

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Muharrem GÖZÜKÜÇÜK*
Yusuf ÇELİK**

ÖZET

Bu çalışma, kamu hastanelerinde dış kaynak kullanımı (DKK) yoluyla alınan sağlık hizmetlerinin, ihale sürecinde ve uygulama safhasında yaşanan sorunlar ile sıkıntıların neler olduğunu belirlemek ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre hastaneleri DKK uygulamasına iten en önemli nedenlerin, teknolojiye rahat ulaşmaları, hizmet kalitesini artırmaya yardımcı olması, hasta memnuniyetini artırması ve maliyetleri azaltması; en çok karşılaşılan sorunların, ihale prosedürlerinin uzun ve yorucu oluşu, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) ödemeleri geç yapması, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının düşük olması ve kamu ile özel sektör çalışanları arasında yaşanan iletişimsizliklerdir. Bu sorunlara yönelik en önemli çözüm önerilerinin ise hastanelerde tek tek şartname hazırlanması yerine ortak bir şartname hazırlanması, maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az hizmetler için il bazında tek elden hizmet alınması, hizmetlerin sonuç bazlı alınması gerektiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dış Kaynak Kullanımı, Kamu Hastaneleri, Satın Alma

Outsourcing Health Care Services In The Ministry Of Health Hospitals: Problems And Solutions

ABSTRACT

This study was conducted in order to outline the problems during bidding process and also the implantation phase in the outsourcing of some of the health services by the public hospitals and also to structure solutions to those commonly occurring problems. Depending on the findings of the survey, the major points to drive hospitals to use "outsourcing" approach are; -to access technology easily, - since it helps raising the quality of health care which is given, - since it increases the patient satisfaction levels and also it decreases the costs. On the other hand, depending on the findings of the survey the commonly faced problems are; - the long and tiring bidding processes, - late payments by the Social Security Institute (SGK), - the low prices of the Fee For Service Schedule of the SGK, - the communication problems between the public and private sector staffs. By the way the proposed solutions were; - instead of preparing bidding paper by each hospital, preparing a common bidding paper for all hospitals, - for the services which are heavy in terms of cost but low in number of patients to use that service should be bought from a single source in the municipality and it was also determined that the services should be bought result based manner.

Key Words: Outsourcing, Public Hospitals, Purchasing

* Uzm. Yard. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma Genel Müdürlüğü

** Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü

I. GİRİŞ

Dış kaynak kullanımı (DKK) en basit haliyle; “ Ürün ya da hizmetlerin örgüt dışı kaynaklardan tedarik edilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Koçel 1998). Bir başka tanıma göre DKK “Şirketin devamlılık arz eden bazı içsel faaliyetlerini ve karar haklarını, bir anlaşmaya bağlı olarak, dışarıdaki tedarikçi firma veya firmalara devretmesi” olarak ifade edilmektedir (Greaver 1999).

Dış kaynak kullanımı (DKK=Outsourcing) kavramı 1980’li yıllardan itibaren ilk olarak kullanılmaya başlansa da bir yönetim stratejisi ve iş modeli olarak 1990’lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. DKK, gelişmeye başladığı ilk yıllarda herhangi bir mal ve hizmeti içeride üretme yerine dışarıdan satın alma ile ilgili tüm faaliyetleri kapsayacak biçimde tanımlanmıştır. Aslında “üret-satın al” kararının avantaj ve dezavantajlara bakılarak verilmesi biçiminde özetlenmiştir. Ancak zaman içerisinde firmalar pazarda daha rekabetçi olmak için kendi en iyi yaptıkları işe odaklanıp, diğer konularda ise pazarda o işi iyi yapan diğer firmaların kaynaklarından yararlanmaya yönelmişlerdir. Böylelikle DKK operasyonel ya da taktik düzeyde basit bir satın alma kararı ve işleminden uzaklaşıp stratejik bir yönetim aracı olarak tanımlanmaya başlamıştır (Quinn, Hilmer 1994).

Daha kaliteli mal ve hizmet üretmek, müşterilerin artan ve çeşitlenen istek ve gereksinimlerine daha hızlı yanıt vermek, maliyetlerini aşağıya çekmek ve daha esnek ve dinamik bir örgütsel yapıya kavuşmak isteyen işletmeler için, kaynaklarını en iyi ve en rasyonel yaptıkları süreçlere ya da işlevlere odaklanıp bunların dışında kalan işlevlerini konuyla ilgili uzmanlaşmış tedarikçi firmalara devredebilmektedirler (Seymen 2001).

Günümüzde hastaneler yukarıda sayılan hizmetlerin yanı sıra laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri, sterilizasyon ve ameliyathane hizmetleri gibi bazı sağlık hizmetlerini de DKK yoluyla tedarikçi firmalara gördürmeye başlamıştır. Ülkemizde daha önce yapılmış literatür çalışmalarında sağlık hizmetleri dışında kalan diğer hizmetlerin (temizlik, güvenlik, bilgi işlem gibi) DKK yoluyla alınması ve uygulanması sırasında karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerilerine yönelik çalışmalar bulunurken, alınan sağlık hizmetlerine yönelik böyle bir çalışma bulunmamaktadır. Bazı sağlık hizmetleri ve destek hizmetlerinin birlikte irdelendiği çalışmalar mevcut olsa da sadece sağlık hizmetlerinin incelendiği çalışmalar değildir. Örneğin Yiğit’in 2004 yılında yaptığı “Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Hastane İşletmelerinde Uygulanması” çalışmasında temizlik, çamaşırhane, danışmanlık, hasta transfer, güvenlik, yemek ve tıbbi cihaz bakım onarım hizmetleri gibi faaliyetler üzerinde yoğunlaşmıştır. Yine Güngör’ün 2007 yılında yaptığı “Dış Kaynak Kullanımı (outsourcing): Kahramanmaraş’taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması” çalışmasında; güvenlik, çamaşırhane, bilgi işlem, bakım onarım, danışmanlık, personel taşıma, temizlik, yemek, finans ve yatırım ile muhasebe alanlarında yapılan faaliyetler irdelenmiştir.

Bu araştırma ile bu alandaki eksikliğin giderilmesi amaçlanmış olup, hastanelerimizde DKK yoluyla alınan sağlık hizmetlerinin ihale hazırlık aşamalarından uygulama aşamalarına kadar her safhasında karşılaşılan sorunlar ile bu sorunlara yönelik çözüm önerileri ortaya konulacaktır.

Araştırma üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde DKK kavramı, ortaya çıkışı ve gelişimi, avantajları ve dezavantajları, uygulama alanları ile temel yetenek kavramı hakkında kapsamlı bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde hastane işletmeleri ve hastane işletmelerinde DKK uygulamaları ile ilgili literatür bilgilerine yer verilmiştir. Son olarak üçüncü bölümde ise Ankara ilinde DKK uygulamasına giden on bir kamu hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğünde görev yapan

personelin DKK uygulamasına bakış açısı ve karşılaştıkları sorunlar ile bu sorunlara yönelik çözüm önerileri belirlenmeye çalışılmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Dış Kaynaklardan Yararlanma Kavramı ve Önemi

Dış kaynak kullanmak (to outsource) Oxford English Dictionary’de ilk kez 1979 yılında tanımlanmış bir kavramdır. Dış Kaynak Kullanımı (DKK) (Outsourcing) ifadesi de 1981 yılında Business Week’te çıkan bir makalede ilk kez kullanılmıştır. Oxford English Dictionary DKK’ı “Bazı mal ya da hizmetleri, bir sözleşme kapsamında organizasyonun dışındaki bir kaynaktan sağlama” olarak tanımlamaktadır (<http://tr.wikipedia.org/wiki/diskaynakkullanimi>).

Dış kaynak kullanımı kavramı, ilk olarak 1980’li yıllardan itibaren kullanılmaya başlansa da bir yönetim stratejisi ve iş modeli olarak 1990’lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. DKK ile ilgili çeşitli araştırmacılar, yazarlar ve kurumların yaptığı tanımlar aşağıda yer almaktadır:

- İşletmelerin temel yeteneklerine odaklanarak diğer faaliyetlerini bir başka işletmeden tedarik etmesidir (Momme 2002).

- “Şirketin devamlılık arz eden bazı içsel faaliyetlerini ve karar haklarını, bir anlaşmaya bağlı olarak, dışarıdaki tedarikçi firma veya firmalara devretmesi” dir. (Greaver 1999).

- Dış kaynak kullanımı, daha önce firma içerisinde yapılan/yönetilen bir işlemin ilgili insan kaynağı ile birlikte uzun süreli bir sözleşme kapsamında bir dış firmaya aktarılmasıdır (Quelin, Duhamel 2003).

Türkçe kaynaklarda “Dış kaynak kullanımı” terimi ile aynı anlama gelecek şekilde;

- Dış Kaynaklardan Yararlanma
- Outsourcing
- Dışsal Tedarik
- İşi Dışarıya Verme

terimleri de kullanılmaktadır. Türkçe literatürde DKK özellikle stratejik bir yönetim yaklaşımı olarak incelenmiş olduğundan Stratejik Dış Kaynak Kullanımı kavramı ile aynı anlamda tanımlanmıştır (Koçel 1998). Örneğin Arıcan’ın 2007 yılında hazırlanmış olduğu Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde Bilgi Teknolojilerinde Dış Kaynak Kullanımı adlı çalışmasında DKK’nın stratejik bir yaklaşım olduğu şu ifadelerle dile getirilmiştir: DKK sürecini geleneksel satın almadan ayıran özellikler vardır. Fonksiyon ya da hizmeti satın alan firma ile tedarikçi arasında is ortaklığı denilebilecek stratejik bir ilişki söz konusudur. DKK ilk ortaya çıktığında firmaların toplam çalışan sayısını azaltmak ve maliyet avantajı yaratmak için kullandıkları bir araç olarak algılanıyordu. Ancak günümüzde DKK yalnız maliyet azaltma amaçlı değil, operasyonel etkinliği arttırmak için de kullanılan stratejik bir iş yapma biçimi haline almıştır (SBS 7.12.2006, www.sbs.com.tr; Arıcan 2007).

Dış kaynak kullanımına, küresel kaynak kullanımı da denmektedir. Bu durum imalatçıların ürünlerini, daha ucuz hammadde ve tedarikçilerin olduğu ülkelerde yaptırması anlamına gelmektedir. Bir işletme anlaşmasını kendi ülkesindeki bir işletmeden alıp, 8000

mil uzakta bulunan Uzak Doğu'daki bir işletmeye verebilmektedir. Örneğin, Seagate Technology adlı firmanın başarısının temel nedeni bilgisayarlar için ürettiği hard-disclerin malzemelerini Asya'dan ucuza mal etmesinde yatmaktadır. Bu ürünler, tamamlandıktan sonra ise İngiltere'de satılmaktadır (Richard 1991).

Görüldüğü gibi son yıllarda firmalar artan rekabet koşullarında rakiplerine karşı üstünlük sağlayabilmek için değer zincirinde bulunan elemanların bazılarını rakiplerinden daha iyi, daha düşük maliyetle, daha hızlı veya daha kaliteli olarak yerine getirmeye çabalamaktadır. Böylece firmalar özellikle tüm enerjilerini temel yetenekleri üzerinde toplarken diğer işleri dış kaynaklara yaptırmayı bir işletme stratejisi olarak uygulamaktadırlar (Gençyılmaz, Zaim 2000). İşletmeler kendilerine rekabet avantajı sağlayan bu öz yetenek ile ilgili işlerin dışındaki tüm işleri, başka işletmelere yaptırmak suretiyle, yani Outsourcing yaparak, hem kaynak tasarrufu yapmakta hem yapı olarak küçülmekte (downsizing) ve yalın hale gelmekte ve hem de kendilerinin çok iyi bildiği iş üzerinde yoğunlaşma fırsatı bulmaktadır (Koçel 2003).

2.1.1. Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamasının Doğuşu ve Gelişimi

Dış kaynak kullanımının tarihsel gelişimine bakıldığında literatürde tam bir fikir birliğine varılamadığı ve farklı yazarların konuyu kendi ülkelerindeki gelişim boyutları ile ele aldıkları görülmektedir. Ancak, genel olarak bakıldığında, DKK'nın insanlık tarihi kadar eski olduğu ve yiyecek, araç ve ev gereçlerinin üretimi ve satışı ile başladığı söylenebilir.

Resmi olarak DKK'nın Roma döneminde vergi toplama işinin verimli ve sistematik bir şekilde yürütülmesi amacıyla yönetim dışına verilmesine kadar geriye gittiği düşünülmektedir. Sanayileşme hareketi ile daha da yaygınlaşarak birçok üretim alanında kullanılmaya başlamıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda ise ateşli silahlar için metal aksamların üretilmesi işlerinin dışarıdaki işletmelere verilmesi de diğer bir uygulama örneği olarak görülmektedir. İngiltere de sokak lambalarının bakımı, tutukluların taşınması ve kamu yollarının bakımı devlet yönetimleri tarafından özel işletmelere devredilmiştir. Yine 19. yüzyılda ABD'de ve Avustralya'da posta hizmetlerinin özel işletmelere verilmesi, Fransa'da demiryolları bakımı, yönetimi ve su depolarının idaresinin özel işletmelere verilmesi, devletin yönetim kurumları ile özel işletmeler arasındaki DKK ilişkilerine örnek oluşturmaktadır (Kakabadse, Kakabadse 2002).

Özel sektörde, 19. yüzyılda İngiltere'de metal üretim sektöründe dış kaynaklardan yararlanma uygulamaları konusundaki belgelere rastlanmaktadır. Kamu sektöründe ise, Avrupa ve Avustralya'da dış kaynaklardan yararlanma uygulamaları 150 yıl öncesine kadar götürülebilmektedir. Endüstri Devrimi'nden önce dış kaynaklardan yararlanma ilişkileri, üretim faaliyetleri üzerinde baskın bir rol oynamıştır. Fakat 19. yüzyılın ortalarından 20. yüzyılının son yirmi yılına kadar faaliyetlerin, işletmelerin kendi bünyelerinde yürütülmesi eğilimi yaşanmış ve dış kaynaklardan yararlanma girişimleri çok cılız bir şekilde cereyan etmiştir. Bu eğilimi kuvvetlendiren iki olay vardır. Bunlardan birincisi Kıt'a Avrupa'sında, Avustralya ve Yeni Zelanda'da devletin ekonomik faaliyetlere direkt müdahalesidir. Diğeri, hem kamu, hem de özel sektörde teknolojik gelişmelerin büyük ve yatay bütünlüşmüş şirketlerde yaşanmış olmasıdır" (Domberger 1998).

İlk uygulamaları yedek parça alanında Amerikan otomotiv sektöründe görülen dış kaynak kullanımı, günümüzde o kadar yaygınlaşmıştır ki, kuruluş amacı sadece outsourcing fonksiyonu görmek olan işletmeler kurulmuştur (Arslantaş 1999). İngiltere'de ilk kez 1982 yılında kullanılmış ve resmi sözleşmeye ilk kez 1988 yılında Wisconsin şirketi tarafından konulmuş olan outsourcing, ilk çıktığı yıllarda işletmelerin bakım, onarım, temizlik, dağıtım gibi ana faaliyet konuları dışında kalan alanlarında çok sınırlı olarak kullanılmıştır (Karahan

2009; Boone, Kurtz 1996). Ancak günümüzde imalat faaliyetlerinden tasarım, pazarlama, insan kaynakları, finans, reklam, yemek, taşıma, halkla ilişkiler ve AR-GE'ye kadar pek çok faaliyet alanı artık dış kaynağa aktarılmaktadır (Tezel 1998).

DKK'nın günümüzde popüler bir yönetim düşüncesi olmasının temelinde ise, 1990'lı yılların başında Amerikan ekonomisinde başlayan ve diğer ülkelere de yayılan ekonomik durgunluk ve aşırı rekabetçi iş çevresi ortamı yatmaktadır. İşletmeler faaliyetlerini modernize etmek ve rekabet güçlerini artırmak için temel yeteneklerine odaklanarak ana faaliyet konuları dışında kalan faaliyetlerini dışarıdaki işletmelere devretmişlerdir (Corbett 2004).

Türkiye'de, DKK şeklindeki yönetim uygulamalarının en eski ve yaygın örneği taşeronluktur. Ayrıca, fason üretim uygulamaları da bir başka DKK örneğini oluşturmaktadır. Bunlardan başka, artık günümüzde çok az işletme personel taşıma hizmetini ve yemek pişirme hizmetini kendileri yapmaktadırlar (Ertürk 1998). DKK uygulamalarının son yıllarda Türkiye'de de önem ve yaygınlık kazanmasının nedeni, artan rekabet, globalleşme ve bilgi teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak işletmelerin rekabet güçlerini artırmak endişesi olmuştur (Koçel 2001).

2.1.2. Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Uygulama Alanları

Son yıllarda, birçok endüstride çeşitli alanlarda aktif bir biçimde dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına rastlanılmaktadır. İşletmelerin günümüzde yaygın olarak dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına gittikleri faaliyetler ve alanlar şöyle sıralanabilir (Greaver 1999; Gökdere 2000):

- Bilgi sistemleri, telekomünikasyon,
- Hammadde tedariki, stoklama ve dağıtımı,
- Halkla ilişkiler,
- Pansiyon yönetimi,
- Doküman işleme (posta hizmetleri vb.),
- Muhasebe, vergi hizmetleri, iç denetim,
- Güvenlik hizmetleri,
- Tarımsal hizmetler,
- İnsan kaynakları,
- Müşteri hizmetleri,
- Temizlik hizmetleri,
- Taşıma hizmetleri,
- Tesis yönetimi,
- Kütüphane hizmetleri,
- Yönetim hizmetleri.

Yeniden yapılanan modern organizasyonlarda dış kaynaklardan yararlanma faaliyetleri büyük bir hızla devam etmektedir. En büyük otomobil üreticilerinden, petrol şirketlerine; Amerikan hükümetinden, Avustralya ve Avrupa'ya kadar birçok alanda dış kaynaklardan yararlanma faaliyeti gözlenmektedir. Dış kaynaklardan yararlanmanın modern organizasyonlara etkisi oldukça kuvvetli ve yaygındır (Corbett 2004).

Türkiye'de DKK uygulamasının çok bilineni "personel taşıma servisi" ile "yemek temin hizmetleri"dir. Pek çok işletme kendi servis araçlarına sahip olmak yerine esas işi taşımacılık olan başka işletmelerin hizmetinden yararlanmaktadır. Aynı şekilde pek az işletme kendi bünyesinde yemek pişirip personeline yemek servisi vermektedir. İşletmelerin çoğu bu hizmeti dışarıdan başka işletmelerden, uzmanlık alanı yemek pişirme

ve servis olan işletmelerden almaktadır. Bunlara ek olarak çeşitli mühendislik işlerinin, imalat ve montaj işlerinin, güvenlik işlerinin, esas işleri (uzmanlıkları, temel yetenekleri) bu konular olan işletmelere yaptırılması sayılabilir (Koçel 2001).

2.1.3. Dış Kaynaklardan Yararlanma Nedenleri

İşletme yönetiminde dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarının kullanılmaya başlanmasının en belirgin nedeni kuşkusuz işletmelerin temel yeteneklerine bağlı olarak geliştirdikleri stratejiler ile rekabete dayanan üstünlüğe ulaşma ihtiyaçlarıdır. İşletmeler kendilerine rekabet avantajı sağlayan temel yetenek ile ilgili işleri dışında kalan tüm işleri, başka işletmelere yaptırmak suretiyle, hem kaynak tasarrufu sağlamakta, hem yapı olarak küçülmekte ve yalın hale gelmekte hem de kendilerinin çok iyi bildiği iş üzerinde yoğunlaşma fırsatı bulmaktadırlar.

İşletmeler, kendi temel yetenekleri üzerine yoğunlaştıkça dış kaynaklardan yararlanma artmakta, dış kaynaklardan yararlanma arttıkça ortaklık ve şebeke organizasyonları geliştirmekte ve işletmeler küçülerek daha esnek ve çabuk hareket eder hale gelmektedirler. Dış kaynaklardan yararlanma nedenleri içsel ve dışsal nedenler olmak üzere iki genel başlık altında toplanabilir. Bu nedenler aşağıda kısa başlıklar halinde kısaca tartışılmaktadır.

2.1.3.1. İçsel Nedenler

İşletmeleri DKK uygulamasına yönelten sebepleri aşağıdaki şekilde ifade edebiliriz.

a) Maliyetlerin Azalması

Eğer işletmenin ihtiyaç duyduğu girdilerin maliyeti dışarıda çok daha düşük ise bu durumda DKK gerekli hale gelir. Hatta DKK sonucunda maliyet dışında zaman ve kalite açısından da kazanımların olması muhtemeldir (Coşkun 2002). Dış kaynaklardan yararlanma düşüncesinin arkasındaki en açık sebep, daha düşük maliyetle, daha yüksek kalitede, daha iyi hizmeti sağlayan bir ortak ile anlaşarak önemli ölçüde maliyetleri azaltmaktır (Karacaoğlu 2001).

b) Esnekliğin Artması

İşletmelerin, çevredeki ani değişimlere ayak uydurabilmesi için esnek bir yapıya sahip olması gerekmektedir. İşletmelerin, dış kaynaklardan yararlanma faaliyetlerini arttırmaları örgüt yapılarının küçülmesini ve yalın hale gelmesini sağlayacaktır. Küçülmenin sonucu olarak işletmeler, daha çabuk karar alabilen, çevredeki değişimlere hemen reaksiyon verebilen, müşterinin ihtiyaçlarını daha çabuk gerçekleştirebilen esnek birimler haline geleceklerdir (Arslantaş 1999).

İşletmelerin DKK ortağı beklentileri karşılayamıyorsa bu durumda bir başka firma ile anlaşma şansı vardır. Bu da işletmelere beklentilerini karşılamada esneklik sağlamaktadır (Coşkun 2002).

c) Küçülme (Downsizing)

İşletmeler, kendilerine rekabet avantajı sağlayan temel yetenekleri ile ilgili işlerin dışındaki tüm işleri başka işletmelere yaptırmak suretiyle, yani dış kaynaklardan yararlanarak, kaynak tasarrufu sağlamakta, yapı olarak küçülmekte ve yalın hale gelmekte hem de kendilerini çok iyi bildiği iş üzerinde yoğunlaşma fırsatı bulmaktadırlar (Koçel 2001).

İşletmeler küçülerek; maliyetleri düşürme, karar sürecini hızlandırma, rakiplerin davranışlarına daha kısa sürede cevap verebilme, haberleşmedeki bozulmaları azaltma, daha çok sonuca dönük çalışır hale gelme, işletme içi süreçlerden çok müşteri ihtiyaçlarına odaklanma, güçlendirmeyi hızlandırma, verimliliği artırma, yeni fikirlerin kısa sürede uygulanmasını sağlama, sinerjiyi artırma ve kişisel sorumlulukları daha kolay izlemek gibi özellikler kazanmaktadırlar. Bu amaçları gerçekleştirmek içinse, bilinçli olarak (planlı ve sistemli olarak), yapılmakta olan işleri, çalışan sayısını, örgütteki mevki ve hiyerarşik kademeleri azaltmaktadır. Bu anlamda küçülme ile dış kaynaklardan yararlanma yakından ilişkilidir (Sibson 1991; Koçel 1998).

d) Nakit Akışının Sağlanması

DKK, müşteriden tedarikçiye varlıkların transferini de kapsamaktadır. Yapılan işlemler ve aktiviteler içinde kullanılan ve onlara bir değer ilave eden tüm lisans, teçhizat ve diğer yardımcı araçlar, DKK ile satıcıya veya son üreticiye satılmaktadır. Son üretici bu varlıkları kullanarak başka müşterilere değişik hizmetler temin etmektedir. Bu şekilde ilk önce son üreticiden DKK uygulayan kuruma, daha sonra ise son tüketiciden son üreticiye bir nakit akışı meydana gelmektedir (Gençyılmaz, Zaim 2000).

e) Fonksiyonu Yönetmenin Zor ve Kontrol Dışı Olması

Bu durumlarda DKK problemin çözümü için etkin yöntemlerden biridir. Yönetimin sorumluluğundan feragat etmesi anlamını taşımaktadır. Bu durumda yapılan bir DKK uygulamasının başarılı olması pek mümkün gözükmemektedir (Gençyılmaz, Zaim 2000).

f) Temel Yeteneklere Odaklanması

DKK'nın esas nedeni kendi öz yeteneklerini daha etkin kullanabilecekleri yeni teknolojiler sağlama, yeni bilgilere ulaşma olarak da ele alınabilir. Bir inşaat işletmesinin, temel yeteneği tasarım olan başka bir işletmeden bu tasarım hizmetini alması, yani DKK uygulaması, bu inşaat işletmesine tasarım ile ilgili yeni teknolojilere, bilgiye ve çağdaş gelişmelere ulaşma imkânı verecektir. Tasarım işinde uzmanlaşmış olan işletme de, inşaat işletmesinin daha başarılı olmasına yardım edecektir (Koçel 2003).

g) Riski Azaltma

İşletmeler, riskten hoşlanmadıklarından dolayı, belirsizliklerle karşılaştıkları zaman riski azaltmak veya riski paylaşmak için yeni yöntemler bulmaya çalışmaktadırlar. Bu gibi durumlar için, DKK uygulamasını önemli bir alternatif olarak görmektedirler (Looff 1997).

Özellikle proje yönetimi hatalarının yapılması, yanlış teknoloji seçimi, kaynak yetersizliği, hedef yönetiminin olmaması gibi sebepler, iş süreçlerinde maliyetleri oldukça arttırmaktadır. Bu gibi durumlarda dış kaynak kullanımı uygulamalarına gidildiğinde alınan risk işletmenin riski olmaktan çıkarak dış kaynak hizmetini sağlayan firmanın sorumluluğu altına girmektedir (İşçi 2004).

h) Kaynakların Yeniden Dağıtımı

Her işletmenin sınırlı kaynakları bulunmaktadır. Dolayısıyla, işletmeler bu sınırlı kaynaklarını en iyi şekilde değerlendirmek isterler. Dış kaynaklardan yararlanma ile işletmeler sahip oldukları kaynakları en ekonomik biçimde kullanırlar. Böylece işletmeler kaynaklarını, önem taşımayan fonksiyonlardan müşteriye hizmet verebilecek kritik

fonksiyonlara yönlendirme imkânına kavuşmuş olur. İşletme, kaynaklarını kendisine değer yaratan fonksiyonlara yönlendirirken tamamen müşteri üzerine odaklaşma fırsatı bulur (Greenemeier 2002).

i) Vizyon Oluşturulması

Yönetim ve işletme yazınında yaygın olan görüşe göre DKK, geleceğe ilişkin eğilimi yansıtmaktadır ve işletmeler bu eğilimin olumlu sonuçlarını hâlihazırda almaya başlamışlardır. Değişik kuruluşlarca yapılan çalışmalara göre incelenen işletmelerin % 93'ü gelecek üç yıl içerisinde DKK yoluna gideceklerini belirtirken, hâlihazırda DKK uygulayan işletmelerin % 91'i elde ettikleri sonuçlardan memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Coşkun 2002).

ı) Yatırım Harcamalarını Azaltma

Dış kaynaklardan yararlanarak gerçekleştirilebilecek faaliyetleri öz kaynaklarla gerçekleştirmek, yatırım giderleri, işçilik ve bakım giderleri gibi sermaye ve işletim harcamalarına neden olacaktır. İşletmeler ellerindeki sermayeyi gerçek işlerine (en iyi bildikleri iş) harcamayı tercih ederler. Bu da, yatırımlarının azalmasına ve karlılığın artmasına katkıda bulunur (Arsoy 2001).

j) Kaliteyi Arttırma

Birçok işletme dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarını, toplam kalite yönetimi tekniklerinden biri olarak kullanmaktadır. İşletmeler, seçilmiş bir tedarikçi firma ile dış kaynaklardan yararlanarak herhangi bir fonksiyon için kolayca istediği kalite seviyesine ulaşabilir. Dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarının bir kalite sistemi olarak başarılı olabilmesi ancak işletmenin temel yetenekleri dışındaki faaliyetleri, kendisinden daha kaliteli yapacak tedarikçi firmalar bulması ile mümkündür. Bunun için tedarikçi firmaların yaptıkları işte uzman olmaları ve işletmenin ihtiyaçlarını sağlayacak bir süreç yapısına sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca şu unutulmamalıdır ki dış kaynak kullanımı sonucunda kalitede ve üretimde mutlaka potansiyel kazanımlar açığa çıkacaktır (Corbett 1996; Arslantaş 1999).

2.1.3.2. Dışsal Nedenler

Bir işletmeyi DKK uygulamasına yönelten değişik çevresel tehditler vardır. Yapılan çalışmalarda bunların başlıca dört grupta toplanmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (Coşkun 2002).

a) Rakiplerden Kopmama

Çevresel şartlarda değişimin hızlı olmamasına karşın işletme rakiplerinden geride kalmış olabilir. Bu durumlarda işletmenin rakiplerinden kopmaması için yeni beceriler geliştirmesi gerekir DKK uygulaması da bunlardan biridir.

b) Değişen Değer Zinciri

Rekabetçi bir ortamda işletmenin değişen müşteri beklentilerine cevap vermesi gerekir. Müşteri beklentilerinin değişmesiyle birlikte işletmeye değer katan faaliyetlerin nitelikleri ve işletmeye katkı oranları, yani değer zinciri değişir. Değişen değer zincirinin olması durumunda işletmenin eski temel yetenekleri ikincil (çevre) nitelik kazanmaya

başlar. Bu durumda işletme enerjisini yeni görevlere odaklar, eski temel yeteneklerini DKK'ye devreder. Bu şekilde birim maliyetleri düşürüp daha esnek bir ortaklık yapısının sunduğu üstünlüklerden faydalanır.

c) Teknolojik Sıçrama

Yeni teknolojiler sebebiyle işletmenin temel yeteneklerini yapma biçimi eskir ve ikincil nitelik kazanmaya başlar. Bu noktada işletmenin rekabette var olabilmesi için ya yeni becerileri geliştirmesi ya da bunları dışarıdan sağlaması gerekir. Eğer içeride temel yetenek haline getirilemeyen alanlar varsa bunlar dışarıya kaydırılmalı, işletme enerji ve kaynaklarını rekabet üstünlüğü sağlayacak yeni alanlara odaklamalıdır.

d) Yeni Pazarlara Açılma

Teknoloji ve müşteri taleplerinde meydana gelen hızlı değişimlere bağlı olarak işletme için yeni pazar alanları doğar. Ancak işletme bu pazarlara etkin bir şekilde girmek için ne teknolojiye ne de bir müşteri dayanağına sahiptir. Bu durumda rekabetteki bütün işletmeler benzeri konumdadır ve işletmenin etkin temel yetenek alanları geliştirebilmesi için network tipi örgütlenme mantıklı gözükmektedir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Yöntemi

Kamu hastanelerinde dışarıdan temin edilen sağlık hizmetlerinin (ameliyathane, radyoloji, sterilizasyon, laboratuvar gibi) alımı ve uygulanması sırasında kamunun ve özel sektörün karşılaştığı sorunların tanımlanmasına ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır.

Dış Kaynak Kullanımının (DKK) yaygınlaştığı günümüzde hastane yöneticileri stratejik anlamda özel sektöre gördükleri faaliyetlerin fayda ve zararları ile aksayan yönleri ve problemlerini her aşamada kontrol etmek ve bu sorunları ortadan kaldırmak zorundadırlar. Bu çalışma ile yöneticiler hastanelerinde var olan veya olabilecek sorunları görebilecek ve bunlara yönelik çözümler geliştirebileceklerdir.

Araştırmaya, Ankara'da faaliyet gösteren 11 Sağlık Bakanlığı Hastanesi, İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Uygulama Tebliği ve Mevzuatı Şubesi'nde dış kaynak kullanımı konusunda sorumluluğu ve tecrübesi olan çalışanların yanısıra dış kaynak kullanan hastanelerde çalışan özel sektör temsilcileri katılmışlardır.

Kamu hastanelerinde dışarıdan temin edilen sağlık hizmetlerinin alımı ve uygulanması sırasında karşılaşılan sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri nelerdir? Bu temel problem cümlesini daha iyi tanımlayabilmek amacıyla aşağıda yer alan alt problem cümlelerine cevap aranmıştır:

1. Kamu hastanelerini DKK uygulamasına iten nedenler nelerdir?
2. Sağlık hizmetinin dışarıdan temini sırasında karşılaşılan sorunlar nelerdir?

3. DKK yoluyla satın alınan hizmetlerin sunumu sırasında hangi durumlarla karşılaşılmaktadır?

4. DKK yoluyla satın alınan sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaşılan sorunlara yönelik ne tür çözüm önerileri sunulabilir?

Ayrıca hastaneleri DKK uygulamasına iten nedenleri, karşılaşılan sorunlar, hizmetlerin sunumu sırasında karşılaşılan durumlar ve çözüm önerileri konusunda araştırmaya katılanların;

- İdari görevi olup olmamasına,
- Çalışma şekline,
- Yaş gruplarına göre değişip değişmediği de araştırılmıştır.

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir saha araştırmasıdır. Araştırmada verileri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Araştırma anketi 2 aşamada oluşturulmuştur.

Birinci aşamada, anket formunun temelini belirleyecek soruların oluşturulabilmesi için pilot hastane olarak belirlenmiş olan Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi ve Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanelerinden DKK yöntemini bilen en az bir yöneticiyle, Kamu Hastanelerine hizmet satan özel sektör temsilcileri ve Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden bir öğretim üyesi ile yaklaşık 3 hafta süren yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde, hastanelerinde DKK uygulamaları olup olmadığı varsa hangi alanlarda bu uygulamaların yapıldığı, bunların avantaj ve dezavantajları bu alanda karşılaşılan sorunlara yönelik çözüm önerileri hakkında görüşleri elde edilmiştir.

Birinci aşamada yapılan görüşmeler sonrasında anket formunda yer alacak sorular belirlenmiştir. Görüşmecilerden elde edilen görüşlerin dört ana başlık altında toplanabileceği tespit edilmiştir. Hazırlanan taslak anket formu genel anlamda uygulanmadan önce DKK uygulamasını bilen bazı çalışanlara uygulanarak sorulara yönelik tepkiler ölçülmüş ve gelen tepkilere göre son değişiklikler yapılarak uygulanacak anket formu oluşturulmuştur.

Anket geçerlilik ve güvenilirlik testi bu anket formuna uygulanmamıştır. Çünkü çalışmanın temeli, belli bir gruptan alınan görüşlere, DKK uygulamasında rol alan insanların ne kadar katılıp katılmadıklarını ölçme amacına dayanmaktadır. Kişisel algılar bu çalışmada sorgulanmamıştır.

İkinci aşamada, birinci aşamada geliştirilen anket formu, 11 hastane ve Sağlık Bakanlığının ilgili birimlerinde (Ankara Sağlık Müdürlüğü ve bir Ağız Diş Sağlığı Merkezi) çalışan ve DKK konusunda tecrübeli ve sorumlu olan toplam 180 kişiye dağıtılmış ancak anketlere cevap veren 146 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma kapsamında katılımcıların görüşleri, ortalama, standart sapma, yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistikler ile incelenmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bilgiler değerlendirilerek yoruma tabi tutulmuştur.

IV. ARAŞTIRMA BULGULARI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırmaya toplam 146 kişi katılmıştır. Bu katılımcıların, %9,6'sı Sağlık Bakanlığında birimlerde, %10,3'ü Ankara Sağlık Müdürlüğünde, %80,1'i ise kamu

hastanelerinde görev yapmaktadır. Hastanelerin hizmet satın aldıkları özel sektör çalışanlarından araştırmamıza katılan katılımcılar, hizmet verdikleri hastaneler içerisinde değerlendirilmiş olup, toplam hastane katılımcılarının %8,2'sini oluşturmaktadırlar.

Tablo 4.1' de görüldüğü gibi, katılımcıların %29,5'ini kadınlar oluştururken, %70,5'ini ise erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	43	29,5
Erkek	103	70,5
Toplam	146	100,0

Eğitim durumu açısından, katılımcıların büyük çoğunluğunu %69,2 ile üniversite mezunları oluştururken, bunu %17,1 ile lise mezunları, %12,3 ile yüksek lisans mezunları ve %1,4 ile de doktora ve üstü mezunlar takip etmektedir. Her ne kadar tıpta uzmanlık yapmış olan hekimler satın alma biriminde çalışmış olmasalar da, çalıştıkları birimler (Radyoloji, laboratuvar) itibariyle DKK ile ilişki içerisindeyler.

Tablo 4.2. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lise	25	17,1
Üniversite	101	69,2
Yüksek Lis. ve Doktora	18	12,3
Tıpta Uzmanlık	2	1,4
Toplam	146	100,0

Katılımcıların çoğunluğunun evlilerden (%70,5) oluştuğu görülürken, bu oran bekârlarda %29,5 olarak görülmektedir.

Tablo 4. 3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	103	70,5
Bekâr	43	29,5
Toplam	146	100,0

Yönetmel görevleri açısından baktığımızda ise ankete katılanların %77,4'ünün herhangi bir idari görevi olmadığı görülürken, %22,6'sının ise bir yönetmel görevi olduğu görülmektedir. İdari görevleri olanların %8,1'ini ise hastane müdür yardımcıları oluşturmaktadır.

Tablo 4.4. Katılımcıların İdari Görevlerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İdari görevi yok	113	77,4
İdari görevi var	33	22,6
Toplam	146	100,0

Çalışma şekli açısından incelendiğinde, katılımcıların %89,7'si gündüz çalışırken, %10,3'ü ise sürekli olarak değişen vardiyalarda çalışmaktadırlar.

Tablo 4.5. Katılımcıların Çalışma Şekline Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gündüz	131	89,7
Nöbet	15	10,3
Toplam	146	100,0

Katılımcıların mesleklerine baktığımızda, en fazla katılım gösteren meslek grubunun %30,9 ile sağlık memurları olduğu, bunu %14,4 memurlar takip etmektedir. Hemşirelerin katılım oranı %6,2 iken hastane müdür yardımcılarının katılım oranı %5,5'tir. Katılımcıların %38'i sağlık personeli değilken, %62'si sağlık personelidir.

Araştırmamıza katılan katılımcılardan %62'si sağlık personeli iken (idari birimlerde ve satın alma birimlerinde çalışanlar dâhil), sağlık personeli olmayanların oranı %38'dir. Katılımcıların çalıştıkları bölümlere baktığımızda, hastane idaresinde görev alan yöneticiler ile buralarda görev yapan memurların oluşturduğu idari birimlerde çalışanların oranı %19 olarak görülmekteyken, satın alma ve ihale birimlerinde çalışan memurlar ile bu birimlerden sorumlu kişilerin dâhil edilmesiyle oluşturulan satın alma ve ihale birimlerinde çalışanların oranı %69'dur. Son olarak hastanenin radyoloji, laboratuvar ve diğer kliniklerini içerisinde barındıran klinik birimlerde çalışanların oranı %12 olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu oranlar tablo 4.8'de görülmektedir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı

Çalışılan Bölüm	Sayı (n)	Yüzde (%)
İdari birimler	28	19
Satın alma ve ihale birimleri	100	69
Klinik birimler	18	12
Toplam	146	100

Ankete katılanların yaş dağılımına baktığımızda en küçük katılımcının 22 yaşında, en büyük katılımcının ise 64 yaşında olduğu görülmekte olup, genel yaş ortalaması ise 33,2'dir (+/-6,64 yıl). Anket formundaki değerlendirmelerde yaş ortalaması, ortalama yaş ≤ 33 ve ortalama yaş > 33 şeklinde ifade edilecektir.

Katılımcıların çalışma sürelerine baktığımızda en az çalışanın çalışma süresi 6 ay olarak görülürken, en fazla çalışanın katılımcının çalışma süresi 40 yıl olarak görülmektedir. Ortalama çalışma süresi ise 11,56 yıl olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumda çalışma süresi

olarak ise en az çalışan 1 ay çalışmış iken, en fazla çalışan 40 yıl çalışmış olarak görülmektedir. Ortalama kurumda çalışma süresi ise 6,54 yıl olarak görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı Birimleri ile Ankara Sağlık Müdürlüğü ile birlikte DKK uygulaması yoluyla hizmet alımı yapmayan hastanelerin oranı %13,7'dir. Bunun yanında sadece laboratuvar hizmeti alanların oranı % 39,7 iken, sadece görüntüleme hizmeti alanların oranı %33,6'dır. Sterilizasyon hizmeti alanların oranı %13,7 ve ameliyathane hizmeti alanların oranı ise %0,7'dir.

V. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular mevcut literatür çerçevesinde tartışılacaktır. Bu kapsamda öncelikle kamu hastanelerini DKK'ya iten nedenleri, bu yolla alınan hizmetlerin temini sırasında ve uygulama aşamasında karşılaşılan sorunlar ve durumlar ile bunlara yönelik çözüm önerilerinin neler olduğu, daha önce yapılmış çalışmalardan farklılık gösterip göstermediği ortaya konacaktır.

5.1. Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Temin Edilme Nedenlerinin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında, hastaneleri, DKK uygulamasına iten nedenler incelendiğinde, ilk sırada; "hastanelerin ulaşamadıkları teknolojiye daha rahat ulaşabilmeleri gelirken (%95,9), 2. sırada, hastanelerin, tıbbi cihazların kalibrasyonu, yedek parça ve sarf malzeme temini çabalarına daha az zaman, para ve kaynak ayırmaları (%94,5), 3. sırada, hastaya verilen randevu sürelerinin kısalması (%93,8) gelmektedir.

Karahan'ın 2000 yılında yaptığı çalışmada (n=85), araştırmaya katılan yöneticilerin %81,2'si hastaneleri DKK uygulamasına iten ilk nedenin maliyetlerin azaltılması olduğu görüşünü savunmuşlardır. Yine aynı çalışmada 2. sırada, %72,5'lik katılım ile verimliliği artırmak gelirken, 3. Sırada %60 ile mevcut kalitenin artırılması gelmektedir. Yine Yiğit'in 2004 yılında yaptığı çalışmada, hastane işletmelerini DKK uygulamasına iten ilk neden %86,6 ile maliyetlerin azaltılması olarak karşımıza çıkarken, 2. neden olarak hizmet kalitesinin artırılması (%70), 3. neden olarak da esnekliğin artırılması ve risk paylaşımı görülmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde, hastaneleri DKK uygulamalarına iten ilk etmenin genellikle maliyetlerin azaltılması olduğu görülürken, bizim çalışmamızda ilk etmen olarak hastanelerin ulaşamadıkları teknolojiye daha rahat ulaşmaları gelmektedir. Örneğin Yiğit'in 2004 yılında yapmış olduğu çalışma da maliyetlerin azaltılması ilk öncelik olarak karşımıza çıkarken bizim çalışmamızda 8. etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni, kamu hastanelerinin kar amaçlı çalışan işletmeler olmamaları olabileceği gibi, çalışanların önceliğinin hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini artırmak istemesi de olabilir. Çetinkaya'nın 2005 yılında yaptığı çalışmada da maliyetlerin son sıralarda olduğu görülürken, ilk sıralarda hizmet ve kalite artırılması gelmektedir.

Tablo 5.1. Sağlık Dışarıdan Temin Edilme Nedenlerinin En Yüksek Katılım Derecelerine Göre Sıralanması

	Toplam Katılımcı Sayısı	Hiç Katılmıyor um (%)	Katılıyor um (%)	Toplam
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile hastaneler ulaşamadıkları teknolojiye daha rahat ulaşabilmektedirler	146	4,1	95,9	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile hastaneler, tıbbi cihazların kalibrasyonu, yedek parça ve sarf malzeme temini çabalarına daha az zaman, para ve kaynak ayırmaktadır	146	5,5	94,5	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması, hastalara verilen randevu sürelerini kısaltmıştır	146	6,2	93,8	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması hasta memnuniyetini olumlu etkilemektedir	146	7,5	92,5	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması kamu sağlık personeli sayısını ve kamuya memur alımını azaltacaktır	146	9,6	90,6	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile personel giderleri düşmektedir	146	12,3	87,7	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması, hem devlet hastaneleri hem de özel sektör için karlı bir işittir.	146	13,7	86,3	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması hastanenin girdi maliyetlerini düşürmektedir	146	13,7	86,3	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması, personel etkililiği ve verimliliğini artırmıştır	146	21,2	78,8	100

Bunun yanı sıra çalışmamızda yöneticilerin özellikle üzerinde durduğu ve fikir birliği yaptığı, tıbbi cihazların kalibrasyonu, yedek parça ve sarf malzeme temini çabalarına daha az zaman, para ve kaynak ayrıldığı görüşü, maliyetleri azaltıcı bir etmen olduğundan, literatürdeki diğer çalışmalarda ilk neden olarak görülen maliyetlerin azaltılması görüşünü de desteklemektedir.

Genel olarak kamu hastanelerini DKK uygulamalarına iten nedenleri incelediğimizde, sosyo-demografik değişkenlerden, çalışma şekli, yaş grupları ve yönetsel pozisyona sahip olmanın bu nedenlere katılımın azlık ya da çokluk derecelerine herhangi bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

5.2. Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Temini Sırasında Karşılaşılan Sorunların Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan hastanelere, DKK uygulaması sırasında karşılaştıkları sorunlar sorulmuş ve alınan cevaplar analiz edilmiştir. Buna göre katılımcıların %97,3'ü hem ihale prosedürlerinin yorucu olduğunu hem de hastanelerin nakit sıkıntısı nedeniyle firmalara ödemelerini geciktirdiklerini ifade etmişlerdir. Bunu %96,6 ile ödemelerin süresi ve koşullarının uygun olmaması nedeniyle, sağlık hizmeti alımının ve rekabetin olumsuz etkilendiği görüşü takip etmektedir. Üçüncü sırada katılımcıların %95,2'si SUT fiyatlarının yetersizliğinden yakınırken, dördüncü sırada, %94,5'i satın alma ihale sürecinin çok uzun olduğundan yakınmaktadır. Koçel (1998), dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarının oluşturduğu ilk tehlikenin işletmenin dış kaynak sunucusu firmaya aşırı bağlanması olduğunu ifade ederek, başlangıçtaki bekleyişin aksine, dış kaynaklardan yararlanan işletmenin esnekliğini kaybedebileceğini ve tedarikçi firmanın fiyat, termin vb. koşullarına

uymak zorunda kalabileceğini ifade eder. Böylece rekabet avantajı sağlayacağı düşünülen bir uygulamanın işletme için tehlike oluşturan bir unsur haline gelebileceğini söyler. Bu görüşte araştırmamız sonucunda ortaya çıkan, rekabetin azalması ve esnekliğin azalması görüşünü desteklemektedir. Yukarıdaki sorunlar incelendiğinde -özellikle hastane yöneticilerinin fikir birliği yaptıkları- ihale süreci, SUT fiyatları ve ödeme sürelerinin yetersiz olduğu görülmektedir.

Tablo 5.2. Katılımcıların, Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Temini Sırasında Karşılaştıkları Sorunların En Yüksek Katılım Derecelerine göre Sıralanması

	Toplam Katılımcı Sayısı	Hiç Katılmıyorum (%)	Katılıyorum (%)	Toplam
İhale prosedürleri oldukça yorucudur.	146	2,7	97,3	100
Hastanelerin nakit sıkıntısı firmalara yapılan ödemelerin gecikmesine neden olmaktadır.	146	2,7	97,3	100
Kamunun özel sektöre yaptığı ödemelerin süresi ve koşullarının uygun olmaması sağlık hizmeti alımını ve rekabeti olumsuz etkilemektedir.	146	3,4	96,6	100
Dış kaynaktan sağlık hizmeti alımlarında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları bu hizmetlerin satın alınması için yeterli değildir.	146	4,8	95,2	100
Satın alma ihale süreci çok uzundur.	146	5,5	94,5	100
Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında iletişim problemleri yaşanmaktadır.	146	6,8	93,2	100
Sağlık hizmeti alım sözleşmeleri yeterince esnek değildir.	146	6,8	93,2	100
SGK'nın, hastanelere geri ödemeyi geç yapması bazı sağlık hizmeti alımlarına (ilaç ihaleleri gibi) firmaların teklif vermesini engellemektedir.	146	6,8	93,2	100
Bu uygulama ile özel sektör yeterli niteliklere ve şartlara haiz personel çalıştırmamaktadır.	146	8,2	91,8	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması uygulaması, sağlık hizmetleri piyasasında firma tekelleşmesine yol açacaktır.	146	8,2	91,8	100
Şu anda belli alanlarda (görüntüleme, laboratuvar gibi) alınan sağlık hizmetleri, gelecekte bütün hastane hizmetleri için yaygınlaşacak ve hastaneler peyderpey özelleştirilecektir.	146	8,9	91,1	100
Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında uyumsuzluk ortaya çıkmaktadır.	146	9,6	90,4	100
Firmalarla yapılan anlaşma sürelerinin uzunluğu bu firmaların performansını ve hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.	146	9,6	90,4	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması uygulaması eğitim araştırma hastanelerinde asistan eğitimi ve çalışmasını olumsuz etkilemektedir.	146	10,3	89,7	100
Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında kamu çalışanları lehine ast-üst ilişkisi doğmuştur.	146	11,6	88,4	100
Özel sektör çalışanlarının hakları, bu uygulama ile kamu tarafından korunmamaktadır.	146	14,4	85,6	100
Hastaların özel sektör çalışanlarından hizmet aldığı bilmesi hasta-çalışan ilişkilerini olumsuz etkilemektedir.	146	16,4	83,6	100
Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanlarının aynı ortamda çalışmaları verimsizliği artırmaktadır.	146	19,9	80,1	100

Genel olarak sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması sırasında karşılaşılan sorunların alt boyutlarını etkileyen sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde; çalışma şekli ve yönetsel pozisyona sahip olmanın bazı sorunlar üzerinde etkili olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların idari görevi olup olmaması, alınan hizmetlerin temini sırasında karşılaşılan sorunlara bakış açısını etkilemektedir. İdari görevi olanlar, hizmet alımı dolayısı ile kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında kamu çalışanları lehine üst-üst ilişkisi doğduğu görüşüne, idari görevi olmayanlara göre daha olumlu bakmaktadırlar ($p=0,008$). Bunun nedeni özel sektör çalışanlarının denetiminde idari görevi olanlar, karar verici nitelikte olduklarından ve özel sektör çalışanlarının işten çıkarılmasında veya para cezasına çarptırılmasında etkili olduklarından, özel sektör çalışanlarının kendilerine karşı saygılı yaklaşımlarından ötürü bu duyguya kapılmış olabilirler.

Çalışma şekline göre incelendiğinde gündüz çalışanlar nöbetli çalışanlara göre ihale sürecinin çok uzun olduğu görüşüne daha olumlu bakmışlardır ($p=0,02$). Bunda nöbet usulü çalışanların sağlık çalışanı olmasının ve ihale sürecinde bulunmaması ve bu süreçte yaşanan sıkıntıları bilmemelerinin bir etkisi olabilir. Diğer taraftan, sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması uygulaması, eğitim araştırma hastanelerinde asistan eğitimi ve çalışmasını olumsuz etkilemektedir yönünde belirtilen soruna nöbet usulü çalışanlar gündüz çalışanlara göre daha olumlu yaklaşmaktadırlar ($p=0,03$). Bunun nedeni de nöbetli çalışanların sağlık personellerinden oluşuyor olması ve asistanların bu yöndeki eğitiminin olumsuz olarak etkileneceğini gündüz çalışanlara göre daha iyi görmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin bir akciğer grafisinin farklı görüntüleri asistanlara gösterilmek istendiğinde, maliyetler nedeniyle bu durumdan vazgeçilebilir. Gündüz çalışanlar daha çok idari personel olduklarından meseleye sadece idari boyutla yaklaşmaktadır denilebilir.

5.3. Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Temini ile Satın Alınan Hizmetlerin Sunumu Esnasında Karşılaşılan Durumların Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan hastanelerin, DKK hizmetlerinin sunumu esnasında karşılaştıkları durumlara verdiği cevaplar incelendiğinde, en çok katılımın %96,6 ile ihalelere özel sektör tarafından yeterince ilgi gösterildiği görüşü olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu görüşü 2. Sırada %95,9 ile özel sektörün hasta mahremiyeti ve bilgi gizliliğine yeterince dikkat ettiği görüşü takip etmektedir. Çetinkaya'nın (2005) yaptığı çalışmada katılımcıların %88,8'i bilgilerin güvenli bir şekilde saklanması gerektiği konusunu vurgulayarak, araştırmamızda ki görüşümüzü desteklemiştir. Bu çalışma bulgularını destekleyen diğer bir görüş ise Köse'nin 2005'te yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada katılımcıların %90'ı güvenlik ve gizliliğin önemine işaret etmiştir. 3. sırada çalışanların %94,5'i hizmetin sürekliliği esasına özel sektörün tam riayet ettiği görüşüne katıldığını ifade etmiştir. 4. sırada %93,8 ile her sağlık hizmetinin dışarıdan alınması, bazı meslek gruplarının (lab. tek./anes.tek./eczacı gibi) istihdamına olumsuz etkilerde bulunacağı görüşü gelmektedir.

Tablo 5.3. Sağlık Hizmetinin Dışarıdan Temini İle Satın Alınan Hizmetlerin Sunumu Esnasında Karşılaşılan Durumların En Yüksek Katılma Derecelerine Göre Sıralanması

	Toplam Katılımcı Sayısı	Hiç Katılmıyorum (%)	Katılıyorum (%)	Toplam
İhalelere özel sektör tarafından yeterince ilgi gösterilmektedir.	146	3,4	96,6	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında özel sektör hasta mahremiyeti ve bilgi gizliliğine dikkat etmektedir.	146	4,1	95,9	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hizmetin sürekliliği esasına özel sektör tam riayet etmektedir.	146	5,5	94,5	100
Her sağlık hizmetinin dışarıdan alınması bazı meslek gruplarının (lab./anes./röntgen teknisyeni-eczacılık gibi) istihdamına olumsuz etkilerde bulunmaktadır.	146	6,2	93,8	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile hedeflenen amaçlara ulaşılmaktadır.	146	8,9	91,1	100
Sağlık hizmeti alım sözleşmeleri etkili bir şekilde hazırlanmaktadır.	146	10,3	89,7	100
Hastane yönetimi özel sektöre zamanında ödeme yapmaktadır.	146	10,3	89,7	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması hastane çalışanları tarafından memnuniyetle karşılanmaktadır.	146	11,0	89	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alındığı ihalelerde yeterli rekabet vardır.	146	11,0	89	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen tıbbi cihazlar kamu tarafından hasta potansiyeli dikkate alınarak yapılmaktadır.	146	13,7	86,3	100
Firmaların denetlenme süreleri (genelde 15 gün) uygundur	146	14,4	85,6	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen sağlık hizmetleri verilirken karşılaşılan aksaklıklara karşı idare tarafından verilen cezalar yeterli ve caydırıcıdır.	146	15,1	84,9	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen sağlık hizmetlerinin denetimleri profesyonelce yapılmaktadır.	145	21,9	78,1	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile hastane yönetiminin sorumluluğu azalmıştır.	145	26,7	73,3	100

Genel olarak hastanelerin DKK uygulamaları sırasında karşılaştıkları durumları etkileyen değişkenler incelendiğinde, yönetsel pozisyona sahip olmanın ve çalışma şeklinin karşılaşılan bazı durumlara bakış açısı üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

İdari görevi olanlar ile idari görevi olmayanların, dışarıdan temin edilen sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hizmetin sürekliliği esasına özel sektörün tam riayet ettiği yönündeki görüşe daha fazla katıldıkları ve bunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,002$). Bunun sebebi idari görevi olanlar hastalarla birebir ilişki içerisine girmediklerinden, kendilerine gelen hasta şikâyetlerine göre hizmetin sürekliliğini değerlendiriyor olabilirler. Ancak idari görevi olmayanlar hastalarla birebir muhatap olup işlem sırasında karşı karşıya geldiklerinden (tartışma, kavga gibi) dolayı hizmetin aksadığını düşünüyor olabilirler.

Çalışma şekline göre incelendiğinde, gündüz çalışanlar nöbet usulü çalışanlara göre, firmaların denetlenme sürelerinin (genelde 15 gün) uygun olduğu görüşünü daha fazla

benimsemişlerdir (p=0,036). Gece çalışanlar hastalara birebir sağlık hizmeti sunduklarından, hastaların şikâyetleri ile direkt muhatap olmaktadır ve bu sorunları kendilerinin çözmeleri beklenmektedir. Bu yüzden özel şirketleri yetersiz bulmakta ve daha sık aralıklarla denetlenmesini istemektedir. Oysa gündüz çalışanlar genelde idari birimlerde çalıştıklarından bu sorunlarla karşılaşmamakta ve 15 günlük denetim süresini uygun bulmaktadırlar denilebilir (p=0,043). Aynı zamanda özel sektörün geceleri verdiği hizmetin kalitesinin düşmesi de bir etken olarak öne sürülebilir. Yine gündüz çalışanların, nöbetli çalışanlara göre, dışarıdan temin edilen tıbbi cihazların kamu tarafından hasta potansiyeli dikkate alınarak yapıldığı yönündeki görüşe daha olumlu baktıkları görülmektedir. Bunda gündüz çalışanların çoğunluğunun idari personel olması nedeniyle hastalarla doğrudan temasa geçmemeleri ve hasta yığılımları ile sirkülasyonunu yerinde görememelerinin etkisinin olabileceği düşünülebilir.

5.4. Sağlık Hizmetinin Dışarıdan Temini İle Satın Alınan Hizmetlerin Sunumu Esnasında Karşılaşılan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri ile İlgili Değerlendirmeleri

Araştırmamıza katılan hastanelerin, DKK uygulamasının temini ve uygulaması sırasında karşılaştıkları sorunlara yönelik tavsiye ettikleri çözüm önerileri incelendiğinde, ilk sırada %91,1'lik katılım ile maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az olan hizmetler için (PET-CT gibi) il bazında bütün hastanelere hizmet verecek bir dışarıdan alım uygulamasının daha uygun olacağı, 2. sırada %88,4'lük katılım oranıyla, her hastanenin tek tek şartname hazırlaması yerine bütün hastaneler için tek elden ortak bir şartname hazırlanmasının daha uygun olacağı, 3. sırada %87,7 ile hizmetlerin dışarıdan sonuç bazlı alınması gerektiği, 4.sırada %85,6 ile sağlık hizmetlerinin sadece tıbbi cihaz olarak satın alınması gerektiği, 5.sırada %83,6 ile sadece ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin dışarıdan alınması gerektiği kanaatinin oluştuğu görülmektedir.

Tablo 5.4. Sağlık Hizmetinin Dışarıdan Temini İle Satın Alınan Hizmetlerin Sunumu Esnasında Karşılaşılan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerinin En Yüksek Katılım Derecelerine Göre Sıralanması

	Toplam Katılımcı Sayısı	Hiç Katılmıyorum (%)	Katılıyorum (%)	Toplam
Maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az olan hizmetler için (PET-CT gibi) il bazında bütün hastanelere hizmet verecek bir Dışarıdan Alım uygulaması daha uygun olacaktır.	146	8,9	91,1	100
Her hastanenin tek tek şartname hazırlaması yerine bütün hastaneler için tek elden ortak bir şartname hazırlanması daha uygundur.	146	11,6	88,4	100
Sağlık hizmeti dışarıdan sonuç bazlı alınmalıdır	146	12,3	87,7	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen sağlık hizmetleri sadece tıbbi cihaz olarak alınmalıdır.	146	14,4	85,6	100
Her hastanenin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini dışarıdan alması daha faydalı olacaktır.	146	16,4	83,6	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen sağlık hizmetinin özel sektörden alındığının hastalara bildirilmesi gereklidir.	146	17,1	82,9	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması ile dışarıdan temin edilen sağlık hizmetleri, tıbbi cihazlar ve personel ile beraber alınmalıdır.	146	17,1	82,9	100

Tablo 5.4. Sağlık Hizmetinin Dışarıdan Temini İle Satın Alınan Hizmetlerin Sunumu Esnasında Karşılaşılan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerinin En Yüksek Katılım Derecelerine Göre Sıralanması (Devamı)

	Toplam Katılımcı Sayısı	Hiç Katılmıyorum (%)	Katılıyorum (%)	Toplam
Sağlık hizmeti dışarıdan tetkik bazlı alınmalıdır.	146	17,8	82,2	100
Sağlık Hizmetlerinin Dışarıdan Alınması uygulamaları sonucu olası kamu cezai müeyyideleri çok ağırdır, hafifletilmelidir.	146	30,8	69,2	100
Her türlü sağlık hizmeti dışarıdan satın alma yoluyla görülmelidir.	146	50,6	49,4	100

Genel olarak DKK uygulamaları sırasında karşılaşılan sorunlara yönelik tavsiye edilen çözüm önerilerini etkileyen sosyo-demografik özellikler incelendiğinde, bireylerin yönetsel pozisyona sahip olmaları ve çalışma şekillerinin bazı öneriler üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışma şekline göre incelendiğinde, nöbet usulü çalışanlar, dışarıdan alınan hizmetlerin sonuç bazlı satın alınması gerektiği görüşüne gündüz çalışanlara oranla daha fazla katılmaktadırlar ($p=0,026$). Bunun nedeni gece çalışanların daha çok hizmeti hastaya bire bir veren sağlık çalışanlarından oluşuyor olması, meselenin maddi tarafıyla ilgili kısımların onları çok ilgilendirmemesi, sadece onların karar vermesine yardımcı olan tetkik sonuçlarının kalitesine göre meseleyi değerlendirdikleri söylenebilir.

İdari görevi olup olmamalarına göre incelendiğinde ise, idari görevi olanların sağlık hizmetinin dışarıdan sonuç bazlı alınması gerektiği görüşünü idari görevi olmayanlara göre daha çok tavsiye ettikleri görülmektedir ($p=0,003$). Bunun nedeni idari görevi olanların meseleye maddi boyuttan yaklaşmaları olabilir. Çünkü sonuç bazlı alımlarda hastane hatalı tetkik maliyetine katlanmamakta sadece gelen sonuca göre ödeme yapmaktadır.

VI. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Dış kaynak kullanımı işletmelerin kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetlerini bu konuda uzmanlaşmış organizasyon dışındaki işletmeler aracılığıyla karşılanmasına ve diğer işletmelere karşı rekabet avantajı sağlayabilmesinde büyük bir öneme sahiptir (Karahana 2009). Hastane işletmelerini, DKK uygulamasına iten çeşitli nedenler vardır. Bunlar arasında maliyetlerin azaltılması, hizmet kalitesinin artırılması ve teknolojik yeniliklerin takip edilmesi ilk akla gelenler olarak sıralanabilir.

Birçok batılı ve gelişmiş ülkede hastane işletmeciliğinde dış kaynak kullanımı yönetim-destek faaliyetleri ile klinik hizmetler olarak iki alanda değerlendirilmektedir (Shinkman 2000).

İşçi'nin (2004) yaptığı araştırmaya göre hastanelerin yaklaşık %77'sinin yönetim-destek faaliyetlerinde (temizlik, yemek pişirme, bakım-onarım, güvenlik vb.) dış kaynaklardan yararlandığı, %23'ünün ise görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri gibi tanı ve teşhiste kullanılan klinik hizmetleri dışarıdan satın aldığı görülmektedir. Yurtdışındaki uygulamalar dikkate alındığında yönetim-destek faaliyetleri olarak; çamaşırhane, hasta memnuniyeti ölçümü, tıbbi atık yönetimi, bahçe bakımı, dokümantasyon, otelcilik (kat) hizmetleri, otopark yönetimi vb.; Klinik hizmetler olarak ise; diyaliz, anesteziyoloji, patoloji, elektroensefalografi, meslek hastalıkları tedavisi, nükleer tıp, yenidoğan bakımı

gibi çok geniş sayılabilecek alanda dış kaynaklardan yararlanıldığı görülmektedir (Sunseri 1999).

Bu açılardan değerlendirildiğinde, ülkemiz hastanelerindeki dış kaynak kullanımını uygulamalarının; birçok batılı ülkeye oranla çok daha kısıtlı ve kurumsallaşmamış bir yapı içinde yürütülmekte olduğu söylenebilmektedir. Ülkemiz hastane sektöründe, DKK uygulamalarının başlangıcı 1990'lı yıllara kadar dayanmaktadır. Öncesinde bütün hizmetler devlet eliyle gördürülmekte idi. İlk dönemlerde daha çok yönetim- destek faaliyetlerinde DKK uygulamasına gidilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığının 2003 yılında yayınlamış olduğu 70 nolu genelge ile;

Bakanlığa bağlı sağlık kurumlarının artan hasta potansiyeli, hastalık profillerinin değişmesi, birçok hastalığın tanı ve tedavisinin yüksek teknoloji ürünü tıbbi cihazlarla sağlanabilir hale gelmesi sonucu bazı kurumların bu cihazları satın alma yoluyla temin ettiği, ancak birçok kurumun sağlık hizmetleri sunumunda gerekli olan yeterli sayıda ve özellikle tıbbi cihaza sahip olmadığı, bu cihazlarla sunulması gereken hizmetlerin sunumunda yetersizlik ve aksamalar olduğu bilinmektedir.

Tıbbi cihazların yüksek fiyatları nedeniyle yeterli sayıda temin edilememeleri, teknolojilerinin hızla değişmesi, bu cihazların alımına yönelik ödenek tahsisi yapılamaması, bakım ve destek hizmetlerinin kurumlarca sağlanamaması, bu cihazları işletecek eğitimli personel konusunda sıkıntı yaşanması, sayıca az olan bu cihazlarla sunulan tetkik ve tedavi hizmetlerinde uzun sıralar oluşması gibi nedenlerle tetkik ve tedavi amacıyla kullanılan tıbbi cihazların hizmet satın alımı yoluyla teminine karar verilmiştir. bu genelgenin (g) maddesinde belirtilen; "Hizmet satın alınarak kuruma kurulan tıbbi cihazların işletilmesi için gerekli olan uzman personel ve teknisyen düzeyindeki personel ile birlikte hizmet satın alınabilir." hükmüne istinaden hastaneler DKK uygulaması ile hizmet vermeye başlamıştır. Ülkemizde halen emekleme aşamasında olan bu uygulamanın ihale aşamasında ve uygulama aşamasında çok çeşitli sorunlar ve sıkıntılar yaşanmaktadır.

Bu çalışma, kamu hastanelerinde yaşanan bu sorunlar ile sıkıntılıların neler olduğunu ortaya çıkarmak ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma yapılan hastanelerden bazılarının, aralarında yaptıkları protokoller neticesinde bazı hizmetleri birbirlerinden satın aldığı görülmüştür. Yine özel sektör tarafından ihalelere yeterince ilgi gösterildiği ve üst düzeyde rekabet olduğu görülmüştür.

Hekimlerin tanı ve teşhis işlemlerinde büyük kolaylık sağlayan bu hizmetler, büyük hastanelerde personeli ile birlikte satın alınmaktadır. Özellikle görüntüleme ve laboratuvar işlemlerinde özel sektör tarafından uzman personel istihdam edilmektedir. Araştırmaya göre hastaneleri hizmet satın almaya iten en önemli nedenin, teknolojiye rahat ulaşması olduğu görülmektedir. Yine tıbbi cihazların kalibrasyonu, yedek parça ve sarf malzeme temini işlemleri için daha az kaynak ve zaman ayrılması, hastalara verilen randevu sürelerinin kısalması, hasta memnuniyetinin artması da ilk nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Literatürde ki birçok kaynakta maliyetlerin azaltılması dış kaynak kullanımını ilk nedeni olarak görülürken, bizim çalışmamızda bu neden sonlarda gözükmektedir. Ancak yinede büyük bir ortalamaya (%86,3) sahip olduğu da aşikârdır. Bu durum sağlık çalışanlarının maliyetlerden önce, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde yoğunlaştığını düşündürmektedir.

Araştırmaya göre sağlık çalışanlarının ve özellikle idarecilerin en çok yakındıkları sorun olarak, ihale prosedürlerinin yoruculuğu karşımıza çıkmaktadır. Hemen aynı oranda (%97,3), firmalara yapılan ödemelerin gecikmesi de en büyük problemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun temel nedeninin, SGK'nın kamu hastanelerine geç ödeme yapması olduğu anlaşılmıştır. Ödemelerin geç yapılması nedeniyle, hastanelerin bazı hizmetleri (ilaç ihaleleri gibi) DKK yoluyla yapamadıkları ve özel sektörün yeterince ilgi göstermediği anlaşılmıştır. İhale sürecinin kısaltılması gerektiği de araştırmamızdan anlaşılmaktadır.

İdari görevi olanlar başta olmak üzere katılımcıların ve özel sektör temsilcilerinin en çok şikâyetçi oldukları konulardan biri (%95,2), SUT fiyatlarının bu hizmetlerin alınması için yetersiz olduğu görüşüdür. Personeli ile birlikte alınan sağlık hizmetlerinde, asistan eğitiminin olumsuz etkilendiği, özel sektör çalışanları ile kamu çalışanları arasında iletişim problemleri yaşandığı, ast üst ilişkisi doğduğu ve bunun uyumsuzluklara neden olup, verimsizliği artırdığı ve özel sektör çalışanlarının haklarının korunmadığı da yaşanan başka bir sorun olarak araştırmamız sonuçları arasında yer almaktadır.

Firmalarla yapılan anlaşma sürelerinin uzunluğunun hizmet kalitesini olumsuz etkilediği de araştırmadan anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün (%91,1), gelecekte bu tarz hizmet alımlarının yaygınlaşacağı ve hastanelerin peyderpey özelleşeceği, bunun da ileride firma tekelleşmesine yol açacağı görüşünde hemfikir olduklarını söyleyebiliriz. Araştırmaya göre, sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması ile hedeflenen amaçlara ulaşıldığı; bunda özellikle hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesinin artmasının, teknolojik yeniliklere rahat ulaşabilmenin etkisinin olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğu (%95,9), özel sektörün hasta mahremiyeti ve bilgi gizliliği ile hizmetin sürekliliği esasına riayet ettiğini düşünmektedirler. Firmaların denetlenme süreleri (15 gün) genel anlamda uygun bulunurken, bu denetimlerin profesyonelce yapılmadığına inanların oranı da (%85,6) diğer durumlara göre artış göstermektedir. Hizmetlerin verilmesi sırasında yaşanan aksaklıklara karşı verilen cezai müeyyidelerin yeterli olduğu da yine araştırmadan anlaşılmaktadır.

Sözleşme sürelerinin bir yıldan fazla olması durumunda özel sektörün hizmet kalitesinin düştüğü, her hizmetin dışarıdan alınmasının bazı meslek gruplarını olumsuz etkileyeceği ifade edilmektedir. Örneğin katılımcılar eczacılık, radyoloji, laboratuvar gibi hizmetlerin özel sektörden satın alınması ile kamuda bu meslek gruplarına olan ihtiyaçların azalacağını düşünmektedirler.

Hastane çalışanlarının hizmetlerin dışarıdan alınmasından genel olarak memnuniyet duyduğu da yine araştırmamız sonuçları arasında yer almaktadır. En az katılımın olduğu görüş (%73,3), sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması ile hastane yönetiminin sorumluluğunun azalacağı yönünde belirtilen görüş olduğu ortaya çıkmıştır. Kamu hastaneleri ile özel sektörün bu uygulama ile karşılıklı olarak fayda sağladığı, hastane maliyetlerinin azaldığı da araştırmanın başka bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınmasında, yönetsel pozisyona sahip olmanın ve çalışma şeklinin satın alınan sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında karşılaşılan durumlar üzerinde etkili olduğu anlaşılmıştır. Araştırmaya göre, katılımcıların büyük çoğunluğu (%91,1), maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az olan hizmetlerin (PET-CT gibi) il bazında tek bir hastaneden verilmesinin daha uygun olacağını önermişlerdir. Hastanelerin tek tek şartname hazırlaması yerine bütün hastaneler için tek elden ortak bir şartname hazırlanmasının daha uygun olacağı görüşü de çalışmaya katılanlar tarafından desteklenmektedir. Bunun nedeni zamandan tasarruf sağlanması, ihale sürecinin kısaltılması ve kontrolün daha kolay olması olabilir.

Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının işlerini daha kolaylaştırdığı için, katılımcılar hizmetlerin sonuç bazlı alınmasını önermişlerdir (%87,7). Yine hizmetlerin tıbbi cihazlar ve personeli ile birlikte alınması önerisi de uygun bulunmuştur (%85,6). Diğer bir öneride alınan hizmetlerin hastalara bildirilmesi gerektiği önerisi ile tetkik bazlı alınması gerektiği önerisi de katılımcılar tarafından olumlu bulunmuştur. Ancak kamu cezai müeyyidelerin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı diğer önerilere göre daha düşük olarak (%69,2) karşımıza çıkmaktadır. Katılımcıların %50,6'sı ise her türlü sağlık hizmetinin (dâhiliye, cerrahi, intaniye gibi) dışarıdan alınması önerisini doğru bulmamaktadırlar.

Araştırmamızda belirtilen sorunların çözümlerine yönelik bazı önerileri şu şekilde sıralayabiliriz:

1- Özel sektöre yapılacak ödemelerin tam ve zamanında yapılmasına dikkat edilmesi ve özel sektörün, sektördeki devamlılığı ve rekabet gücünün korunması açısından bu hususların sözleşmede açık ve net bir şekilde belirtilerek, uygulanması sağlanmalıdır.

2- Kamu ile özel sektör arasında özellikle hizmetlerin sunumu esnasında, yaşanabilecek iletişim sıkıntılarının (ast-üst ilişkisi doğurabilecek durumlar, hizmet aksaması sonucu doğabilecek sıkıntılar gibi) giderilmesi için iyi bir iletişim ağının kurulması, gerekirse sözleşmeye bu konu hakkında ilgili maddeler eklenmesi sağlanmalıdır. Birçok problemin daha doğmadan iyi bir iletişim yoluyla ortadan kaldırılabileceği unutulmamalıdır. Özel sektörün herhangi bir sıkıntısı durumunda hastanede kimlerle, hangi sıklıkta görüşebileceği açık ve net belirtilmelidir.

3- Özel sektör ile kamu sektörünün ortak sıkıntılarında biri olarak belirttikleri, hizmet sürekliliği ve kalitesi ile rekabet gücünü doğrudan etkileyen SUT fiyatlarının iyileştirilmesi için ilgili düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

4- Sözleşmelerin piyasa koşullarına uyum sağlayacak şekilde daha esnek olması sağlanabilir.

5- İhale prosedürleri hafifletilerek, çok uzun süren ihale süreci biraz daha kısaltılmalıdır.

6- Her ilde hastanelerin tek tek şartname hazırlaması yerine, bütün hastaneler için tek elden ortak bir şartname hazırlanması daha uygun olacaktır.

7- Maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az olan hizmetler için (PET-CT, nükleer tıp gibi) il bazında bütün hastanelere hizmet verecek şekilde dışarıdan alım uygulamasına gidilmesi daha uygun olacaktır.

8- Özel sektörle yapılan anlaşmaların süresi çok uzun tutulmamalıdır. Bu durum firmaların performansını ve hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.

9- Özel sektör denetimlerini, daha objektif kriterlere dayandıracak performans değerlendirme kriterleri belirlenmeli ve takibi düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Özellikle özel sektör personelinin nitelikleri, bilgi, beceri yeterlilikleri kontrol edilmelidir. Buna yönelik cezai müdahaleler sözleşmede açık şekilde belirtilmelidir.

Çalışmanın sadece bir ildeki 11 kamu hastanesi ve Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubelerinde yapılması nedeniyle sonuçlarının genellenmesine ihtiyatlı yaklaşmak gerekir. Daha güçlü ve genellenebilir sonuçlara ulaşılabilmesi için daha geniş ölçekli çalışmalar yapılması önerilebilir.

Bunun yanı sıra dış kaynak yoluyla yapılan satın alma ve uygulama işlemleri, hastanelerin her bölümünde yapılamadığı için bütün hastane çalışanları üzerinde değil sadece bu işlemlerin satın alındığı laboratuvar, görüntüleme, sterilizasyon, ameliyathane bölümlerinde çalışan sağlık personelleri ile bu hizmetlerin hastaneye alınmasını sağlayan idari personeller (ihale ve satın alma birimi çalışanları) ve bu işlemlerden sorumlu hastane yöneticileri üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle bütün hastane çalışanlarının görüşlerini yansıtmamaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda DKK hakkında çalışanlara verilecek kısa bilgilendirmeler ve hastanelerine etkilerinin anlatılması ile DKK'ya olan bakış açıları ve değerlendirmeleri irdelenerek daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

Özel sektör çalışanlarının çeşitli gerekçelerle (işten kovulma, patronun kızması, birkaç yerde birden çalışma gibi) çalışmaya katılmak istememeleri nedeniyle, özel sektör çalışanları üzerinde sınırlı sayıda uygulama yapılabilmektedir. Bu nedenle özel sektör çalışanlarını kapsayan daha kapsamlı çalışmaların yapılması, DDK'nın sektör içerisinde gelişmesi ve olgunlaşmasına daha fazla katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

1. Arıcan Y. (2007) Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde Bilgi Teknolojilerinde Dış Kaynak Kullanımı. **Yüksek Lisans Projesi**, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
2. Arslantaş C. C. (1999) Yeni Bir Yönetim Stratejisi Olarak Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) ve İlaç Sanayiinde Faaliyet Gösteren Firmaların Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamaları. **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
3. Arsoy M. F. (2001) Dışkaynaklardan Yararlanma (outsourcing) ve Türk Sanayinde Bir Uygulama Örneği (Çimsa Çimento Sanayi ve Ticaret A.Ş.). **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 54-68.
4. Corbett M.F. (1996) Outsourcing As A Strategic Tool. **Canadian Business Review** 23(2):16.
5. Corbett M.F. (2004) **The Outsourcing Revolution: Why It Makes Sense And How To Do It Right**. Chicago: Dearborn Trade.
6. Coşkun R. (2002) Öz Yetkinliklere Odaklanma Stratejisi Olarak Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing). **Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları**. (Der: Dalay, İ., Coşkun, R. ve Altunışık, R.). Beta Yayınları, İstanbul 202-204.
7. Domberger S. (1998) **The Contracting Organization: A Strategic Guide To Outsourcing**. Oxford University Press, New York 49-63.

8. Duhamel F. And Quelin B. (2003) Bringing Together Strategic Outsourcing and Corporate Strategy: Outsourcing Motives and Risks. **European Management Journal** 21(5):647-661.
9. Ertürk M. (1998) **İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon**. 2. Basım, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
10. Gençyılmaz G. ve Zaim S. (2000) Şirketlerin Stratejik Üretim Planlamasında Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Rolü. **İ. Ü. İşletme Fakültesi Dergisi** 29(1):128-129.
11. Gökdere H. (2000) Bilgi Sistemlerinde Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Başarısını Etkileyen Faktörler (Bankacılık Sektöründe Bir Alan Araştırması). **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Sakarya Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
12. Greaver Maurice F. (1999) Strategic Outsourcing: **A Structured Approach To Outsourcing Decisions An Initiatives**. AMA Publications, New York. 3(51):129-171.
13. Greenemeier L. (2002) Business-Process Outsourcing Grows. **Information Week** 72(871):49.
14. İşçi E. (2004) Hastanelerin Yönetiminde Dış Kaynak Kullanımının Önemi ve İstanbul İlinde Bir Uygulama. **Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul.
15. Kakabadse A. And Kakabadse N. (2002b) Trends In Outsourcing: Contrasting USA And Europe. **Journal Of European Management** 20(2):189-195.
16. Karacaoğlu K. (2001) Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Teknoloji İle İlgili Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Türkiye'de Bankacılık Sektöründe Uygulamaları, **Yüksek Lisans Tezi**, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Niğde.
17. Karahan A. (2009) Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi. **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 12(21):185-199.
18. Koçel T. (1998) **İşletme Yöneticiliği**. 6. Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
19. Koçel T. (2001) **İşletme Yöneticiliği**. 8. Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
20. Koçel T. (2003) **İşletme Yöneticiliği**. 9. Basım. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

21. Köse Y. (2005) **Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Ankara İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama**. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
22. **Lojistikte Dış Kaynak Kullanımı**. [http:// www.sbs.com.tr](http://www.sbs.com.tr). Erişim Tarihi: 27.12.2006.
23. Looft L. (1997) **Information Systems Outsourcing Decision Making: A Managerial Approach**. Idea Group Publishing, United Kingdom.
24. Momme J. (2002) Framework For Outsourcing Manufacturing: Strategic And Operational Omplications. **Computers In Industry** 49(1):59-75.
25. Quinn J.B. And Hilmer F.G. (1994) Strategic Outsourcing. **Sloan Management Review** Summer.
26. Richard L.D. (1991) **Management**. 2. Baskı. Dryden Press, London.
27. Seymen O.A. (2001) Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Konaklama İşletmelerinde İş Gören Bulma Sürecine Uygulanması. **DAÜ Turizm Araştırma Dergisi** 2(1):65-88.
28. Shinkman R. (2000) Outsourcing On The Upswing. **Modern Heathcare** 30(37):46-51.
29. Sibson R. E. (1991) **İşletmelerde İşgücü Verimliliğinin Arttırılması**. (Çev: Sinan Artan ve İnci Artan). Bilim Teknik Yayınevi, Eskişehir.
30. Sunseri R. (1999) Outsourcing On The Outs. **Hospital&Health Networks** 73(10):51-53.
31. Tezel Y. (1998) İşletmelerde Dış Kaynaklardan Yararlanma Süreci ve Eskişehir Arçelik İşletmesi'nde Bir Araştırma. **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
32. Yiğit V. (2004) Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Hastane İşletmelerinde Uygulanması. **Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.