

SAĞLIK POLİTİKALARININ TEDARİK YÖNTEMLERİNE ETKİSİ: TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRNEĞİ

Ömer TAŞKIN *

ÖZ

Bu çalışma Türkiye’de 2014-2023 yılları arası 10 yıllık dönemde uygulanan sağlık politikalarının, Sağlık Bakanlığı ile bağlı birimlerinin tedarik yöntemlerini ne şekilde etkilediğini tespit etmek amacı ile yapılmıştır. Çalışma ile konjoktüre göre değişen sağlık politikalarından etkilenen tedarik yöntemleri hakkında sağlık kurumları yöneticileri ile diğer tedarik zinciri üyelerinin dikkatini çekerek tedbir almaları ve sağlık hizmeti üretiminin devamına katkı sağlanması hedeflenmektedir. Araştırma nitel araştırma yöntemlerinden durum çalışması modeli ile desenlemiştir. Ele alınan dokümanlar içerik analizi modeli ile değerlendirilmiştir. Bakanlığın 10 yıllık tedarik yöntemlerindeki değişim ilgili sağlık politikaları ile eşleştirme yapılarak tarihsel süreç içerisinde dört döneme ayrılarak analiz edilmiştir. 663 sayılı KHK’nın etkili olduğu 2014-2017 yılları arası ilk dönemde, illerdeki çok başlı yönetim yapısı ile ihale sayıları ilk yıllarda yüksek seyrederken sonraki yıllarda kısmen azalmıştır. 694 sayılı KHK’nın etkili olduğu ikinci dönem 2018-2019 yıllarıdır. Bu dönemde illerde sağlık hizmetlerinin il sağlık müdürlüğü altında toplanması ve tıbbi malzeme alımlarında DMO merkezi alımlarına öncelik verilmesi ile tıbbi malzeme alımlarındaki ihale sayılarında düşüş beklenirken tam tersine olarak ihale sayılarının yükselmesi dikkat çekmektedir. Covid-19 salgınının yoğun olarak yaşandığı üçüncü dönem olan 2020-2021 yıllarında alınan sosyal izolasyon tedbirlerinin etkisi ile hasta sayılarının ve buna bağlı olarak ihale sayılarının azaldığı dönemdir. Dördüncü dönem olan 2022 ve sonrası yılları, salgın döneminden sonraki rutin sosyal hayatın başladığı dönemdir. Salgın döneminde alınan tedbirlerin kaldırılması ile birlikte sağlık kurumlarında oluşan yoğunluğa bağlı olarak ihale sayılarındaki belirgin artış dikkat çekmektedir. Araştırma yapılan dönemlerde olağan üstü ihale yöntemi olan pazarlık usulü ihalenin çoğunlukla amacına uygun olarak kullanıldığı görülmektedir. Sonuç olarak dönemsel olarak değişen sağlık politikalarının tedarik yöntemlerini etkilediği görülmüştür. Merkezi alım sistemi ve e-ihale uygulamalarına rağmen sağlık kurumlarının ihale yükünün yeterince azalmadığı tespit edilmiştir. Sağlık kurumları yöneticileri ve diğer tedarik zinciri üyelerinin politika değişikliklerini iyi takip ederek gerekli önlemleri zamanında alması gerekmektedir. Sağlık kurumlarına özel daha hızlı tedarik sağlayacak farklı tedarik yöntemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İhale, sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası, tedarik zinciri yönetimi

MAKALE HAKKINDA

*Doktora Öğrencisi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, omertaskin2@trakya.edu.tr
<https://orcid.org/0000-0002-7916-1856>

Gönderim Tarihi: 07.06.2024
Kabul Tarihi: 07.10.2024

Atıfta Bulunmak İçin:

Taşkın, Ö. (2024). Sağlık politikalarının tedarik yöntemlerine etkisi: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 27(4), 689-704. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1497668>

THE IMPACT OF HEALTH POLICIES ON SUPPLY CHAIN METHODS: THE CASE OF THE REPUBLIC OF TURKIYE MINISTRY OF HEALTH

Ömer TAŞKIN *

ABSTRACT

This study was conducted to determine how the health policies implemented in Turkey in the 10-year period between 2014 and 2023 affected the supply methods of the Ministry of Health and its affiliated units. The aim of the study is to draw the attention of health institution managers and other supply chain members about the supply methods affected by health policies that change according to the conjuncture, and to take precautions and contribute to the continuation of health service production. The documents discussed were evaluated with the content analysis model. The change in the Ministry's 10-year supply methods was analyzed by dividing it into four periods throughout the historical process by matching it with the relevant health policies. In the first period between 2014 and 2017, when Decree Law No. 663 was effective, with the multi-headed management structure in the provinces, the number of tenders remained high in the first years and partially decreased in the following years. The second period in which Decree Law No. 694 is effective is 2018-2019. In this period, it is noteworthy that while the number of tenders for medical equipment was expected to decrease due to the gathering of health services in the provinces under the provincial health directorate and the prioritization of The State Supply office central purchases in medical equipment purchases, on the contrary, the number of tenders increased. It is the period in which the number of patients and, accordingly, the number of tenders decreased due to the effect of social isolation measures taken in 2020-2021, the third period when the Covid-19 epidemic was intense. The fourth period, 2022 and beyond, is the period when routine social life begins after the epidemic period. With the removal of the measures taken during the epidemic period, the significant increase in the number of tenders due to the density in health institutions is noteworthy. During the research period, it is seen that the negotiated tender, which is an extraordinary tender method, was mostly used for its purpose. As a result, it has been observed that periodically changing health policies affect supply methods. Despite the central procurement system and e-tender applications, it has been determined that the tender burden of health institutions has not decreased sufficiently. Health institution managers and other supply chain members need to follow policy changes closely and take the necessary precautions in a timely manner. It is recommended to develop different supply methods that will provide faster supply specifically for healthcare institutions.

Keywords: Health institutions management, health policy, supply chain management, tender.

ARTICLE INFO

*PhD Student, Trakya University, Institute of Health Sciences, Department of Health Management, omertaskin2@trakya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7916-1856>

Received: 07.06.2024

Accepted: 07.10.2024

Cite This Paper:

Taşkın, Ö. (2024). Sağlık politikalarının tedarik yöntemlerine etkisi: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 27(4), 689-704. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1497668>

I. GİRİŞ

Sağlık hakkı, “İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nin” 25. maddesinde en temel insan haklarından birisi olarak sayılmıştır (Aybay, 2006). Türkiye, evrensel bildiriye kabul ederek 1949’da Resmi Gazete ‘de yayınlayıp yürürlüğe koymuştur (Resmi Gazete, 1949). 1982 T.C. Anayasası’nın 56. maddesinde herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu belirtilerek devlete sağlık hizmetlerini planlama, sunma ve verilen hizmetleri denetleme görevi verilmiştir. Anayasa’ya göre sağlık hizmetleri ülke vatandaşları için en temel haklardan biri sayılırken devlet için de yerine getirilmesi gereken temel sorumluluk alanlarından birisi olarak tanımlanmıştır.

Mümkün olan en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standardına sahip olmak için gerekli tesisler ile şartlara ulaşma ve bunları kullanma hakkı olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, hem uluslararası (Zengin, 2010) hem de ulusal hukuk ile güvence altına alınan temel haklardan birisi olarak görülmektedir.

İnsanların sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu ile sağlığın geliştirilmesine yönelik faaliyetler genel anlamda sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Sağlık hizmetlerinin en temel amacı; toplumun sağlık durumunu iyileştirme ve devam ettirme, insanları hastalıklardan koruma, hastaları uygun yöntemlerle tedavi etme ve insanları kendi kendine yeterli bir şekilde kimseye bağımlı olmadan yaşamalarını sağlama çabaları olarak ifade edilmektedir (Somunoğlu, 2012).

Sağlık hizmetleri, niteliği ve sunumu nedeniyle birçok yönden diğer hizmetlerden ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin uluslararası hukuki güvenceler ile desteklenmiş anayasal temel bir hak olması, kullanımı ve sunumunun zorunlu olması, acil ve insan yaşamı için ertelenemez nitelikte olup üretildiği anda tüketilmesi ve maliyetli hizmetler olması gibi kendine has özellikleri, sağlık sektöründe tedarik yönetiminin önemini ortaya koymaktadır. Çünkü günümüzde sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için uygun fiziksel ortam ile nitelikli iş gücü, tıbbi malzeme ve donanıma ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti üretimi için gerekli olan malzeme ihtiyacının planlanarak uygun şartlarda tedarik edilmesi, sağlık hizmetlerinde malzeme yönetim süreçlerinin önemli bir fonksiyonunu oluşturmaktadır.

Kamu sağlık kurumlarının dış kaynaktan tedarik uygulamalarında 2003 yılına kadar uygulanan 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu’nun, Avrupa Birliği müktesebatına uygun olmaması ve kamu kurumlarının satın alma ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması ile pek çok maddesinin yürürlüğü uygulamadan kaldırılmıştır. Bunun yerine 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ile 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunları hazırlanarak 2003 yılından itibaren yürürlüğe konulmuştur. 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu’nda sayılan temel ihale usulleri açık ihale, belli istekliler arasında ihale ve istisnai durumlarda kullanılan pazarlık usulü yöntemleridir.

Sağlık kurumları mevcut durumda toplam maliyetlerin yaklaşık %40’ını tıbbi ekipmanların satın alınması için harcamaktadırlar. Söz konusu maliyetler sağlık kurumlarının personel giderlerinden sonra ikinci en büyük harcamasını oluşturmaktadır (Jayaraman vd., 2014). Malzeme maliyetlerinde yapılabilecek %1 veya %2’lik tasarruflar sağlık kurumlarının verimliliğini, karlılığını ve finansal performansını önemli ölçüde iyileştirebilmektedir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2013). Bu yönü ile sağlık sektöründe tedarik zinciri yönetimi faaliyetleri iyi yönetilmesi gereken önemli bir maliyet alanı olarak karşımıza çıkmaktadır (Roark, 2005).

Sağlık politikalarının genel hedefi, öngörülen sağlık amaçlarına ulaşmak ve vatandaşların genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini sağlamaktır (WHO, 2024). Değişen sağlık politikaları sağlık kurumlarının işleyişini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Türkiye’de sağlık alanında yapılan politika değişiklikleri sağlık sektörünün işleyişini değiştirdiği gibi tedarik yöntemlerinin de değişmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmeti üretimi için çok çeşitli malzemelere ihtiyaç duyulması, sağlık kurumlarının en önemli gider kalemleri arasında malzeme alımlarının önemli bir pay tutması ve tedarik süreçlerinin belli bir zaman aldığı düşünüldüğünde, değişen durumlara göre önlemler olarak

sağlık hizmetleri ile birlikte mali sürdürülebilirliğin kesintisiz bir şekilde devam ettirilmesi sağlık yöneticilerinin en başta gelen sorumlulukları arasındadır.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Politikası

Politika, toplumsal hayatın bütün yönlerini benimsenen felsefeye göre düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanmaktadır (Akdur, 2008). Kamu politikaları, genel anlamda devlet kurumları ve hükümetin uygulamalarını ifade etmekle (Dye, 2001) birlikte; icra etme, beyan bildirme, düzenleme yapma dâhil çok çeşitli şekillerde ortaya konulabilmektedir (Buse vd., 2023). Sağlık politikası ise, sağlık hizmetlerinin kurumlarını, uygulamalarını ve finansman düzenlemelerini etkileyen birbirleriyle ilişkili faaliyetler ağı olarak tanımlanmaktadır (Atabey, 2012). Sağlık politikaları; sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunumu için sağlık sistemleri ve kuruluşlarına ilişkin örgütsel ve finansal düzenlemeler ile toplumun sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik çok geniş kapsamlı uygulama alanları içermektedir. Bu alan sadece kamu sağlık kurumları ile sınırlı kalmayıp çoğu zaman özel sektör sağlık hizmetlerinin örgütsel ve finansal uygulama alanları da kapsamaktadır.

Sağlık politikası analizi; politika sürecindeki kurumlar, çıkarlar ve fikirler arasındaki etkileşimi açıklamayı amaçlayan, kamu politikasına yönelik multidisipliner bir yaklaşımdır (Barker, 1996). Sağlık politikalarının hangi şartlarda hangi amaçlara yönelik olarak yapıldığını, hangi sonuçlara nasıl ulaşıldığını anlamak ve politika yapıcı ve uygulayıcılarına bu konularda rehberlik etmek amacı ile sağlık politikası analizleri yapılmaktadır.

2.2. Tedarik Zinciri Yönetimi

Araştırarak bulma, sağlama, temin etme faaliyetleri için kullanılan tedarik kavramı (TDK Sözlük, 2024), anlık satın alma faaliyetlerinden daha fazlasını ifade ettiği için bunun yerine kurumsal anlamda tedarik zinciri ifadesi kullanılmaktadır.

Tedarik zinciri; aralarında malzeme, ürün ve bilgi akışı olan tedarikçiler, lojistik hizmet sağlayıcılar, üreticiler, distribütörler ve perakendeciler dâhil olmak üzere bir elemanlar kümesi olarak tanımlanmaktadır (Kopczak, 1997).

Tedarik zinciri yönetimi, arz ve talebi dengeleme, ürün geliştirme, üretim döngülerini sağlama, stok devir süresini kısaltma, müşteri ihtiyaçlarına etkin bir şekilde cevap verme, giderleri azaltma ve müşteri memnuniyetini artırmaya yönelik tüm faaliyetlerin koordinasyonunu sağlayan bir süreçtir (Russell, 2007). Bu süreçte tedarik zinciri öğeleri bir bütün olarak ele alınıp daha az maliyetle üstün müşteri değeri sağlamak için tedarikçiler ve müşteriler arasındaki yukarı ve aşağı doğru ilişkilerin yönetilmesi sağlanmaktadır (Christopher, 2022).

2.3. Sağlık Kurumlarında Tedarik Zinciri Yönetiminin Önemi

Hizmet sektörünün en önemli aktörlerinden biri olan sağlık sektörü tüm dünyadaki en büyük on sektörün içerisinde yer almaktadır. Yapısı gereği farklı birçok uzmanlığın bir arada yönetilmesi gereken sağlık sektöründe bir taraftan ana hizmet olan tıbbi hizmetlerin sunumu ile; insan kaynaklarından muhasebeye, otelcilik hizmetlerinden satın almaya kadar diğer pek çok yardımcı hizmetin uygun bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir (Atasever, 2020).

Sağlık sektörünün kendine has özellikleri olması sağlık sektöründe tedarik zinciri yönetiminin farklılaşmasına neden olmaktadır. Sağlık sektöründe nihai ürün “sunulan sağlık hizmeti” iken tedarik edilen malzemelerin nihai kullanıcıları ise sistemin iç müşterileri olan sağlık personelidir (Schneller vd., 2006).

Türkiye’de sağlık sektörü malzeme ve tedarik zinciri yönetimini mevzuat ve uygulama bakımından kamu ve özel sektör olarak genel anlamda ikiye ayırmak mümkündür. Kamu sağlık kurumları uygulama sırasında birçok mevzuat sınırlaması ile karşı karşıya kalırken, özel sektör sağlık kurumları ihtiyaçlarını esnek bir şekilde serbest piyasadan tedarik edebilmektedir (Atasever, 2020). Kamu kurumlarının alım yöntemlerinde belirli mevzuat ve katı kuralların benimsenmiş olması bir taraftan idarelerin işlerini düzene sokarken diğer yandan serbest piyasada faaliyet gösteren özel sektör karşısında rekabet etme gücünü sınırlandırmaktadır (Demirboğa, 2017).

Sağlık hizmetlerinin; çoğu zaman acil olması, hemen müdahale edilmemesi durumunda sağlığın daha da bozulması, organ kaybı ile acı duyma ve ölüm oranlarının artması gibi olumsuz sonuçlara sebep olduğu göz önüne alındığında ertelenemez özelliği ön plana çıkmaktadır (Çavuş, 2022). Sağlık hizmetlerinin ertelenemez olması, sağlık hizmeti üretiminde akıllı teknolojiler ile donatılmış sağlık kurumlarında nitelikli insan kaynağı ile ihtiyaç duyulan malzemelerin de aynı anda hazır bulundurulmasını zorunlu kılmaktadır. İyi yönetilen malzeme yönetimi süreçleri ile sağlık kurumları önemli avantajlar elde eder iken aksi durumlarda idari, mali, hukuki, insani ve vicdani çok çeşitli olumsuz sonuçlar ile karşı karşıya gelebilmektedirler.

Günümüzde kaliteli sağlık hizmeti üretimi için ileri teknoloji ürünü malzemelere ihtiyaç duyulması nedeni ile artan maliyetler sağlık kurumlarının bütçe planlamalarında önemli bir yer tutmaktadır (Tarakçı ve Uysal, 2022). Sağlık kurumlarında tedarik zinciri yönetiminin artan önemi ile birlikte maliyetlerinde ortaya çıkan artışlar, sağlık kurumları yöneticilerinin tedarik süreçlerini daha iyi yönetmeleriyle ilgili sorumluluklarını daha da artırmaktadır. Tedarik zinciri yönetimi sağlık kurumlarında maliyetleri düşürmede ve sağlık hizmeti kalitesini artırmada etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

2.4. Sağlık Kurumlarında Kullanılan Tedarik Yöntemleri

Kamu kurumları iç kaynaklardan temin edilemeyen ihtiyaçlarını, çeşitli gerekçeler ile dış kaynaklardan tedarik etmek üzere farklı stratejiler kullanmaktadır (Nazlıoğlu ve Yar, 2016). Bir kurumun kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetlerini uzmanlık alanına sahip farklı organizasyonlardan tedarik etmesi ve bu şekilde rekabet avantajı elde etmeye yönelik faaliyetleri içeren dış kaynak kullanımı, kamu sağlık kurumlarında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Karahana, 2009). Kamu sağlık kurumlarında ihtiyaç duyulan malzemelerin dış kaynaklardan tedarik edilmesine yönelik çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden en çok kullanılanlar; ihale, doğrudan temin ve Devlet Malzeme Ofisi (DMO) merkezi alımlarıdır.

Günümüzde kamu yönetiminde pek çok farklı alanda ve en sık kullanılan dış kaynaktan tedarik sağlama yöntemi ihaledir (İlkorkor, 2010). İhale kısaca, teklif verenler arasında fiyat kırma yolu ile bir işi kimin daha ucuza yapacağını anlamak ve işi en iyi fiyatı veren kişiye bırakmaya yönelik gerçekleşen bir süreç olarak tanımlanmaktadır (TDK Sözlük, 2024). İhale yönteminde kamu kurumları, ihtiyaç duydukları mal veya hizmeti kendi içinde üretmek yerine dış kaynaklardan tedarik sağlamayı daha faydalı görmektedirler (Ascher, 1987). İhale yöntemi ile artan rekabet ile etkinlik ve verimlilik artışı sağlanır, kamuda tekelleşme önlenir (Domberger, 1998).

4734 sayılı kanunda açık ihale, şartları taşıyan bütün isteklilerin teklif verebildiği temel ihale usulü olarak belirlenmiştir. Kamu sağlık kurumları ihtiyaç duyduğu mal, hizmet yapım ve danışmanlık işleri için öncelikli olarak açık ihale usulünü kullanmaktadır.

Belli istekliler arasında ihale, en az beş kişi davet edilerek yapılacak ön yeterlik değerlendirmesi sonucu en az üç istekli ile yapılabilen açık ihaleden sonraki temel ihale usulüdür. Belli istekliler arasında ihale temel ihale usullerinden olmasına rağmen kamu sağlık kurumlarında sık kullanılan bir yöntem değildir.

Pazarlık usulü ihale, temel ihale usulleri ile yapılan ihalelere teklif çıkmaması ve yangın, deprem, sel vb. önceden öngörülemeyen özel durumlar için tasarlanmış nispeten daha hızlı sonuç alınabilecek

tali bir ihale yöntemidir. Rekabetin sınırlandırıldığı bir ihale usulü olan pazarlık usulü ihalede hedeflenen öncelikli amaç ihtiyacın hızlı bir şekilde karşılanmasıdır.

4734 sayılı kanunun ilk yürürlüğe girdiği tarihte doğrudan temin yoluyla yapılan alımlar ihale usulü olarak belirlenmişken, 30.07.2003 tarih ve 4964 sayılı Kanunun 12'nci maddesinde yapılan değişiklikle doğrudan temin alımlar ihale usulü olmaktan çıkartılmıştır. İlan yapılmadan hızlı bir şekilde piyasadaki fiyat araştırması yapmak suretiyle belirli limitlerdeki ihtiyacı karşılamaya yönelik olarak yapılan doğrudan teminler, sağlık kurumlarında özellikle acil ihtiyaçların karşılanmasında sıkça kullanılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ile DMO arasında bakanlığa bağlı sağlık kurumlarında ihtiyaç duyulan tıbbi malzeme ve ilaç alımlarının öncelikli olarak DMO toplu alım yöntemi ile tedarik edilmesine yönelik tedarik ve iş birliği protokolü imzalanmıştır. Protokol kapsamında DMO merkezi alım sürecine konu olan tıbbi malzeme ve ilaçlar, öncelikli olarak DMO merkezi toplu alım yöntemi ile tedarik edilmektedir (Sağlık Bakanlığı ve DMO, 2018). 2018 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları için başlatılan uygulama, 2020 yılında üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

III. AMAÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma; Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarının, Sağlık Bakanlığı ile bağlı birimlerinin tedarik yöntemlerini ne şekilde etkilediğini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma ile konjonktüre göre değişen sağlık politikalarından etkilenen tedarik yöntemleri hakkında sağlık kurumları yöneticileri ile birlikte diğer tedarik zinciri üyelerinin dikkatini çekerek tedbir almaları ve sağlık hizmeti üretiminin devamına katkı sağlanması hedeflenmektedir. Çalışmanın ayrıca Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları ile tedarik yöntemleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak literatüre katkı sağlayacağı ve bu konularda yürütülecek araştırmalarda yol gösterici bir kaynak olacağı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu araştırma nitel araştırma yöntemlerinden durum çalışması modeli ile desenlenmiştir. Durum çalışması, tek bir durum veya olayı derinlemesine bir şekilde sistematik veri toplayarak olup bitenleri gerçek ortamında inceleme yöntemidir. Elde edilen sonuçlar olayların neden meydana geldiğine ve gelecekteki araştırmaların nereye odaklanması gerektiğine ışık tutar (Davey, 2009). Nitel araştırmalarda gözleme, görüşme, belge ve konuşma analizi gibi nitel veri toplama teknikleri yaygın olarak kullanılmaktadır (Hatch, 2023). Bununla birlikte, doğal ortamlarında insanla ilgili algıları ve olayları toplumsal gerçeklik ile inceleyen nitel araştırmalar farklı disiplinleri bünyesinde birleştiren bütünsel bir bakış açısına da sahiptir (Merriam ve Grenier, 2019).

Doküman analizi, çalışmanın hedeflediği gerçekler veya olaylar hakkında bilgi içeren yazılı görsel-ışitsel materyallerin analizini içerir. Nitel bir araştırmada gözlem veya görüşmenin mümkün olmadığı durumlarda veya çalışmanın geçerliğini artırmak amacıyla, çalışılan araştırma sorusuyla ilgili yazılı ve görsel materyaller ile diğer veri toplama teknikleri çalışmaya dâhil edilebilir. Bu durum, doküman incelemesinin veya analizinin tek başına bir araştırma yöntemi olabileceği veya diğer nitel yöntemler kullanıldığında ek bilgi kaynağı olarak hizmet edebileceği anlamına gelir (Sığırı, 2021). Araştırma geriye dönük dönemsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Türkiye'de 2014-2023 yılları arası 10 yıllık dönemde yapılan bütün ihaleler oluşturmaktadır. Belirlenen evren içerisinde en üst düzeyde Sağlık Bakanlığı ve bağlı

birimleri tarafından 2014-2023 yılları arası 10 yıllık dönemde yapılan bütün ihaleler bu araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması

Belirtilen 10 yıllık dönemde Türkiye’de kamu sağlık kurumlarının tedarik zinciri uygulamalarına etki edeceği değerlendirilen sağlık politikaları; yazın taraması, Resmî Gazete, Cumhurbaşkanlığı, ilgili bakanlık ve kurumların web sayfaları haber siteleri vb. yerlerden araştırılarak ortaya çıkarılmıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın tedarik yöntemleri verilerinin toplanması için öncelikle Kamu İhale Kurumu (KİK) tarafından yayınlanan yıllık istatistiklerden yararlanılmıştır. Elektronik Kamu Alımları Platformu (EKAP) üzerinden örneklem olarak belirlenen Sağlık Bakanlığı’na ait 10 yıllık dönemde yapılan ihaleler sorgulanarak tespit edilmiştir. Sağlık kurumları için tıbbi malzeme tedarikinin önemi göz önünde bulundurularak, bütün ihaleler içinde yer alan mal alımı ihaleleri ve mal alımı ihaleleri içinde yer alan tıbbi malzeme ihaleleri Ortak Kamu Alımları (OKAS) özel kodları ile sorgulanarak tespit edilmiştir. İhale seçiminde sonuç ilanı yayınlanan ihaleler temel alınarak işlem yapılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada ele alınan dokümanlar içerik analizi modeli ile değerlendirilmiştir. İçerik analizi, nitel araştırmalarda temel veri analiz tekniği olup toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmayı amaçlayan bir veri analiz tekniğidir. İçerik analizinde betimsel analiz yapıldıktan sonra veriler kategorik analize tabi tutulur. Kategorik analizin iki alt aşaması vardır. Bunlar; sınıflandırma ve ilişkilendirme aşamalarıdır. Sınıflandırma süreci, verileri analiz edilebilecek kategorilere dönüştürmektir (Sığırı, 2021). İlişkilendirme süreci ise sınıflandırılan verilerin birbiriyle nasıl bir etkileşim içinde olduklarının değerlendirilmesidir (Dey, 2003).

Araştırma kapsamında 2014-2023 yılları arası 10 yıllık dönemde ülkemizde uygulanan sağlık politikaları, etki ettiği yıllar bazında dört dönem olarak sınıflandırılmıştır. Daha sonra bu politikaların ilgili dönemlerdeki tedarik yöntemlerini ne şekilde etkilediği, aralarında ilişkilendirme yapılarak analiz edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık kurumlarında ihtiyaçları karşılamak üzere çok çeşitli tedarik yöntemleri kullanılmaktadır. Bunlardan doğrudan temin alımlar EKAP üzerinden toplu bir şekilde alınmadığı, kurumlar arası devirler ile ilgili istatistiki bir kayıt tutulmadığı, DMO üzerinden yapılan alım sonuçları ise kurumlar bazında yayınlanmadığı için çalışmaya dâhil edilememiştir. Örneklemin Sağlık Bakanlığı ve bağlı birimleri ile sınırlı olması ve belli tarihler aralığında yapılmış alım yöntemlerini kapsamı araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

IV. BULGULAR

Araştırma kapsamında öncelikle Türkiye’de 2014-2023 yılları arası 10 yıllık dönemde kamu sağlık kurumlarının tedarik zinciri uygulamalarına etki edebileceği düşünülen sağlık politikaları çıkarılmıştır.

Türkiye’nin son 10 yıl içerisinde sağlık alanında ortaya çıkan politikalara baktığımızda ilk olarak karşımıza 02/11/2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) (Resmî Gazete, 2011) ile yapılan değişikliklerin etkileri öne çıkmaktadır. Söz konusu KHK ile ülkemizde Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında önemli değişiklikler yapılarak sağlık sisteminin işleyişinde köklü değişiklikler yapılmıştır. KHK’nın 25. maddesi ile Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı birimi temsilcisi olarak il sağlık müdürlükleri belirlenmiştir. 35/3. maddesinde bakanlığı bazı bağlı kuruluşların taşraya ait faaliyetlerinin taşra teşkilatı görevlerince yerine getirilmesi öngörülmüştür. Buna göre Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun taşradaki yönetim görevi halk sağlığı müdürlüklerince, Türkiye Kamu

Hastaneleri Kurumunun taşradaki yönetim görevi ise kamu hastane birliklerince merkezi kurumlarına bağlı olarak yerine getirileceği ifade edilmiştir. KHK'nın geçici 2. maddesinde belirtilen yürürlük tarihi itibari ile en geç 1 yıl içinde düzenleyici işlemlerin yürürlüğe konulması hükmüne göre; 02/11/2012 tarihi itibari yeni sisteme geçilmiştir.

663 sayılı KHK ile illerdeki sağlık müdürlüklerine halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastaneleri genel sekreterliklerinin de eklenmesi ile üçlü bir sağlık yönetimi yapısı oluşturulmuştur (Resmi Gazete, 2011) İllerde üç farklı oluşum olarak ortaya çıkan bu durum bazı yönetsel zorlukları da beraberinde getirmiştir (Aydın vd., 2023). Türkiye'de merkezîyetçi yönetim yapısının baskın olması, yönetsel, finansal, teknik olarak ortaya çıkan yetersizlikler ile taşra teşkilatında oluşan üç başlılık yetki ve görev çatışmalarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu ve benzeri durumlara bağlı olarak sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan aksamalar nedeni ile 663 sayılı KHK'dan dönüş yapılmıştır (Durmuş ve Durmuş, 2019).

25/08/2017 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe giren 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK'nın 184-194 maddeleri ile 663 sayılı KHK ile yapılan pek çok değişik iptal edilmiştir (Resmi Gazete, 2017). Buna göre illerdeki kamu hastane birlikleri ve halk sağlığı müdürlükleri kapatılarak yönetim görevleri il sağlık müdürlüklerine devredilmiştir. Bu şekilde sağlık bakanlığı taşra teşkilatında üç merkezli bir yönetim anlayışı terk edilerek önceki yönetim sistemine daha yakın merkezîyetçi bir teşkilat yapısı oluşturulmuştur (Tarakçı ve Uysal, 2022).

Türkiye'de 16 Nisan 2017 tarihinde yapılan referandum sonucunda yapılan yeni anayasa değişikliği kabul edilmesinin (YSK, 2017) ardından Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçiş hazırlıkları yapılmaya başlanmıştır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri ile teşkilat yapısında önemli değişiklikler yapılmıştır. 09/07/2018 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 703 sayılı "Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında KHK'nın 25. maddesinde 663 sayılı KHK'nın adı "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında KHK" şeklinde değiştirilmiştir (Resmi Gazete, 2018a). Bu dönemde yapılan en önemli değişikliklerden biri de 10/7/2018 tarihinde yayınlanan 1 nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnesi (Resmi Gazete, 2018b) ile Cumhurbaşkanlığı bünyesinde oluşturulan politika kurullarının politika belirlemede temel aktör olarak belirleyici olmasıdır. Bu çerçevede sağlık teşkilatını ilgilendiren "Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu" oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı ve DMO arasında 19/01/2018 tarihinde imzalanan protokol ile kamu sağlık kurumlarında ihtiyaç duyulan tıbbi malzeme alımlarının öncelikli olarak DMO tarafından merkezi alım yöntemi ile tedarik edilmesi süreci başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı ve DMO, 2018).

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi sonrası 3 Ağustos 2018 tarihinde Cumhurbaşkanlığı ve bakanlıklar ile diğer kurumların 100 günlük eylem planları açıklanmıştır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üretiminde ihtiyaç duyduğu sık tüketilen tıbbi malzemelerin tedarikinin kolaylaştırılması ve yerlilik oranının artırılması hedefiyle Sağlık Market Uygulamasının başlatılması planlanmıştır (Cumhurbaşkanlığı, 2018).

Türkiye'de ilk Covid-19 vakasının tespit edildiği 11 Mart 2020 tarihi (Anadolu Ajansı, 2022) ile salgın sonrası normalleşme faaliyetlerinin başlatıldığı 01/07/2021 tarihleri arasında (İçişleri Bakanlığı, 2021) Covid-19 salgını ile mücadele ve tedavi sürecinde sağlık hizmetlerinin işleyişi ile ilgili bazı değişiklikler yapılmıştır. Sosyal yalıtım önlemlerinin devreye girmesiyle birlikte acil olmayan tetkik, tedavi ve ameliyatlara ertelenmiş, hastanelere başvuran hasta sayısı azalmıştır. Bu ve benzeri şekilde alınan önlemler ile sağlık kurumlarının günlük işleyişi değişmiş, altyapısı müsait olan bazı hastaneler salgın hastanesi olarak hizmet vermeye başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

KİK tarafından yapılan yönetmelik değişikliği ile 01/08/2022 tarihi veya sonrasında yapılan ve yaklaşık maliyeti belirlenen eşik değeri aşan kamu ihalelerinin EKAP üzerinden elektronik ihale (e-ihale) yöntemi ile yapılması zorunlu kılınmıştır (KİK, 2022).

Belirtilen döneme ait sağlık politikaları çıkartıldıktan sonra en üst idare bazında Sağlık Bakanlığı ihale sayıları; KİK istatistikleri EKAP üzerinden sorgulama yapılarak veriler aşağıda Tablo 1’de oluşturulmuştur. Tablo 1’de yer alan bakanlığın on yıllık tedarik yöntemlerindeki değişim ilgili sağlık politikaları ile eşleştirme yapılarak tarihsel süreç içerisinde dört döneme ayrılarak analiz edilmiştir.

Tablo 1’de yer alan ihale sayıları ve türleri tarihsel sürece göre sağlık politikaları ile değerlendirildiğinde ilk olarak 663 sayılı KHK’nın bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında yaşanan değişimin ihale sayıları ve türlerinin yansımaları görülmektedir. Bu dönem araştırma yapılan zaman dilimi içerisinde 2014-2017 yıllarını kapsayan dört yıllık süreyi içermektedir. 2014 yılında 12.099 olan toplam ihale sayısı 2015 yılında %16,33 azalarak 10.123’e, 2016 yılında %5,84 azalarak 9.532’ye, 2017 yılında ise %11,85 azalarak 8.402’ye düşmüştür. Bu dönemde yapılan toplam ihaleler içinde yer alan toplam mal alımı ihale sayılarında toplam ihale sayıları oranı kadar olmasa da her sene %3,5 ile %7 arasında düşerek 2014 yılında 7.142 olan ihale sayısı 2017 yılında 6.053’e düşmüştür. Toplam mal alımları içinde yer alan toplam tıbbi malzeme alım ihale sayılarında da belirgin düşüşler görülmektedir. 2014 yılında 4.704 olan tıbbi malzeme ihale sayısı toplam mal alımlarının %65,86’sını oluşturmakta iken bu sayı 2017’de 3.282’ye düşerek toplam mal alımlarının %54,22’sini oluşturmuştur. Olağanüstü durumlarda kullanılan pazarlık usulü tıbbi malzeme alımı ihalelerinin bu dönemde diğer ihale yöntemlerine paralel bir düşüş göstermiştir. 2014 yılında 779 olan pazarlık usulü tıbbi malzeme alımı ihale sayısı 4 yıllık süreçte azalma eğilimi göstererek 2017 yılında 347’ye kadar düşmüştür.

Bu süreçte dikkat çeken ikinci dönem 694 sayılı KHK ile bakanlığın teşkilat yapısının yeniden değişmesi, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi’ne geçiş hazırlıkları ve Bakanlık tıbbi malzeme ihtiyaçlarının öncelikle DMO tarafından karşılanmasına yönelik politika değişikliklerinin olduğu 2018-2019 yılları dönemidir. Bu dönemde toplam mal alımlarında 2018 yılında bir önceki yıla göre %2,82 azalma görülürken buna karşın bu sayı 2019 yılında %8,95 artarak 8.896’ya yükselmiştir. Toplam mal alımı ihaleleri de toplam ihalelere benzer benzer bir seyir izleyerek 2018 de %2,89 azalmış, 2019’da ise %5,14 artmıştır. Tıbbi malzeme alımları 2018 yılında bir önceki yıla göre %13,16 artarak 3.714’e 2019 yılında ise %12,87 artarak 4.192’ye yükselmiştir. 2018 yılında tıbbi malzeme ihale sayısı toplam mal alımlarının %63,18’ini oluşturmakta iken bu oran 2019’da %67,83’e yükselmiştir. Pazarlık usulü ihale sayısı 2018 yılında bir önceki yıla göre iki katından fazla artarak 714’e, 2019’da ise 864’e yükselmiştir.

Ülkemizde Covid-19 salgınının yoğun olarak yaşandığı 2020 ve 2021 yılları bu süreçte üçüncü dönem olarak değerlendirilmiştir. Bu dönemde Covid-19 salgını ile mücadele ve tedavi sürecinde sağlık hizmetlerinin işleyişi ile ilgili yapılan bazı değişikliklerin ihale sayıları ve türlerine olan yansımaları görülmektedir. 2020 yılında toplam ihale sayısı bir önceki yıla göre %15,10 azalarak 7.553’e, 2021 yılında ise %3,91 azalarak 7.258’e düşmüştür. Toplam mal alımlarındaki ihale sayılarındaki düşüş daha belirgin bir şekilde görülmektedir. 2020 yılında bir önceki yıla göre %27,69 olan düşüş oranı 2021 yılında %9,51 düşme şeklinde gerçekleşmiştir. Sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısının azalması ile birlikte tıbbi malzeme alım ihaleleri 2020 yılında bir önceki yıla göre %31,15 oranında düşerek 2.886’ya 2021 yılında ise %2,25 azalarak 2.821’e düşmüştür. Tıbbi malzeme alımlarında 2020 yılında 883 olarak gerçekleşen pazarlık usulü ihale sayısı 2021 yılında artış göstererek 1.134 olarak gerçekleşmiştir.

Dördüncü dönem olarak değerlendirilen 2022 ve 2023 yılları dönemi Covid-19 salgını sonrası ve bazı eşik değerli ihaleler için e-ihalenin zorunlu tutulduğu dönemdir. Bu dönemde toplam ihale sayısı 2022 yılında bir önceki yıla göre %27,45 artış göstererek 9.250 olmuştur. Mal alımı ihale sayıları da toplam sayısı kadar olmasa da %18,97 artış ile 4.811 olarak gerçekleşmiştir. 2022 yılında bir önceki döneme göre %39,70 artış gösteren tıbbi malzeme ihale sayısı 3.941 olarak gerçekleşmiştir. İnceleme yapılan yıllar içinde tıbbi mal alımlarının toplam mal alımlarına oranı bu dönemde en yüksek oran ile 81,92 olarak görülmektedir. Aynı yıl pazarlık usulü ihale sayısı da 1.709 olarak en yüksek rakamına ulaşmıştır. 2023 yılında hasta yoğunluğunun azalması ile birlikte toplam ihale sayısında bir önceki yıla göre %12,57, tıbbi malzeme alımlarında ise %33,37 oranında azalma görülmüştür. Pazarlık usulü tıbbi malzeme ihale sayısı ise bir önceki yıla göre yarıdan daha fazla düşerek 869 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Birimleri İhaleleri (2014-2023 yılları)

Dönem	Yıl	Bütün İhaleler				İlaç ve Tıbbi Malzeme Alım İhaleleri				
		Toplam İhale Sayısı* (A)	Bir Önceki Yıla Göre Değişim (A) (%)	Toplam Mal Alımı İhale Sayısı (B)	Bir Önceki Yıla Göre Değişim (B) (%)	Açık İhale (C)	Pazarlık İhale (D)	Toplam (C+D)	Bir Önceki Yıla Göre Değişim (C+D) (%)	Tıbbi Mal Alımlarının Toplam Mal Alımlarına Oranı (C+D)/(B) (%)
IV	2023	8.431	-8,85%	4.209	-12,51	1.757	869	2.626	-33,37	62,39
	2022	9.250	27,45	4.811	18,97	2.232	1709	3.941	39,70	81,92
III	2021	7.258	-3,91	4.044	-9,51	1.687	1134	2.821	-2,25	69,76
	2020	7.553	-15,10	4.469	-27,69	2.003	883	2.886	-31,15	64,58
II	2019	8.896	8,95	6.180	5,14	3.328	864	4.192	12,87	67,83
	2018	8.165	-2,82	5.878	-2,89	3.000	714	3.714	13,16	63,18
I	2017	8.402	-11,85	6.053	-6,63	2.935	347	3.282	-12,76	54,22
	2016	9.532	-5,84	6.483	-5,87	3.270	492	3.762	-7,95	58,03
	2015	10.123	-16,33	6.887	-3,57	3.508	579	4.087	-13,12	59,34
	2014	12.099		7.142		3.925	779	4.704		65,86

*(Mal + Hizmet + Yapım + Danışmanlık)

Kaynak: EKAP (2024) ve KİK (2024)

V. TARTIŞMA

Bu araştırmada; Türkiye’de 2014-2023 yılları arası 10 yıllık dönemde uygulanan sağlık politikalarının aynı dönemde Sağlık Bakanlığı ve bağlı birimleri tarafından uygulanan tedarik yöntemlerini nasıl etkilediği incelenerek analiz edilmiştir. Bunun için belirtilen on yıllık zaman aralığı ilgili politikalar ile eşleştirme yapılarak tarihsel sürece göre dört döneme ayrılarak değerlendirmeler yapılmıştır.

Birinci dönem olarak değerlendirilen 2014-2017 yıllarını kapsayan zaman dilimi 663 sayılı KHK ile Bakanlık teşkilat yapısının değiştirildiği dönemin içindedir. Bu dönemde KHK ile Bakanlık merkez teşkilatındaki bağlı kuruluşların sayısı artırılmıştır. Bakanlığa bağlı özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliği olan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün yanı sıra özel bütçesi ve özerkliği olmayan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) ve Türkiye Kamu Hastane Kurumu (TKHK) kurulmuştur. Bu yeni yapılanmadan kaynaklanan tüzel kişilik sorunları yetki ve sorumluluk sorunlarını da beraberinde getirmiştir (Aydemir, 2020). Merkez teşkilatındaki değişime bağlı olarak ortaya çıkan yetki ve sorumluluk kargaşasının bir benzeri de taşra teşkilatlarında ortaya çıkmıştır. Bu dönemde taşra teşkilatında il sağlık müdürlükleri, halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastaneleri genel sekreterlikleri koordine olamayıp ayrı ayrı ihale yaparak ihtiyaçlarını giderme yoluna gittikleri için bakanlık bazında yapılan toplam ihale sayıları yüksek görülmektedir. Ayrıca yeni kurulan taşra teşkilat yapısında sözleşmeli yöneticilik modeli ile yönetici personelin tamamının yenilenmesi ve sözleşmeli yöneticilik şartlarında liyakat ve tecrübe şartlarının çok zayıf olması da bu sonuçta etkili olmuştur. Tedarik zinciri yönetimine hâkimiyeti zayıf olan yönetici personelin ilk zamanlarda ihale sayısının yükselmesinde etkili olduğu değerlendirilmektedir. Serdar (2015) tarafından yapılan çalışmada elde edilen sonucu destekler bulgulara ulaşıldığı görülmektedir. Çalışma ile 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlarında uygulanan sözleşmeli yöneticilik modelinde istihdam edilen yöneticilerde aranan liyakat ve tecrübe şartlarının çok zayıf olması nedeni ile kuruluş sürecinde malzeme talep ve tedarik edenlerin süreci iyi bilmemesinden dolayı tedarik zinciri yönetiminde önemli sıkıntılar yaşandığı tespitleri yapılmıştır (Serdar, 2015).

Yeni kurulan sözleşmeli yöneticilik modelinin zamanla oturması ve tecrübe kazanılması ile ihale sayılarının 2017 yılı sonuna kadar aşamalı bir şekilde azalması dikkat çekmektedir.

İkinci dönem olarak değerlendirilen 2018-2019 yılları Covid 19 salgınına başlamadan önceki dönemdir. Bu dönemde 663 sayılı KHK'dan geri dönüş yapılarak 694 sayılı KHK ile sağlık bakanlığı taşra teşkilatındaki üç başlı diye tabir edilen yönetim anlayışı terk edilmiş, illerde sağlık müdürlükleri sistemine geri dönmüştür. Bu dönemde ayrıca Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçiş ile ortaya çıkan merkeziyetçi yönetim anlayışının artmasının sağlık politikalarına yansımaları görülmektedir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı ve DMO arasında imzalanan protokol kapsamında kamu sağlık kurumlarında ihtiyaç duyulan tıbbi malzeme alımlarının öncelikli olarak DMO tarafından merkezi alım yöntemi ile tedarik edilmesi hedeflenmiştir. Sık tüketilen tıbbi malzemelerin tedarikinin kolaylaştırılması ve yerlilik oranının artırılması hedefiyle Sağlık Market Uygulaması başlatılmıştır. İllerdeki sağlık hizmetlerinin il sağlık müdürlüğü altında toplanması ve tıbbi malzeme alımlarında DMO merkezi alımlarına öncelik verilmesi ile tıbbi malzeme alımlarındaki ihale sayılarında düşüş beklenirken tam tersine olarak açık ihale ve pazarlık usulü ihale sayılarındaki artış dikkat çekmektedir. Pazarlık usulü ihale sayısındaki artışın çok olması illerde yeniden il sağlık müdürlüğü altında toplanma ile ilgili uyum sorunları yanında DMO merkezi alım sistemine özgü yaşanan sorunların da etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Merkezi alımların toplu satın almadan kaynaklı artan pazarlık yapma gücü, düşük fiyat avantajı, satın alma maliyetlerini azaltma ve uzman personeller aracılığı ile işlem yapma gibi bazı avantajları vardır (Nollet ve Beaulieu, 2005). Buna karşın yatırım ve stok bulundurma maliyetlerinin yüksek olması, sağlık kurumlarının malzemeleri standartlaştırmada yaşadığı sorunlarla birlikte esnekliğin azalması, tedarikçi firmalar ile yaşanan uyum ve iletişim problemleri merkezi alımların en önemli dezavantajları olarak karşımıza çıkmaktadır (Yiğit, 2012). DMO merkezi alım sürecinde karşılaşılan en önemli sorunlar; yayınlanan ihalelerin planlandığı gibi ilerlememesi veya satın alma aşamasında iptal edilmesidir. İhalenin iptal edilmesi hastane mal veya hizmet alımında gecikme, süreçlerin uzaması, hizmet kesintisi gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Biçer ve Özçelikay, 2023). Konu ile ilgili olarak literatürden elde edilen bilgiler merkezi alımların dezavantajlarına bağlı olarak tedarik zinciri yönetiminde önemli gecikmelere sebep olduğu yönündedir. Merkezi alım ile tıbbi malzeme almak için planlama yapan kamu sağlık kurumları, çeşitli sebepler ile aniden ihalenin iptal olduğunu öğrendiklerinde, ihtiyacın niteliğine göre acilen pazarlık usulü veya açık ihale ile alıma çıkabilmektedirler. Bu şekilde özellikle tıbbi malzeme ihale sayıları artmaktadır. Literatürden elde edilen bilgiler, çalışma ile elde edilen DMO merkezi alımlarının kamu sağlık kurumlarının ihale sayılarının artmasının gerekçelerini destekler niteliktedir.

Covid-19 salgınının yoğun olarak yaşandığı üçüncü dönem olan 2020-2021 yılları, alınan sosyal izolasyon tedbirlerinin etkisinin görüldüğü zaman dilimidir. Covid-19 salgını dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetleri talebi ile erişimini olumsuz yönde etkilemiştir. Sağlık hizmeti taleplerinin ertelenmesi, vatandaşların randevu bulamaması gibi sağlık hizmetleri arzı kaynaklı nedenler olabildiği gibi toplu taşıma olanaklarının azalması ve sokağa çıkma kısıtlamaları gibi salgını kontrol etmek amaçlı alınan sağlık sektörü dışındaki diğer faktörler de etkili olmuştur (Aslan, 2022). Covid-19 salgını ağırlıklı olarak ağızdan havaya karışan sıvı parçacıkları ile yayıldığı için ağız ve diş sağlığı hizmetleri salgın döneminde yüksek riskli hizmetler olarak görülmüştür. Pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de ağız ve diş sağlığı ile ilgili hizmetler durma noktasına gelmiştir (Erden vd., 2020). Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık birimlerinde toplam hekime müracaat sayısı, salgın öncesi 2019 yılında 675.724.714 iken bu sayı ülkemizde salgının başladığı 2020 yılında %27'den fazla düşerek 493.101.755 olmuştur. 2021 yılında ise bu sayı 2019 yılına göre %19'a yakın düşerek 550.565.494 müracaat sayısı olarak gerçekleşmiştir (Başara vd., 2024) Bu dönemde alınan sosyal izolasyon tedbirlerinin etkisi ile sağlık kurumlarına giden hasta sayılarının azalması ile birlikte malzeme kullanımı da azaldığı için bütün ihale sayılarındaki düşüş dikkat çekmektedir. İhale sayılarındaki düşüşe karşılık olağanüstü dönemlere özgü bir alım yöntemi olan pazarlık usulü tıbbi malzeme alımları ihale sayısında belirgin bir artış görülmektedir. Bu durum pazarlık usulü ihalenin olağan üstü durumlara özel kullanım amacı ile bağdaşır niteliktedir.

Dördüncü dönem olarak değerlendirilen 2022-2023 yılları, salgın döneminden sonraki rutin sosyal hayatın başladığı dönemdir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık birimlerinde toplam hekime müracaat sayısı, 2022 yılında salgın dönemleri olan 2020 ve 2021 yılları ortalamasına göre %37'den

fazla artış göstererek 716.555.653 olarak gerçekleşmiştir (Başara vd., 2024) Salgın döneminde alınan tedbirler ile sağlık kurumlarına başvuruları kısıtlanan ve acil olmayan tedavileri ertelenmek zorunda kalan hastaların sağlık kurumlarının rutine dönmesi ile birlikte sağlık kurumlarında oluşan yoğunluğa bağlı olarak ihale sayılarındaki belirgin artış dikkat çekmektedir. Tıbbi mal alımlarının toplam mal alımlarına oranının en yüksek olduğu oran %81,92 ile 2022 yılıdır.

2022 yılı Ağustos ayı itibari ile uygulanması zorunlu tutulan e-ihale uygulamaları, katılımcı sayısını artırarak rekabet yoluyla kamu alımlarının daha uygun fiyatlarla yapılmasına yardımcı olmaktadır (Bartezzaghi ve Ronchi, 2003). Normal ihalelerde ortaya çıkabilecek hesap hataları idari ve hukuki pek çok sorun e-ihale yönteminde engellenmekte ya da daha hızlı bir şekilde çözülebilmektedir. İhale öncesi hazırlık ve sonrasında karar işlemleri daha hızlı bir şekilde yapılabilmektedir (Uğur ve Çütücü, 2009). EKAP üzerinden yapılan e-ihalenin sağlık kurumlarına sağladığı avantajlar sayesinde; sağlık kurumlarının ihale hata oranları ve buna bağlı ihale iptalleri azalmakta, dijital ortamlarda veriye ulaşma ve işleme kolaylaşmakta, aynı anda daha fazla sayıda ihale kalemi ile alıma çıkılarak ihale sayıları azaltılabilmektedir. Salgın sonrası sağlık kurumlarında oluşan yoğunluğun zamanla azalması ve 2022 Ağustos ayından itibaren e-ihale uygulamaları ile ihalelerin kolaylaşması nedenleri ile 2023 yılında toplam ihale sayıları ile bütün ihale sayıları ve türlerinde belirgin bir düşüş görülmektedir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık politikalarının Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının tedarik yöntemlerini ne şekilde etkilediğine yönelik yapılan bu çalışmada, dönemsel olarak değişen sağlık politikalarının tedarik yöntemlerini etkilediği görülmüştür. 4734 sayılı kanunda belirtilen ihale usulleri arasında açık ihale ve belli istekliler arasında ihale usulleri temel ihale usulleri sayılmasına rağmen inceleme yapılan 10 yıllık dönemde ağırlıklı olarak açık ihalenin kullanıldığı, belli istekliler arasında ihalenin tıbbi malzeme alımlarında hiç kullanılmadığı tespit edilmiştir. Temel bir ihale usulü olmayan fakat özel şartlara bağlı olarak istisnai durumlarda kullanılan pazarlık usulü ihale yönteminin çoğunlukla amacına uygun bir şekilde; DMO merkezi alım dönemi, Covid-19 salgın dönemi ve salgın sonrası artan hasta yoğunluğuna bağlı olarak ortaya çıkan ihtiyaçları acil bir şekilde karşılamada etkin olarak kullanıldığı anlaşılmaktadır.

DMO merkezi alım sisteminin merkezi alımlara özgü dezavantajlarının etkisi ile kamu sağlık kurumlarının ihale yükünü yeterince azaltmadığı görülmektedir. Buna ek olarak bu dönemde olağan üstü şartlara özgü olarak kullanılan pazarlık usulü ihale sayıları önceki yıllara göre iki katından fazla artmıştır. Bu sonuçlar DMO merkezi alım sistemi ile hedeflenen kamu sağlık kurumlarının tıbbi malzeme alımlarının kolaylaştırılması amacına yeterince ulaşamadığını göstermektedir.

Sağlık hizmeti üretiminde önemli bir yeri olan malzemelerin uygun şartlarda tedarik edilerek sağlık hizmetlerinin devamının sağlanması için aşağıda belirtilen önerilerin yapılması uygun görülmektedir:

- İnceleme yapılan on yıllık zaman diliminde sağlık ile ilgili politika değişikliklerinin çoğunlukla dar bir zaman çerçevesinde KHK ya da Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri ile yakın aralıklarda yapıldığı görülmektedir. Bu durum yapılan politika değişikliği ile varılmak istenen hedeflere yeterince ulaşamadığını göstermektedir. Yapılan değişiklikler sağlık kurumlarının malzeme yönetim sürecinin önemli bir fonksiyonu olan tedarik zinciri yönetimi faaliyetlerini doğrudan veya dolaylı olarak etkilemiştir. Değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan sağlık kurumları yöneticileri yapılan değişikliklere uyum sağlayamadan eskiyi bırakıp yeni sürece uyum sağlamak zorunda kalacaklardır. Bu süreçler sağlık kurumlarında iş gücü ve zaman kaybına yol açabilecektir. Bunun yerine ihtiyaç duyulan değişikliklerin, geniş kamuoyu görüşü ve meclis mutabakatı ile daha geniş zaman dilimlerinde kanun ile düzenlenmesi önerilmektedir.
- Yapılan politika değişikliklerine uyum sağlama amaçlı olarak gerekli alt mevzuat değişiklikleri hızlı bir şekilde hazırlanarak özellikle taşra teşkilatlarında ortaya çıkabilecek yanlış yorumlama

ve uygulama farklılıklarına fırsat verilmemelidir. Sağlık kurumları yöneticileri ve konu ile ilgili çalışanlarına belli aralıklar ile eğitimler verilmelidir.

- Günümüz dünyasında çeşitli sebepler ile nitelikli sağlık hizmeti talebinin artarak devam etmesi ve sağlık teknolojisindeki ilerlemeler, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların artırılması ile bu kaynakların iyi yönetilmesi zorunluluğunu beraberinde getirmektedir. Her kademedeki sağlık yöneticisinin bu konudaki duyarlılığı artırılmalıdır. İhtiyaçların tedarik edilmesinde konjonktür ve mevzuata göre en uygun tedarik yöntemi seçilmelidir.
- Tedarik işlemlerinin belirli bir süreç aldığı iyi bilinerek, sağlık kurumları yöneticileri ile birlikte diğer tedarik zinciri üyeleri, yapılan politika değişikliklerini iyi takip etmeli ve gerekli önlemleri zamanında almalıdır.
- E-ihale ve DMO merkezi alım yöntemlerinin sağlık kurumlarının ihale yükünü yeterince azaltmadığı görülmektedir. Bunun için satın alma süreçlerini kısaltarak daha hızlı tedarik sağlayacak sağlık kurumlarına özel farklı tedarik yöntemleri geliştirilmelidir.
- Araştırmada sağlık politikalarının Sağlık Bakanlığı tedarik yöntemlerine etkisi çalışılmıştır. Sağlık politikalarından etkilenen diğer kamu ve özel sağlık kurumlarının tedarik yöntemlerinin benzer ve farklı yönleri göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmalar ile literatürü zenginleştirecek bulgular elde edilebilir.

Etik Kurul İzni: Bu çalışma, etik kurul izin belgesi gerektirmemektedir

KAYNAKLAR

- Akdur, R. (2008). *Cumhuriyetten günümüze Türkiye’de sağlık*. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı, 45-71
- Anadolu Ajansı. (2022). (2024, Mart 10). *Türkiye'nin Covid-19 salgınıyla mücadelesinin 2 yılı*. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiyenin-kovid-19-salginiyla-mucadelesinin-2-yili/2529977#:~:text=Bu%20rakam%20salg%C4%B1n%C4%B1n%20ba%C5%9F%C4%B1ndan%20beri,94%20bin%20ki%C5%9Fi%20ya%C5%9Fam%C4%B1n%C4%B1%20yitirdi>
- Ascher, K. (1987). *The politics of privatisation: contracting out public services*. Macmillian Education Ltd., London.
- Aslan, E. Ç. (2022). Covid-19 pandemisinin sağlık hizmetleri erişimine etkisinin değerlendirilmesi: Kesitsel bir araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 534-43
- Atabey, S. E. (2012). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikası*. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Atasever, M. (2020). *Satınalma, tedarik zinciri, lojistik, stok, depo ve taşınır yönetimi: güncel satınalma mevzuatı ve işleyişe göre kamu ve özel sağlık işletmelerinde satınalma, tedarik zinciri, lojistik, stok, depo ve taşınır yönetimi*. Göktuğ Ofset, Ankara.
- Aybay, R. (2006). Açıklamalı insan hakları evrensel bildirisi. *Türkiye Barolar Birliği Yayınları*, 113.
- Aydemir, İ. (2020). Sağlık Bakanlığı örgütsel yapısında yaşanan değişimler: 181, 663 ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler ekseninde yaşanan bu değişimlerin irdelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 350-365.
- Aydın, G. Z., Bölükbaşı, F. B., Demirci, H. F., ve Doğanyığıt, P. B. (2023). Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin 100 yılında sağlık politikaları. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(Özel Sayı), 431-454. doi:10.18037/ausbd.1306056

- Barker, C. E. (1996). *The Health care policy process*. Sage Publications, London.
- Bartezzaghi, E., & Ronchi, S. (2003). Internet supporting the procurement process: Lessons from four case studies. *Integrated Manufacturing Systems*, 14(8), 632-641. doi:10.1108/09576060310503447
- Başara, B. B., Çağlar, İ. S., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulalı, B., Ünal, G., Kayış, B. B., Kara, S., Pekerçli, D. A. A., & Yentür, G. K. (2024). Sağlık istatistikleri yılı 2022. In B. B. Başara, İ. S. Çağlar, A. Aygün, T. A. Özdemir, & B. Kulalı (Eds.), 8. *Bölüm-Sağlık hizmetlerinin kullanımı* (pp. 150-193). Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
- Biçer, A. E., & Özçelikay, A. T. (2023). Hastanelerde ilaç tedarik zinciri ve Devlet Malzeme Ofisi. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 7(2), 120-133. doi:10.52148/ehta.1409860
- Buse, K., Mays, N., Colombini, M., Fraser, A., Khan, M., & Walls, H. (2023). *Making Health Policy*, 3e. McGraw Hill.
- Christopher, M. (2022). *Logistics and supply chain management*. Pearson Uk.
- Cumhurbaşkanlığı. (2018). (2024, Nisan 18) *100 günlük eylem planları*. https://www.tccb.gov.tr/assets/dosya/100_GUNLUK_ICRAAT_PROGRAMI.pdf
- Çavuş, S. Y. İ. (2022). Hastanelerde tedarik zinciri yönetimi ve tüketim tahmini. *International Journal of Disciplines in Economics & Administrative Sciences Studies*, 5(12), 235-242.
- Davey, L. (2009). The application of case study evaluations. *Elementary Education Online*, 8(2), 1-3
- Demirboğa, D. A. (2017). Kamu ihale sözleşmesinin yapılması usulleri (ihale usulleri). *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi* (9), 181-201.
- Dey, I. (2003). *Qualitative data analysis: A user friendly guide for social scientists*. Routledge.
- Domberger, S. (1998). *The contracting organization: A strategic guide to outsourcing*. OUP Oxford.
- Durmuş, A., & Durmuş, M. N. (2019). Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 216-229.
- Dye, T. (2001). *Top down policymaking.-NY*. In: London: Chatham House Publishers of Seven Bridges Press.
- EKAP. (2024) (2024, Nisan 07) *İhale arama*. <https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/Ortak/IhaleArama/index.html>
- Erden, Ş.B., Efeoglu, N., Dudak, E., & Efeoglu, C. (2020). COVID-19 pandemisi devam ederken güvenli diş hekimliği uygulamaları. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 41(Supp: 1), 1-12.
- Hatch, J. A. (2023). *Doing qualitative research in education settings*. State university of New York press.
- İçişleri Bakanlığı. (2021) (2024, Nisan 21). *Normalleşme tedbirleri*. <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-kademeli-normallesme-tedbirleri-genelgesi-gonderildi>
- İlkorkor, Z.Ş. (2010). Kamu yönetiminde etkinliğin sağlanmasında alternatif bir model: ihale yöntemi. *Türk İdare Dergisi*, 468, 63-84.

- Jayaraman, R., Taha, K., Park, K. S., & Lee, J. (2014). Impacts and role of group purchasing organization in healthcare supply chain. In *IIE Annual Conference. Proceedings* (p. 3842). Institute of Industrial and Systems Engineers (IISE).
- Karahan, A. (2009). Dış kaynak kullanımının verimlilik üzerine etkisi (hastane yöneticileri üzerine bir araştırma). *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(21), 185-199.
- KİK. (2022). (2024, Mayıs 10). *Elektronik İhale Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. <https://www.ihale.gov.tr/Mevzuat.aspx>
- KİK. (2024). (2024, Mayıs 12). *Kamu alımları izleme raporları*. https://www.ihale.gov.tr/kamu_alimlari_izleme_raporlari-45-1.html
- Kopczak, L. R. (1997). Logistics partnerships and supply chain restructuring: survey results from the US computer industry. *Production and Operations Management*, 6(3), 226-247.
- Merriam, S. B., & Grenier, R. S. (2019). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. John Wiley & Sons.
- Nazlıoğlu, B., & Yar, C. E. (2016). Hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımı–maliyet ilişkisi: literatür taraması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(3), 71-80.
- Nollet, J., & Beaulieu, M. (2005). Should an organisation join a purchasing group? *Supply Chain Management: An International Journal*, 10(1), 11-17. doi:10.1108/13598540510578333
- Resmi Gazete. (1949). (2024 Şubat 27). *İnsan hakları evrensel beyannamesi*. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/7217.pdf>
- Resmi Gazete. (2011). (2024, Mart 2). *663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>
- Resmi Gazete. (2017). (2024, Nisan 25). *664 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>
- Resmi Gazete. (2018a). (2024, Mayıs 09). *703 sayılı Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180709M3-1.pdf>
- Resmi Gazete. (2018b). (2024, Mayıs 09). *703 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname Numarası: 1)*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180710-1.pdf>
- Roark, D. C. (2005). Managing the healthcare supply chain. *Nursing management*, 36(2), 36-40. PMID: 15702004 doi: 10.1097/00006247-200502000-00012
- Russell, S. H. (2007). Supply chain management: more than integrated logistics. *Air Force Journal of Logistics*, 31(2), 56-64.
- Sağlık Bakanlığı, (2020). (2024, Nisan 15) *Pandemi hastaneleri*, <https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/Eklenti/36907/0/pandemi-hastaneleripdf.pdf>

- Sağlık Bakanlığı ve DMO, (2018). (2024, Nisan 16) *Tedarik işbirliği protokolü*, <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/Eklenti/30143/0/saglik-bakanligi---devlet-malzeme-ofisi-tedarik-isbirligi-protokolupdf.pdf>
- Schneller, E., Smeltzer, L. R., & Burns, L. R. (2006). Strategic management of the health care supply chain. *John Wiley & Sons, San Francisco, CA*.
- Serdar, A. (2015). *Kamu hastaneleri birliklerinde tedarik zinciri yönetimi ve örnek bir uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Sığrı, Ü. (2021). *Nitel araştırma yöntemleri (2 ed.)*. Beta basın Yayın Dağıtım Aş., İstanbul
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-sağlık hizmetleri ve Türk sağlık sistemi. In Tatar M. (Ed.) *Sağlık Kurumları Yönetimi I* (pp.2-24), Anadolu Üniversitesi Web Ofset.
- Tarakçı, İ.E, & Uysal, B. (2022). *Sağlık yönetimi güncel konular üzerine akademik değerlendirmeler*. Efe Akademi.
- TDK (Türk Dil Kurumu) Sözlük, (2024). (2024, Mayıs 12). *Tedarik nedir?* <https://sozluk.gov.tr/>
- Tengilimoğlu, D., ve Yiğit, V. (2013). *Sağlık işletmelerinde tedarik zinciri ve malzeme yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Uğur, A. A., & Çütcü, İ. (2009). E-devlet ve tasarruf etkisi kapsamında vedop projesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 1(2)*, 1-20.
- WHO (World Health Organization) (2024). (2024, Mayıs 12). *Health Policy*. https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1.
- Yiğit, A. (2012). *Hastane İşletmelerinde toptan satınalmaların birim alış fiyatlarına etkisi*. 6. Sağlık Ve Hastan İdaresi Kongresi, Isparta.
- YSK (Yüksek Seçim Kurulu), (2017). (2024, Nisan 12) *Türkiye'de 16 Nisan 2017 tarihinde yapılan referandum sonuçları*. <https://www.ysk.gov.tr/doc/dosyalar/docs/2017Referandum/2017HO-Ornek134.pdf>
- Zengin, N. (2010). "Sağlık hakkı" ve sağlık hizmetlerinin sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1)*, 44-52.