 |

2001 yılında Hİ yapan hastanelerden araştırmaya katılanların değerlendirmelerine göre, kurum personelinin yetersizliğinin giderilmesi ($X=1,55$), Hİ uygulama sonuçları arasında ilk sırada yer almaktadır. Daha sonra sırasıyla, hizmet kalitesinin artması ($X=1,75$), hizmet verimliliğinin sağlanması ($X=1,78$), hasta

memnuniyetinin artması ($X=1,80$) hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayrılması ($X=2,01$), hastanenin imajının güçlenmesi ($X=2,08$), etkili bir kontrol ve denetim sisteminin kurulması ($X=2,09$), hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanılması ($X=2,38$) sonuçlarının oluştuğuna hastane yöneticileri, katıldıklarını belirtmişlerdir. Teknolojik yeniliklere ulaşılması ($X=2,55$) ve parasal tasarrufun sağlanması ($X=2,68$) sonuçlarının elde edildiğine yönelik değerlendirmelerinde kararsız kalmışlardır.

Tablo 6.2 Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin Hİ yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin dağılımına bakıldığında, yöneticiler, personel sayısının sayısal yetersizliğinden doğan zorunluluğun ilk gerekçe olduğunu belirtmişlerdir. Buna göre Tablo 6.11 Hİ uygulama sonuçlarına ilişkin değerlendirmeleri tablosuna bakıldığında bu gerekçenin amacına ulaştığı görülebilmektedir.

Genel anlamda bu iki tablo karşılaştırıldığında Hİ yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin değerlendirme sıralamasıyla, Hİ uygulama sonuçlarına ilişkin değerlendirme sıralaması aynı şekilde gerçekleşmektedir.

Tablo 6.19 Hİ uygulama sonuçlarına ilişkin değerlendirme tablosu incelendiğinde Hİ'nden beklenen kaliteli ve verimli hizmet sunumunun gerçekleşebildiğini ancak parasal tasarrufun sağlanıp sağlanmadığı konusunda yöneticilerin kararsız oldukları görülebilmektedir.

Tablo 6.20'de Hİ uygulama sonuçları konusunda, hastane başhekim ve müdürlerinin değerlendirme karşılaştırmaları verilmiştir. Bu tabloya göre, araştırmanın hipotezlerinden beşinci hipotez olan "Hİ uygulamasına ilişkin sonuçları, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmelerinde fark vardır" hipotezinin değerlendirilmesi ve istatistiksel önem denetimi yapılmıştır.

Tablo 6.20. Hİ Uygulamasına İlişkin Sonuçların, Yöneticilerin Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (1=Kesinlikle Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılmıyorum)

| Hİ Sonuçları | Başhekim n=90 | | Hastane Müdürü n=71 | | T |
|--|---------------|-------|---------------------|-------|-------|
| | X | SS | X | SS | |
| Kurum personelinin sayısal yetersizliği giderildi | 1.52 | 0.657 | 1.59 | 0.807 | 0.548 |
| Hizmet kalitesi arttı | 1.69 | 0.729 | 1.83 | 0.947 | 1.054 |
| Hizmet verimliliği sağlandı | 1.73 | 0.632 | 1.83 | 0.868 | 0.803 |
| Hasta memnuniyeti arttı | 1.72 | 0.687 | 1.90 | 0.988 | 1.355 |
| Hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayrıldı | 1.97 | 0.982 | 2.07 | 0.915 | 0.687 |
| Hastanenin imajı güçlendi | 2.06 | 0.987 | 2.07 | 1.019 | 0.094 |
| Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kuruldu | 2.09 | 0.816 | 2.08 | 0.770 | 0.059 |
| Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlandı | 2.42 | 1.009 | 2.32 | 0.938 | 0.590 |
| Teknolojik yeniliklere ulaşıldı | 2.54 | 1.029 | 2.54 | 1.003 | 0.010 |
| Parasal tasarruf sağlandı | 2.80 | 1.208 | 2.55 | 1.106 | 1.342 |

Tablo 6.20'ye bakıldığında, Hİ sonuçlarını değerlendirme açısından başhekim ve hastane müdürü arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$). Bu durumda “Hİ uygulamasına ilişkin sonuçları, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmelerinde fark vardır” hipotezi kabul edilmemiştir.

6.13. Hizmet İhalesi Uygulaması Esnasında Karşılaşılması Olası Sorunlar

Ankette yer alan 13. soruda, 2001 yılında Hİ yapan hastane yöneticilerinin uygulama sırasında karşılaştıkları sorunları değerlendirmeleri istenmiştir. Bu sonuçların Tablo 6.21’de değerlendirmeleri verilmiştir.

Tablo 6.21. Hİ Uygulaması Esnasında Karşılaşılması Olası Sorunlar (1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)

| Olası Sorun Alanları | n | X | SS |
|---|-----|------|-------|
| Yönetim erkini paylaşmanın zorluğu | 163 | 3,21 | 1,194 |
| Hizmetin kendi kurumumuzca verilmesi halinde daha az maliyetli olması | 163 | 3,28 | 1,284 |
| Hizmetin istenilen kalitede verilmemesi | 163 | 3,36 | 1,047 |
| İnsan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki baslılığın olması | 162 | 3,43 | 1,194 |
| Hizmetin denetiminin zorluğu | 161 | 3,45 | 1,078 |
| Hastanenin imajının zedelenmesi | 161 | 3,89 | 0,899 |

Tablo 6.21 Hİ uygulaması esnasında karşılaşılabilecek sorunlara bakıldığında, olası sorun alanlarından, yönetim erkini paylaşmanın zorluğu ($X=3,21$), hizmetin kendi kurumumuzca verilmesi halinde daha az maliyetli olması ($X=3,28$), hizmetin istenilen kalitede verilmemesi ($X=3,6$), insan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki baslılığın olması ($X=3,43$), hizmetin denetiminin zorluğu alanlarının değerlendirilmesinde hastane yöneticileri kararsız kalmışlardır ancak hastanenin imajının zedelenmesi sorununun olduğuna katılmamaktadırlar. Buradan anlaşıldığı üzere hastane yöneticileri uygulama sırasında belirgin bir sorun alanıyla karşılaşmamaktadırlar.

Tablo 6.22’de hastane başhekim ve müdürlerinin Hİ uygulama esnasında karşılaşılabilecek sorunları değerlendirmeleri verilmiştir. Bu tabloya göre araştırmamızın altıncı hipotezi olan “Hİ uygulamaları esnasında karşılaşılabilecek sorunlar, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri açısından farklılaşmaktadır” hipotezinin değerlendirilmesi ve istatistiksel önem denetimi yapılmıştır.

Tablo 6.22. Hastane Yöneticilerinin Hİ Uygulama Esnasında Karşılaşılması Beklenen Sorunları Değerlendirmeleri (1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)

| Olası Sorun Alanları | Başhekim (n=90) | | Hastane Müdürü (n=71) | | t |
|---|--------------------|-------|--------------------------|-------|-------|
| | X | SS | X | SS | |
| Yönetim erkini paylaşmanın zorluğu | 3.24 | 1.183 | 3.14 | 1.122 | 0.544 |
| Hizmetin kendi kurumunuzca verilmesi halinde daha az maliyetli olması | 3.33 | 1.180 | 3.20 | 1.420 | 0.664 |
| Hizmetin istenilen kalitede verilmemesi | 3.32 | 1.047 | 3.39 | 1.062 | 0.431 |
| İnsan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki başlığın olması | 3.52 | 1.104 | 3.29 | 1.309 | 1.239 |
| Hizmet denetiminin zorluğu | 3.44 | 1.081 | 3.45 | 1.093 | 0.043 |
| Hastane imajının zedelenmesi | 3.85 | 0.936 | 3.94 | 0.866 | 0.614 |

Tablo 22 hastane yöneticilerinin Hİ uygulama esnasında karşılaşılması beklenen sorunları değerlendirmeleri incelendiğinde, Hİ uygulama esnasında karşılaşılması beklenen sorun alanlarının değerlendirilmesinde, başhekim ve hastane müdürü değerlendirmeleri arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buradan başhekim ve hastane müdürlerinin Hİ uygulama sırasında, belirgin bir sorunla karşılaşmadıkları sonucu çıkarılabilir. Bu durumda “Hİ uygulamaları esnasında karşılaşılan sorunlar, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri açısından farklılaşmaktadır” hipotezi kabul edilmemiştir.

6.14. Hizmet İhalesi Uygulaması Yapmayan Hastanelerin Hİ Yapmama Nedenleri

Ankette yer alan 14. soruda 2001 yılında Hİ yapmayan hastanelerin yöneticilerinden olası Hİ yapmama nedenlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırmaya katılan 236 hastaneden 69’u 2001 yılı içerisinde Hİ uygulamamışlardır. Değerlendirme sonuçları Tablo 6.23’de verilmiştir.

Tablo 6. 23. Hİ Uygulaması Yapmayan Hastanelerin Olası Hİ Yapmama Nedenleri (1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)

| Olası Hİ Yapmama Nedenleri | n | X | SS |
|--|----|------|-------|
| Finansal kaynak yetersizliği | 55 | 1,65 | 1,158 |
| Siyasal politik faktörlerin etkisi | 44 | 2,91 | 1,309 |
| Hukuksal ve yasal alt yapının yetersizliği | 44 | 2,98 | 1,229 |
| Hizmet ihalelerinde etkin bir denetim sisteminin yokluğu | 44 | 3,18 | 1,244 |
| İhale sisteminin şeffaf olmaması | 43 | 3,44 | 1,119 |
| İhalelere talip olacak sayıda firmaların olmaması | 43 | 3,53 | 1,351 |
| Hastanenin kendi imkanları ile daha iyi hizmet vereceğine olan yönetsel anlayışı | 43 | 3,63 | 1,273 |
| İhalelere talip olacak nitelikte firmaların olmaması | 43 | 3,65 | 1,232 |

Tablo 6.23’de, hastane yöneticilerinin Hİ yapmamakta ki ilk nedenleri finansal kaynak yetersizliği ($X=1,65$)’dir. Bu nedenle araştırmaya katılan 55 hastane yöneticisinin, yeterli finans kaynaklarına sahip olduklarında, potansiyel Hizmet İhalesi uygulayıcısı olabilecekleri söylenebilir. Siyasal politik faktörlerin etkisi ($X=2,91$), hukuksal ve yasal alt yapının yetersizliği ($X=2,98$), hizmet ihalelerinde etkin bir denetim sisteminin yokluğu ($X=3,18$), ihale sisteminin şeffaf olmaması ($X=3,44$) gibi nedenleri, hastane yöneticileri, Hİ yapmama nedeni olarak göstermekte kararsız kalmışlardır. İhalelere talip olacak sayıda firmaların olmaması ($X=3,53$), hastanenin kendi imkanları ile daha iyi hizmet vereceğine olan yönetsel anlayışı ($X=3,63$) ve ihalelere talip olacak nitelikte firmaların olmaması gibi olası Hİ yapmama nedenlerine, hastane yöneticileri katılmamaktadırlar.

Tablo 6.24’de Hİ uygulaması yapmayan başhekim ve hastane müdürlerinin olası Hİ yapmama nedenlerini değerlendirmeleri yer almaktadır. Bu tabloya göre araştırmanın yedinci hipotezi olan “Olası Hİ yapmama nedenleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirilmeleri bakımından farklılaşmaktadır” hipotezinin değerlendirilmesi ve istatistiksel önem denetimi yapılmıştır.

Tablo 6.24. Hİ Uygulaması Yapmayan Hastane Yöneticilerinin Olası Hİ Yapmama Nedenlerini Değerlendirmeleri (1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)

| Olası Hİ Yapmama Nedenleri | Başhekim n=31 | | Hastane Müdürü n=11 | | M.W. U testi |
|---|------------------|-------|---------------------------|-------|-----------------|
| | X | SS | X | SS | |
| Finansal kaynak yetersizliği | 1,65 | 1,112 | 1,91 | 1,375 | 282,0 |
| Siyasal/politik faktörlerin etkisi | 2,87 | 1,335 | 3,27 | 1,191 | 171,0 |
| Hukuksal ve yasal alt yapının yetersizliği | 2,94 | 1,237 | 3,45 | 0,934 | 158,0 |
| Hizmet ihalelerinde etkin bir denetim sisteminin yokluğu | 3,19 | 1,195 | 3,55 | 1,128 | 176,0 |
| İhale sisteminin şeffaf olmaması | 3,48 | 1,122 | 3,55 | 0,934 | 172,5 |
| İhalelere talip olacak nicelikte firmaların olmaması | 3,52 | 1,411 | 3,45 | 1,214 | 156,5 |
| İhalelere talip olacak nitelikte firmaların olmaması | 3,58 | 1,336 | 3,64 | 1,120 | 166,0 |
| Hastanenin kendi imkanları ile daha iyi hizmet vereceğine olan yönetsel anlayış | 3,61 | 1,256 | 3,64 | 1,206 | 174,0 |

Tablo 24 incelendiğinde, olası Hİ yapmama nedenlerinin değerlendirilmesi açısından, başhekim ve hastane müdürü arasında, anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda “Olası Hİ yapmama nedenleri, üst düzey hastane yöneticilerinin değerlendirilmeleri bakımından farklılaşmaktadır” hipotezi reddedilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Hizmet İhalelerinin kavramsal çerçevesi oluşturulmaya çalışılmış, Hİ sürecine değinilmiş, çeşitli ülkelerde ve Türkiye'deki uygulama boyutları incelenmiş ve T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılmış bir araştırmaya yer verilmiştir.

Bir özelleştirme ve dış kaynaklardan yararlanma aracı olarak Hizmet İhaleleri uygulamalarından beklenen, kurumda verilen mevcut hizmetten, daha verimli, daha etkili, daha kaliteli hizmet sağlamaktır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki Hİ uygulamaları, yasal gereklerine uygun olarak yapılmaktadır. Hİ uygulamalarının kalitesi, verimliliği ve etkililiğini birinci derecede şekillendiren, hastane yönetimlerinden daha çok yasal prosedürlerdir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilâtının, uygulamalar üzerindeki denetimleri ise büyük ölçüde yapılan ihalelerin yasal prosedürlere uygunluğu ile sınırlı kalmaktadır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde Hİ yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelere bakıldığında ilk sırada personelin sayısal yetersizliği yer almaktadır. Kaliteli, verimli hizmet sağlamak amacından daha önce gelen personel yetersizliğini Hİ yöntemi ile gidermekteki amaç, Hizmet İhaleleri ile sağlanacak sözleşmeli personelin daha ucuz olması ve az personel çalıştırıp, daha çok iş yaptırabilme isteğidir. Ancak araştırma sonuçları göstermektedir ki hastane yöneticileri Hİ yapma kararını etkileyen gerekçeler olarak, görev yaptıkları Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, hizmet verimliliğini ve kalitesini artırmak, hasta memnuniyetini artırmak, hasta bakımı hizmetlerine daha fazla zaman ayırabilmek, hastanenin imajını güçlendirmek, etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak ve hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanmak olarak sıralamaktadırlar. Yöneticilerin parasal tasarruf sağlamayı Hİ uygulama gerekçesi görmekteki karasızlıkları da araştırmanın bir başka sonucudur.

Araştırma sonucuna göre, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki Hİ uygulama gerekçeleri ile Hİ uygulama sonuçları birbirine paraleldir. Örneğin; yöneticilerin uygulama gerekçesi olarak gösterdikleri birinci neden personel yetersizliğinin giderilmesi, elde edilen uygulama sonuçlarında da ilk sırada yer almaktadır. Bu durumda

Sağlık Bakanlığı hastane yönetimlerinin Hİ uygulamalarından beklentilerinin gerçekleştiği söylenebilir.

Literatürde Hİ yapmanın nedenleri olarak; maliyet etkililiği artırmak, personel eksikliğini gidermek, yönetsel işlevleri etkin hale getirmek, kurumun kendi asıl görevine yönelmesini sağlamak ve teknolojik yeniliklere ulaşmak gösterilmektedir. Araştırmaya katılan yöneticiler bu nedenler arasında yer alan teknolojik yeniliklere ulaşılması ve parasal tasarrufun sağlanması sonuçlarının değerlendirmelerinde kararsız kalmışlardır. Yöneticilerin parasal tasarrufun sağlanması konusunda kararsız kalmalarının nedeni olarak Hİ maliyetlerinin kontrol edilebilirliğinin düşük olması gösterilebilir. Türkiye dışında yapılan bir çok araştırmada Hİ uygulamalarının parasal tasarruf sağladığı ve hizmet kalitesinin arttığı yönünde bulgular elde edilmiştir. Bu araştırmada ise yöneticilerin değerlendirmelerine göre, hizmet kalitesinin arttığı sonucuna ulaşılmış, parasal tasarrufun sağlanıp sağlanmadığı konusunda kesin bir sonuç elde edilmemiştir.

Hİ uygulaması esnasında karşılaşılabilecek sorunlara bakıldığında, araştırmaya katılan hastane yöneticileri, uygulama sırasında belirgin bir sorun alanıyla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir.

Hİ sonucunda yapılan sözleşmeler, uygulamadan başarılı sonuçlar alabilmede önemli aşamalardan biridir. Sözleşmeler iyi yapılırsa Hİ uygulama sürecinde taraflar arasında çıkabilecek olası problemler engellenebilir. Yapılan araştırma sonucunda Hİ sözleşmelerinin içeriğinde bulunması gereken etmenler sıralandığında hastane yöneticilerinin sözleşme içeriklerine çok önem verdikleri ortaya çıkmıştır. Yöneticiler, Hizmet İhalesi ile ilgili o anda yürürlükte olan mevzuatta bulunmayan, verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları, insan kaynakları sayısı ve nitelikleri ve hizmete ve girdilere ait kalite standartları gibi konuların sözleşme içeriğinde yer alması gerektiğini düşünmektedirler. 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu sözleşme içerikleri konusunda yetersiz kalmıştır. Ancak 01.01.2003 tarihinde yürürlüğe giren Kamu İhaleleri Sözleşme Kanununun Avrupa Birliği norm ve standartlarına uygun olduğu ve eski mevzuatın olası bazı sınırlılıklarını giderebileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, hastane yöneticilerinin Hİ yapmamadaki ilk nedenleri finansal kaynak yetersizliğidir. Bu nedenle hastane yöneticileri, yeterli finans kaynaklarına sahip olduklarında, Hİ uygulayacaklardır. Hastaneler finans kaynakları yeterli olduğunda Hİ yapmak için gerekli rekabet ortamını sağlayacaklarını ve başarılı olabilecek nitelikte firmalara ulaşacaklarını belirtmektedirler. Hİ yapmayan hastane yöneticilerinin, hizmet ihaleleri kapsamındaki işleri, hastanenin kendi imkanları ile daha iyi verdiklerine dair düşünceleri genellikle olumsuzdur. Bu da Hİ uygulamalarının Türkiye’de genel kabul gören bir uygulama olduğu, gerekli finansal kaynaklar olması halinde bütün hastanelerde uygulanma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Hastanelerin çeşitli bütçe kaynaklarından yapılan Hİ giderleri, hastanelerin toplam giderleri arasında büyük bir yer tutmaktadır. Hizmet İhaleleri’nin finansmanında çoğunlukla döner sermaye bütçe kaynağı kullanılmaktadır. Türkiye’nin genel ekonomik yapısının yetersizliği nedeni ile Sağlık Bakanlığı genel bütçeden, Hİ kapsamındaki işlerin yapılması için hastanelere çok az ödenek vermektedir. Devlet sınırlı bütçe kaynaklarından sağlayamadığı hastane hizmetlerinin finansmanını döner sermaye bütçe kaynaklarından sağlamaktadır. Bu da, devlet hastanelerinde, döner sermaye işletmelerinin, özelleştirme uygulamalarının özgün birer aracı olarak kullanıldığını göstermektedir. Bu uygulama, devletin bir anlamda özelleştirmeyi teşvik etmesi olarak da düşünülebilmektedir.

Hİ uygulamalarının değerlendirilmesinde başhekim ve hastane müdürü açısından bir fark yoktur. Bunun olası nedeni Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hastane yöneticilerinin Hizmet İhaleleri uygulamalarını ilgili mevzuat doğrultusunda gerçekleştirmesidir.

Bu sonuçlar doğrultusunda yapılabilecek öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tâbi oldukları ekonomik, mali ve yönetsel sistemden dolayı Hİ uygulamalarına ilişkin kurumsal çıkar gözetmeleri beklenmemektedir. Kurumların mali ve yönetsel statülerinin devamı durumunda bu kurumların denetimi yasal prosedürlerin izlenmesi ile sınırlı kalmamalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın kapsamlı bir ekonomik ve teknik performans izleme mekanizması kurması önerilebilir.

- Sağlık Bakanlığı, hastane yöneticilerini finansal ve yönetsel özerkliğe kavuşturmalıdır. Bu durumun iyi sonuçlar verebilmesi için de hastanelerin performansları sistematik bir biçimde denetlenmelidir.
- 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu Hizmet İhaleleri için yeterli içeriğe sahip değildi. Bu nedenle yeterli içeriğe sahip olduğu düşünülen 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun ve bu yasaya ilişkin çıkarılan yönetmeliklerin gerekleri uygulanmalı, kamu hastaneleri finans yöneticileri ve ihale sürecinde yer alan görevliler, bu kanun hakkında da bilgilendirilerek, hizmet içi eğitim programından geçirilmelidir.
- Hİ uygulamalarının başarılı olması için ihalelere talip olanların yeterliliğine azami özen gösterilmelidir.
- Mali tasarruf sağlanması açısından en düşük teklif veren firmalar hastane yöneticilerine cazip gelebilir. Bu tekliflerin bilimsel bir değerlendirilme sürecinden geçirilmesi gerekmektedir. 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'nda bununla ilgili hükümler yoktu. Yürürlükte olan 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nda bu konuya yönelik bir çözüm yer almaktadır. Kamu kurumu, belirlediği süre içinde teklif sahiplerinden teklifte önemli olduğunu tespit ettiği bileşenler ile ilgili ayrıntıları yazılı olarak isteme hakkına sahiptir. Bu hükmün gereklerini, hastane yöneticileri uygulama sırasında titizlikle yerine getirmelidirler.
- Hİ uygulayan hastaneler ile Sağlık Bakanlığı ve Kamu İhale Kurumu arasında internete dayalı bilişim teknolojileri ile bir enformasyon sistemi kurulmalıdır. Tüm Hİ alanları için bölgesel farklılıklar da göz önünde bulundurularak, taban ve tavan fiyatlar standardize edilmeli ve bu fiyatlar internet aracılığı ile hastanelere bildirilmelidir. Bu durumda hastane yöneticileri değerlendirme yaparken

rasyonel fiyatları göz önünde bulunduracak ve hastaneler arasındaki birim ihale bedelleri arasında önemli farklar ortadan kalkacaktır.

- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü içerisinde yer alan Döner Sermayeli İşletmeler Daire Başkanlığı ihale bölümünün kadrosu genişletilerek limit altı ve limit üstü Hizmet İhaleleri'ne ilişkin düzenli kayıt tutulmalı ve hastanelerdeki uygulamaların izlenmesi ve daha etkin denetimi sağlanmalıdır.
- Hİ uygulamalarında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde genel bütçe ve döner sermaye bütçesinde yer alan ita amiri ve tahakkuk memuru pozisyonlarının aynı görevliler tarafından yerine getirilmesi sağlanmalıdır. Birlik sağlandığı zaman bütçe uygulamaları daha etkili ve verimli olacaktır.
- Hİ uygulamalarında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde finans yöneticisi olarak ita amiri, tahakkuk memuru ve sayman olmak üzere üç pozisyon vardır. Saymanlık pozisyonu, hastanelerde döner sermaye saymanlıklarının kapatılması ve yeni döner sermayelerin oluşturulması ile birlikte hastane dışına çıkarılmış ve muhasebe işlemlerini yürütmektedir. Hİ uygulamalarından beklenen faydaların alınabilmesi için finans yöneticilerinden ita amiri ve tahakkuk memurunun mutlaka profesyonelleştirilmesi ve finans yönetimi eğitimi almış kişilerden atanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ak B., Mete M., Sargutan E. (1998). "Hastanelerde Ev İdaresi Hizmetleri", Selçuk Üniversitesi Basımevi, Ankara.
2. Alpar R. (2000). "Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik", T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Ankara.
3. Arslantaş C. (1999). "Yeni Bir Yönetim Stratejisi Olarak Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Ve İlaç Sanayinde Faaliyet Gösteren Firmaların Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamaları", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyon Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
4. Ascher K. (1987). "Politics Of Privatisation Contracting Out Public Services", Macmillan Education Lmt., London.
5. Belek İ. (1994). "Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikği", Sorun Yayınları, I. Baskı, İstanbul.
6. Carey R. ve Seibert, J. (1999). "A Patient Survey System To Measure Quality Improvement; Quastionnaire Reliability and Validity", Medical Care, 31 (9).
7. Coşku R. (2002). "Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları", Beta Yayınları, İstanbul.
8. Çakırer M. A. (2002). "Hastane Bilişim Teknolojilerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma", <http://www.google.com>, <http://213,139,192,11/tbd/tam.asp>.
9. Decker R. (1986). "When Hospitals Contract-Out Their Services: Collection Problems", Hosp Mater Manage, Jul;11(7).

10. Domberger S, Meadowcraft S, Thompson D. "The impact of competitive tendering on the cost of hospital domestic services", Fiscal Studies 1987; 8(4).
11. Falay N. (1991). "Özelleştirme Yöntemleri ve Sorunları", Dünyada ve Türkiye'de Özelleştirme Konulu Sempozyum, ODTÜ Kamu Yönetimi Bölümü.
12. Ferris Jm., Graddy E. (1987). "What Governs The Decision To Contract Out For Local Hospital Services", Inquiry 24(3).
13. Gökdere H. (2000). Bilgi sistemlerinde dış kaynaklardan yararlanmanın başarısını etkileyen faktörler, bankacılık sektöründe bir alan araştırması, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetim ve Organizasyon Doktora Tezi, İstanbul.
14. Hartley K., Huby M. (2001). "Özelleştirmede İhale Politikası: Teori Ve İspatı", Çev:Haluk Egeli, Kamu Ekonomisinin Genişlemesi ve Özelleştirme.
15. Kardeş R., Güzel H. (1995). "Türkiye'de ve Dünya'da Yaşanan Özelleştirme", Vakıfbank Araştırma Dizisi, 2, Ankara.
16. Kemiksizoğlu A. (1998). "Devlet Hastanelerinin Özelleştirilmesine Karşı İyileştirme Önerileri", Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
17. Koçel T. (2001). "İşletme Yöneticiliği Yönetim Ve Organizasyon Organizasyonlarda Davranış Klasik-Modern-Çağdaş Ve Güncel Yaklaşımlar", 8. Baskı, Beta Basım Yayım A. Ş., İstanbul.
18. Larbi G. A. (1998). "Contracting-Out In Public Health And Water Services In Ghana", International Journal Of Public Sector Management, 11(273).
19. Mills A. (1998). "To Contract Or Not To Contract? Issues For Low And Middle Income Countries", Health Policy And Planning, 13(1).

20. Özkal İ. (2000). “Sağlık Sektörü Örneğinde Türkiye’de Devletin Küçültülmesi ve Etkenleştirilmesi”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi (Yönetim Bilimleri) Ana Bilimdalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
21. Puig-Junoy J., Perez-Sust P. (2002). “Vertigal İntegration And Contracting-Out İn Generic Hospital Services İn Spain”, Gaceta Sanitaria, 16 (2).
22. Savas E. S. (1994). “Özelleştirme”, MPM Yayınları, Ankara.
23. Soyer A., Belek İ. (1998). “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme”, Toplum ve Hekim, 13(1).
24. Şafak Ş. (1997). “Kurumlarda Ev İdaresi”, Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık Tic Ltd Şti., Ankara..
25. Tatar F. (1993). “Privatisation And Turkish Health Policy”, Thesis Submitted To The Nottingham For The Degree Of Doctor Of Philosophy İn Social Policy And Administration.
26. Tatar F. (1994). “Sağlık, Özelleştirme ve Dahili Piyasalar’ın Kurumsal Analizi ve Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, Doğan M., Harmancıoğlu Ö., Yeğinboy E., Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniversitesi.
27. Tatar F., Tatar M., Şahin İ. (1997). “Hastane Hizmet İhaleleri: Teori Ve Türkiye’deki Uygulamaları”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 30, Sayı 3, Eylül.
28. Tezbaşaran A. A. (1997). “Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu”, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
29. Tezel Y. (1998). “İşletmelerde Dış Kaynaklardan Yararlanma Süreci Ve Eskişehir Arçelik İşletmesi’nde Bir Araştırma, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi”, Eskişehir.

30. Vining A. R., Globerman S. (1999). "Contracting Out Health Care Services: A Conceptual Framework", Health Policy 46.
31. WHO (1993). "Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services", Geneva.
32. 2001 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (2002). T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Yararlanılan Mevzuat

1. Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği (kabul tarihi 15.06.1984), 18469'nolu resmi gazete.
2. Döner Sermaye Uygulamaları Hakkında Genelge (2002). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
3. Döner Sermayeden Yapılacak İhalelerde Uyulacak Esaslar Hakkında Genelge (2001). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
4. 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu (kabul tarihi:08.09.1983), yayımlandığı düstur: Tertip:5 Cilt:22.
5. 4735 Sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu (kabul tarihi:05.01.2002), 24648'nolu resmi gazete.
6. 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu (kabul tarihi:04.01.2002), 24648'nolu resmi gazete.

SAYIN Başhekim/ Hastane Müdürü

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin çoğunluğu Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında verilmektedir. Giderek büyüyen bu kurumların büyük bir kısmı, Hizmet İhalesi yoluyla bazı hizmetleri (yemek, temizlik, çamaşır vb. gibi) özel sektöre devredip, hastane dışı kaynaklardan yararlanmaktadırlar.

Hizmet İhalesi, hizmet sunumunun özel sektörde gerçekleştirilip hizmetin devlet tarafından finanse edildiği bir özelleştirme girişimi olarak tanımlanabilir. Basit bir satın alma yöntemi olmasına karşılık Hizmet İhalesini diğer satın alma türlerinden ayıran önemli bir özellik, hizmeti satın alan kurumun aynı zamanda ürünün üretilmesi için gerekli kaynaklara da sahip olmasıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, bu kadar çok uygulama alanı bulan hizmet ihalelerinin, hastanelerdeki uygulama boyutlarını, finansal büyüklüklerini ve uygulama sonuçlarına yönelik hastane yöneticilerinin değerlendirmelerinin ortaya konulması gerekmektedir.

Bu anket yukarıdaki amaçları gerçekleştirmek üzere bir bilgi toplama aracı olarak düzenlenmiş olup, Hizmet İhalesi uygulama veya uygulamama kararı veren siz yöneticilere sunulmuştur. Anketin hastane yöneticilerinden başhekim veya hastane müdürü tarafından doldurulması rica olunur. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Araş. Gör. Gülpembe ERGİN
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık İdaresi Yüksekokulu

1. Hastanenin Adı: İl Trafik Kodu:.....

2. 2001 Yılı Fiili Yatak Sayısı :Yatak

3. Hastanedeki görev unvanınız nedir ?

- Hastane Başhekimi
 Hastane Müdürü

4. Eğitim/ öğrenim durumunuz nedir?

- Lise
 Ön Lisans
 Fakülte veya Yüksekokul (Lisans)
 Yüksek Lisans (Master)
 Doktora ve üzeri

5. Şu anda yürütmekte olduğunuz görevi (aynı nitelikte, diğer hastanelerde yürüttüğünüz görevler de dahil olmak üzere) kaç yıldır yürütüyorsunuz?

Lütfen yıl olarak belirtiniz :Yıl.....Ay

6. Aşağıdaki bütçe kaynaklarına göre 2001 yılı giderlerinizi lütfen ilgili yerlere yazınız. Lütfen buradaki bilgileri yazarken hastanenizdeki ilgili kişilerin bilgisine başvurarak ya da mali kaynakları irdeleyerek yazınız.

| GİDER KAYNAKLARI | | 2001 YILI TOPLAM GİDERİ (TL) |
|------------------|---|------------------------------|
| a | GENEL BÜTÇE (110 ve 120 harcama kalemleri dahil) | TL. |
| b | DÖNER SERMAYE BÜTÇESİ | TL. |
| c | VAKIF, DERNEK v.s. DİĞER KAYNAKLAR | TL. |

7. 2001 yılı içerisinde kurumunuzda temizlik, mutfak, yemek vb. gibi herhangi bir Hizmet İhalesi yaptınız mı?

- Hayır (Lütfen 14. soruya geçiniz).
 Evet (Lütfen 8. soruya geçip, 14.soruya kadar cevaplayınız).

8. Kurumunuzda Hizmet İhalesi yoluyla bazı hizmetlerin özel sektöre devredilmesini ve hastane dışı kaynaklardan sağlamaya yönelmenize neden olan **muhtemel gerekçelere** ilişkin aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Bu ifadeleri inceleyiniz ve sırası ile her ifadenin karşısında yer alan beşli ölçeği kullanarak her ifadeye ne derece katıldığınızı uygun gelen rakamın üzerine (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

| Muhtemel hizmet ihalesi yapma nedenleri | | Tamamen Katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|---|---|---------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|
| a | Hasta memnuniyetini artırmak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b | Hizmet kalitesini arttırmak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c | Kurum personelinin sayısal yetersizliğinden doğan zorunluluk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d | Verimli hizmet gereksinimi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e | Merkezi yönetimin teşviki | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f | Diğer hastanelerin uygulamaları hakkında olumlu duyum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g | Teknolojik yeniliklere ulaşma isteği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h | Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanma isteği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i | Hastanenin imajını güçlendirmek | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j | Parasal tasarruf sağlamak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k | Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| l | Kurumun öznel amacı olan hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayırabilme isteği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| m | Diğer(Belirtiniz)..... | | | | | |

9. Aşağıda sıralanan muhtemel Hizmet İhalesi alanlarını irdeleyiniz ve 2001 yılı içinde Hizmet İhalesi uyguladığınız alanların karşısındaki **ihalenin finansal kaynağını** ilgili kutucuğa X işareti koyarak işaretleyiniz ve **sözleşme tarihini** yazıp **ihale bedelini** lütfen yazınız. Hangi hizmet türüne ait ihale yapıldıysa ona ilişkin soruları cevaplayınız. Eğer herhangi bir hizmete ait sorulara cevap verilmedi ve ifadenin yer aldığı satırda bir işlem yapılmadı ise bu hizmet türüne ilişkin Hizmet İhalesi yapılmamış şeklinde değerlendirilecektir. Bu bölümdeki finansal verileri doldurmanız ve kaynağını göstermeniz araştırmanın sağlığı ve Hizmet İhalelerinin finansal büyüklüğü hakkında fikir vermesi bakımından son derece önemlidir. Onun için lütfen buradaki finansal verileri, hastanenizdeki ilgili kişilerin bilgisine başvurarak ya da mali kaynakları irdeleyerek yazınız.

| Muhtemel hizmet ihalesi alanları | | İhale Kaynağı | Sözleşme Tarihi | İhale Bedeli TL. olarak belirtiniz. |
|----------------------------------|--|---|-----------------|-------------------------------------|
| a | Ambulans Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| b | Bahçe İşleri Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| c | Bilgi İşlem Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| d | Çamaşır Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| e | Fatura Tahsilat Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| f | Garaj-Otopark Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| g | Genel Bakım/Onarım Hizmetleri (Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Hizmetleri Hariç) | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| h | Tıbbi Cihaz Bakım ve Onarım Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| ı | Güvenlik Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| j | Maaş Tahakkuk Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |

| Muhtemel Hizmet İhalesi Alanları | | İhale Kaynağı | Sözleşme Tarihi | İhale Bedeli TL. olarak belirtiniz. |
|----------------------------------|--|---|-----------------|-------------------------------------|
| k | Malzemeli veya Malzemesiz Genel Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| ı | Malzemeli veya Malzemesiz Temizlik Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| m | Malzemeli veya Malzemesiz Yemek Pişirme Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| n | Malzemeli veya Malzemesiz Yemek Pişirme ve Sonrası Hizmetler | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| o | Muhasebe Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| p | Personel Taşıma Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| r | Telefon Santral Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| s | Terzi Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| t | Veri Giriş Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |
| u | Diğer(Belirtiniz)..... | <input type="checkbox"/> Döner Sermaye <input type="checkbox"/> Genel Bütçe <input type="checkbox"/> Dernek, vakıf vb | .../...../2001 | TL |

10. Aşağıda belirtilen ifadelerden hangilerinin kurumunuzda yapılan Hizmet İhalesi sürecinin önemli bir parçası olan **Hizmet İhalesi Sözleşmeleri'nin** içeriğinde olması gerektiğini düşünüyorsunuz? Bu ifade veya ifadelere ne ölçüde katıldığınızı gösteren beşli ölçeği kullanarak her ifadenin hizasında bulunan rakamlardan uygun olanın üstüne lütfen (X) şeklinde işaret koyunuz.

| Sözleşmede Bulunması Gereken Muhtemel Etmenler | | Çok Gerekli | Gerekli | Kararsızım | Gereksiz | Çok Gereksiz |
|--|---|-------------|---------|------------|----------|--------------|
| a | Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b | Hizmete ve girdilere ait kalite standartları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c | Hizmetin gerçekleştirileceği süre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d | Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e | İhale bedeli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f | Fiyat farklarına ilişkin koşullar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g | İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h | Sözleşmenin fesih koşulları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i | Bilgilerin gizliliği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j | İletişim kanallarının belirlenmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k | Çalıştırılan personele ait ücret yükümlülükleri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| l | Sigorta yükümlülükleri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| m | Tazminat yükümlülükleri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| n | Cezai hükümler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o | Denetim koşulları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| p | İşgören asgari ücretinin belirtilmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| r | İşgörenin sosyal hakları ve bunun işgörene bildirilme koşulları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s | İhale bedelini ödeme koşulları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| t | İşgörenin işe alıştırma ve hizmetiçi eğitim programlarının belirtilmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| u | İhale öncesi, sırası ve sonrasındaki prosedür sürelerinin belirtilmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| v | Müteahhitin görev ve sorumlulukları | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| y | İşgörenin işe başlamadan önceki sağlık kontrollerinin yapılması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| z | Diğer (Belirtiniz)..... | | | | | |

11. Aşağıda hastanelerde uygulanan Hizmet İhalelerine ilişkin bazı özellikler sıralanmıştır. Öncelikle, bu özelliklerin **yeterlilik düzeylerini** ve sonra da bu işaretlediğiniz yeterlilik düzeylerinin **hastane hizmetlerini ne şekilde etkilediklerini** ilgili yerlere (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

| Yeterlilik | | | | | ÖZELLİKLER | Hizmetlerin Sonuçlarını Etkileme Şekli | | | | |
|------------|-------|--------|----|--------|---|--|--------|---------|---------|-------------|
| Çok fazla | Fazla | Normal | Az | Çok Az | | Çok Olumlu | Olumlu | Etkisiz | Olumsuz | Çok Olumsuz |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | İhaleye katılan firmaların niteliği (İlgili hizmete özgü profesyonelliği) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | İhaleye katılan firmaların niceliği (sayısı) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Uygulama sırasında hizmet sunumunun denetlenmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Hizmet sunumunda sahip olunan teknolojik düzey | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Çalıştırılan uzman personel yeterlilik düzeyi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sözleşme şartlarına (koşullarına) uyulması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Hizmetin kesintisiz verilmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Kurumunuzdaki Hizmet İhalesi yöntemi ile sağladığınız hizmetlerin uygulanması sonucunda planladığınız sonuçları alabildiniz mi? Aşağıdaki **muhtemel sonuçlara** ne ölçüde katıldığınızı gösteren beşli ölçeği kullanarak her ifadenin hizasında bulunan rakamlardan uygun olanın üstüne lütfen (X) şeklinde işaret koyunuz.

| Hizmet İhalesinin Muhtemel Sonuçları | | Tamamen Katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|--------------------------------------|---|---------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|
| A | Hasta memnuniyeti arttı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B | Hizmet kalitesi arttı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C | Kurum personelinin sayısal yetersizliği giderildi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D | Hizmet verimliliği sağlandı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E | Teknolojik yeniliklere ulaşıldı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| F | Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanıldı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| G | Hastanenin imajı güçlendi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| H | Parasal tasarruf sağlandı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I | Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kuruldu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J | Kurumun öznel amacı olan hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayrıldı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| K | Diğer (Belirtiniz)..... | | | | | |

13. Deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, Hizmet İhaleleri uygulamalarında genellikle ne tür olumsuzluklarla karşılaşılmaktadır? Aşağıdaki **muhtemel olumsuzluklara** karşılık gelen ifadelere ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutunun içine lütfen (X) şeklinde işaret koyunuz(Bu soru cevaplandıktan sonra anket bitmiştir, teşekkür ederiz).

| Muhtemel Olumsuzluklar | | Tamamen katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|------------------------|---|---------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|
| a | Yönetim erkini paylaşmanın zorluğu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b | Hizmetin istenilen kalitede verilmemesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c | Hizmet denetiminin zorluğu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d | Hizmetin kendi kurumumuzca verilmesi halinde daha az maliyetli olması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e | Hastane imajının zedelenmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f | İnsan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki başlılığın olması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g | Diğer(Belirtiniz)..... | | | | | |

14. 2001 Yılı itibariyle kurumunuzda Hizmet İhalesi yapılmadı ise aşağıda belirtilen **muhtemel yapılmama neden ya da nedenlerine** ne ölçüde katıldığınızı gösteren ifadeleri okuyunuz ve her ifadenin karşısında yer alan beşli tutum ölçeğini kullanarak uygun rakamın üzerine (X) işareti koyunuz.

| Muhtemel Hizmet İhalesi Yapmama Nedenleri | | Tamamen Katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|---|--|---------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|
| a | Finansal (mali) kaynak yetersizliği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b | İhalelere talip olacak nicelikte (sayıda) firmaların olmaması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c | İhalelere talip olacak nitelikte firmaların olmaması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d | Hastanenin kendi imkanları ile daha iyi hizmet vereceğine olan yönetsel anlayışı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e | Hukuksal ve yasal alt yapının yetersizliği | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f | Hizmet ihalelerinde etkin bir denetim sisteminin yokluğu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g | Siyasal/politik faktörlerin etkisi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h | İhale sisteminin şeffaf olmaması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i | Diğer (Belirtiniz)..... | | | | | |

Anket bitti. Teşekkür ederiz.