

Sağlık Hizmetlerinde Etkin Kaynak Yönetimi: Vitreoretinal Cerrahi ve Total Parenteral Nutrisyon (TPN) Cihaz ve Malzemelerinin Merkezi Alım Örnekleri Üzerinden Bir Değerlendirme*

Tekin AVANER**

Elif AVANER***

Geliş Tarihi (Received): 02.08.2017– Kabul Tarihi (Accepted): 29.01.2018

Öz

Sağlık Bakanlığı, 2011’de yayımlanan 663 Sayılı KHK(Kanun Hükmünde Kararname) ile yeniden yapılandırılmış ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakanlığın bağlı kuruluşu olarak ilk kez kurulmuştur. İlgili düzenleme ile Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri Kurum’un taşra teşkilatı olarak kurulan Genel Sekreterlikler tarafından yönetilen Kamu Hastaneleri Birlikleri’ne bağlanmıştır. Bu yapılandırmanın amaçlarından biri 663 sayılı KHK öncesinde İl Sağlık Müdürlükleri’ne bağlı olarak faaliyet gösteren ve alım planlamalarını kendileri yapan sağlık tesislerinin ihtiyaçlarının birlik merkezinden planlanması, alımların ortak bir düzlemde yapılması ile mal ve hizmet alımlarının cazip hale getirilmesi, rekabet ortamı oluşturularak birim fiyatların ve giderlerin düşürülmesidir.

Genel Sekreterliklerin ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun taşra teşkilatı olan Halk Sağlığı Müdürlükleri’nin kurulması illerde 3 başlı bir sağlık yapılanması meydana getirmiş, bu durum son zamanlarda eleştirilere de konu olmuş ve 15.08.2017 tarihinde alınan Bakanlar Kurulu Kararı ile yayımlanan 694 Sayılı KHK ile ’de Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olarak Kamu Hastaneleri Kurumu Bakanlığın merkez birimi haline gelmiş, bağlı kuruluşların taşra yapılanması sona ererek görev ve yetkileri il sağlık müdürlüklerine devredilmiştir. Bu çalışmanın amacı genelde kamu sağlık hizmetleri örgütlenmesinin, özel olarak ise Kamu Hastaneleri Birlikleri’nin ve dolayısıyla Genel Sekreterliklerin kurulmasının anlamlı olup olmadığı yönündeki tartışmalara mal ve hizmet alımlarının etkinliği yönünden bir perspektif sağlamaktır.

Bu çalışmada Mülga Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından planlanarak gerçekleştirilen vitreoretinal cerrahi ve total parenteral nutrisyon (TPN) cihaz ve malzemeleri temini işlemleri incelenmiş ve merkezi alımın ekonomik katkıları değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Kamu Politikaları, Sağlık Politikası, Kamu Hastane Birlikleri, TPN, Vitrektomi.

* Bu makale Uluslararası Ekonomi Araştırmaları ve Finansal Piyasalar Kongresi (IERFM)’nde bildiri olarak sunulmuştur

**Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü, tekinavaner@hotmail.com

***Uzman Eczacı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, avanerelif@gmail.com

Efficient Resource Management of Health Services: An Evaluation on the Cases of Central Purchasing of the Vitreoretinal Surgery and Total Parenteral Nutrition Devices and Equipment

Abstract

The Public Hospitals Administration of Turkey was founded as affiliated to Ministry of Health in 2011 by the Statutory Decree 663, which restructured the Ministry. Under this regulation, the training and research hospitals, state hospitals, and oral and dental health centres have been affiliated to the Unions of the Public Hospitals, which is the decentralized organization of the Public Hospitals Administration, currently, administered by General Secretariats.

The purpose of such a restructuring was to make purchasing plans central by means of the unions, and hence, create price competition and decrease costs. Recently, the restructuring has been criticized in that a three-headed health structure was created in provinces with the foundation of the General Secretariats and the Public Health Directorates, the decentralized organization of the Turkey Public Health Institute. Under the statutory law 694, the Institution of Public Hospitals, renamed as the General Directorate of Public Hospitals, was reorganized as a unit of Ministry, and its affiliated units in the provinces were transferred to the provincial health directorates.

This paper aims to provide a perspective on the debates over whether the General Secretariats' foundation and, in general, the organization of the public health services was functional in terms of the efficiency of goods and services purchasing. In this study, the procurements of the vitreoretinal surgery and total parenteral nutrition (TPN) devices and equipment, planned by the abolished General Secretariat of Ankara 1st Regional Public Hospitals Union, are examined and economic contributions of the central purchasing method are evaluated.

Keywords: *Public policies, health policy, the Unions of the Public Hospitals, TPN, Vitrectomy.*

Giriş

Sağlık, her şeyin başı ve temeli olduğundan çeşitli disiplinlerin ilgi alanlarından olagelmıştır. Özelde tıp olmak üzere, kadim bilimler sağlığı ele almış, hastalık başta olmak üzere doğum, ölüm, dert, derman hasılı şifa arayışı temelinde yaşam ve ölüme odaklanıp durulmuştur (Gürsoy, 2005, s. 90). Felsefe, tarih ve din sağlık konusunu ele alan bilimlerin başında gelir, buna antropoloji, arkeoloji pekâlâ siyaset bilimi gibi sosyal bilimler de eklenebilir. O arada görece genç kamu yönetimi disiplini, bu konuda karar verme ve uygulama yahut süreç, yapı, işleyiş ve politikalar bağlamında müdahil olarak sağlık bürokrasisinin daha hızlı, etkili, verimli ve nihayet iktisadi bir sağlık sistemi kurma ve yürütmesine çabalar.

Dye'in kamu politikası tanımı oldukça özlü ifade edildiğinden, literatürün tercihi haline gelmiştir. İlgili yazında bu şekliyle kamu politikası, hikmeti hükümetin gereği üzerine odaklanmakta bir diğer deyişle hükümetin muktedir olma ya da olmamayı seçtiği her davranış şeklinde açıklanmaktadır (Dye, 1972, s. 1). Bu durumda kamu sağlığı politikası da devletin esas teşkilat hukukunda temel bir yere sahip bulunduğundan bu konuda hükümetlerin yapı, işleyiş ve politikaları da önemli bir yere sahip olmaktadır. Konunun tarihselliği zaman içerisinde değişim ve dönüşümlerin olmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu bakımdan inceleme nesnesi ve ele aldığımız konu oldukça güncel bir aşamayı oluşturmaktadır. Kaynak yönetimi, yönetim olgusunun bütçe, (Arıkboğa, 2015, ss. 146-7) ve planlama (Acar, 2015, ss. 518-23) dahil olmak üzere tüm işlevlerinin analitik ya da stratejik esası olarak görülebilir. Böylece ele aldığımız sağlık hizmetlerindeki kaynak kullanımı konusu ve onun yönetimi bakımından değerlendirildiğinde 2011 tarihli 663 sayılı KHK düzenlemesi, yeni bir eşik olarak ortaya çıkmaktadır. İlgili düzenleme kamu sağlığı politikasında ve Sağlık Bakanlığı yapısında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu adı altında yeni bir yapı, işleyiş ve politika anlamına gelmektedir.

Türkiye geliştirmekte olan ülkeler kategorisinde yer alan ülkelere göre, ilgili seviye tüm kaynaklarının optimum kullanımının hayatiyetine işaret eder. Ülkede döviz ya da yabancı doğrudan yatırımlar bakımından karşılaşılan güçlükler yanında yerli tasarruf yetersizliği ve kamu ya da özel yatırımların sınırlılığı bilinen sorun alanlarından olduğundan, kamu yönetimi bu noktada siyaset-bürokrasi dikotomisini de göz önüne alarak mevcut durumu yönetmek durumundadır. Ülkemizde istikamet, 1980 sonrasında başlayan yeni liberal paradigmalara çerçevesinde ve serbest piyasa düzeni içinde belirlenmiş bulunduğundan, 2011 düzenlemesi bu yöndeki değişikliğin yeni merhalesi bir diğer deyişle yeni gelişmelere uyumu olarak değerlendirilebilir.

Bu değişiklik ve uydurma konusunda etkili aktörler yazının konusunu aşmakla birlikte genel olarak kamu politikası sürecinde siyasetçilerden uluslararası aktörlere değin bir dizi iç ve dış aktörün etkili olduğu bilinmektedir (Sobacı, 2015, s. 30). Bu çalışma Türkiye’de sağlık politikasında alınan Kamu Hastane Birlikleri oluşturma kararında etkili olan kaynak konusuna odaklanmakta, bu çerçevede iki önemli parametre üzerinden kararın sonucunu değerlendirmektedir; vitrektomi ve TPN.

Öte yandan devletin sağlık hizmetleri alanında da piyasaya müdahale etmemesi düşünülemez. Devlet bunu birçok sebeple yapacaktır; öncelikle tekelci yapıların oluşmasını engellemeye çalışmak sonra da fiyata dahil edilemeyen dışallıkları kontrol altına almak için. Elbette kamusal mal ve hizmetlerin üretimi gerektiğinde de devlet toplumsal faydayı artırmak için bundan kaçınmayacaktır (Vural ve Sarısoy, 2015, s. 533).

Performans kavramının ölçülmeye başlanıp rasyonel esaslarla izlendiği bir dönemin içinde bulunuyoruz. Çeşitli kriterler çerçevesinde durumun fotoğrafını çekmek, temel göstergelerle gelişimi görmek ve uluslararası skalada önlerde yer bulabilmek adına gerçekleştirilen çabalar bu noktada sağlık sistemi bakımından da önemli bir yer tutmaktadır. İşte sağlık sistemi devletin en temel hizmet alanlarından biri olduğundan demokratik yaşamla birlikte düşünüldüğünde, sistemin göstereceği performans başta hasta memnuniyeti olmak üzere vatandaşlara şifa ve mutluluk olarak dönecek diğer yandan gelişmişlik endekslerinde edinilen yerle de uluslararası saygınlık kazanılmış olacak ve sağlık turizmi gelişimini sürdürecektir.

1. Türkiye’de Sağlık Politikalarında Yeniden Dönüşüm İhtiyacı

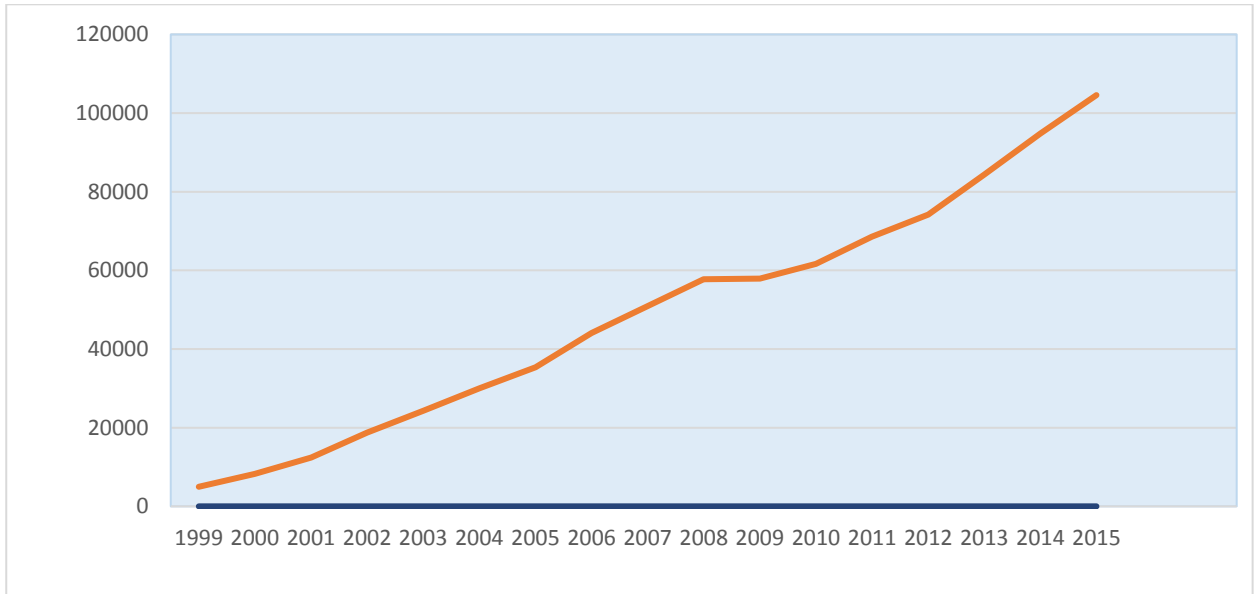
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını, “*fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden iyilik hali*” olarak tanımlar (DSÖ, 1946, s. 1). DSÖ, sağlığın temel insan haklarından biri olması sebebiyle, tüm insanların temel sağlık kaynaklarına erişimi olması gerektiğini ifade eder (WHO, 1986, s. 4). Bu bağlam ülkeler tarafından uygulanan sağlık politikalarının önemini gösterir. Sağlık politikası;

... ayırım gözetmeksizin tüm toplumun sağlık hakkına yüksek kalitede ve hızla erişimini sağlamak üzere alınan kararlar ve bu doğrultuda oluşturulan, birbirleri ile uyumlu plan ve programların, mevzuat ve uygulamaları aracılığı ile hayata geçirildiği eylemsizlik durumlarını da içeren uygulamalar bütünü olarak tanımlanabilir (Emmioğlu, 2016, s. 287-288).

Sağlık politikaları geliştirilirken temel ilkelere uygun kararlar alınması ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması politikanın başarısını etkileyen, anlamını güçlendiren önemli unsurlardır.

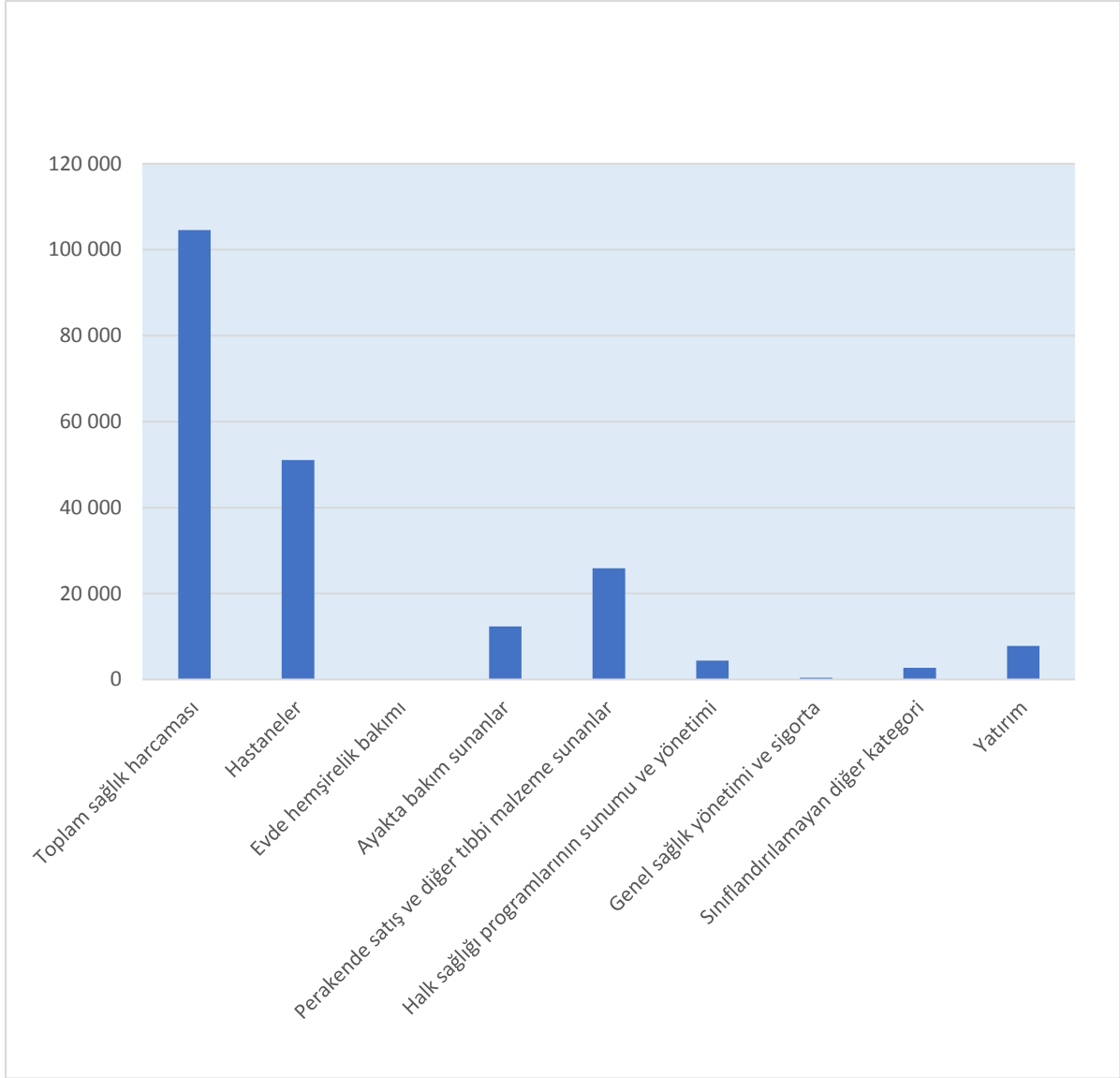
Türkiye’de bu bağlamda sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi çabaları yarım asrı aşmış bulunmaktadır. Nitekim 1960’larda başlayan süreç, 1990’larda yeni küresel rüzgarla ikinci aşamaya geçmiş ve nihayet içinde bulunulan iyileştirme ve yeniden biçim verme çabaları ile de ‘üçüncü dalga sağlık reformları’ hayatımıza girmiş durumdadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013, s. 353). Günümüzde Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ikinci ayağının adımları atılmaya başlanmıştır.

Türkiye sağlık politikalarına önem veren ülkelerin başında yer almaktadır. Nitekim, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında toplam sağlık harcaması 104.568 milyon TL olarak gerçekleşmiş ve toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %5,4 olarak belirlenmiştir (Bkz. Grafik 1). Bu harcamaların içerisinde 41.521 milyon TL devlet hastaneleri tarafından yapılan kamu harcaması olarak açıklanmıştır. Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme harcamaları ise 25.888 milyon TL olarak verilmiştir (Bkz. Grafik 2; TÜİK, 2016). Kalkınma Bakanlığı bünyesinde hazırlanan *Onuncu Kalkınma Planı Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu Raporu*’nda 2013 yılı toplam sağlık harcamalarının %4,4’ünü tıbbi cihazların oluşturduğu, tıbbi cihaz harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya oranının %0,3 olduğu belirtilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014, s. 4).



Grafik 1: Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (Milyon TL)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 2: Hizmet Sunumuna Göre 2015 Yılı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Türkiye’de sağlık harcamalarının içerisinde devlet hastanelerinin ve özellikle tıbbi malzeme harcamalarının rakamlarına bakıldığında sağlık hizmetlerinde kaynak yönetiminin önemi anlaşılmaktadır. Bu kapsamda iyi bir sağlık hizmeti ile finansal sürdürülebilirlik arasındaki dengeyi kurmakla yükümlü devlet hastanelerinin, kamu hizmeti sunan ancak birer sağlık işletmesi olarak ayakta kalması ve devlete mali yük getirmemesi gereken kamu kuruluşları olduğu düşünüldüğünde bu dengeyi koruyabilmek üzere etkin bir kaynak yönetiminin sağlanması zorunludur. Sağlık kuruluşlarında kuşkusuz insan kaynağı yönetimi temel yönetim unsurlarından biridir. Ancak malzeme ve bununla ilişkili olarak etkin bir mali

kaynak yönetimi de sürdürülebilirliği sağlamak ve hizmet kalitesini hedeflenen düzeye ulaştırabilmek için hayati değer taşır.

Malzeme kaynağı üretim kontrolü, satın alma, stok kontrol, malzeme hareketleri, teslim alma, dağıtım ve depolama gibi fonksiyonlar ile yönetilirken bu süreç ihtiyaçların belirlenmesi malzemelerin alım planının yapılması, satın alınması, kabulü, depolanması, stok planlaması ve kontrolü, atıkların değerlendirilmesi veya çevreye dönüşümü olarak süregelir (Uzuntarla, Tuncer, Orhan ve Varol, 2015, s.17).

Malzeme kaynağının yaşam döngüsünde, ihtiyaç planlaması ve satın alma arasında sağlanan uyum ile etkin bir malzeme kaynağı yönetiminin ilk adımı atılmış olur. Bu uyum iyi bir sağlık hizmeti sunumu için kaliteli malzemenin piyasa fiyatının altında temin edilmesini sağlamak üzere faydalı olacaktır. Ancak bunu sağlamak için idari yapının ve yönetim şeklinin de önemli olduğu Kamu Hastaneleri Birliklerinin kuruluşuyla anlaşılmıştır.

2. Yeni Kaynak Yönetimi Olarak Kamu Hastane Birlikleri

Sağlık Bakanlığı 2011’de yayımlanan 663 Sayılı KHK ile yeniden yapılandırılmış ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakanlığın bağlı kuruluşu olarak ilk kez kurulmuştur. Ancak sürecin 2003 tarihli Dünya Bankası raporuyla başladığı bilinmektedir. Erol ve Özdemir’e göre sürecin gelişimi şu şekildedir:

“Dünya Bankasının 2003 yılında yayımladığı bir raporda kamu hastanelerinin kendi kaynaklarını yaratmaları ve arz/talep ilişkisinin sağlıklı bir şekilde yürümesi için özerk yapılar haline getirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Türkiye’de hastanelerin birer işletme olarak değerlendirilmesi ilk olarak 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda yer almış ancak Anayasa Mahkemesi iptal kararı nedeniyle uygulanamamıştır. 663 sayılı SB ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete) ile Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları, “*Kamu Hastane Birlikleri*” adıyla, ayrı tüzel kişiliğe sahip ve idari yönden özerk kuruluşlar olarak sağlık işletmesi modeline göre yeniden yapılandırılmıştır. Böylece kamu sağlık kuruluşları özerk birer sağlık işletmesine dönüştürülürken, SB’da oluşan “sağlık piyasası”nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir kurum haline getirilmiştir.” (Erol ve Özdemir, 2014, s.17)

Nihayet Sağlık Bakanlığı’nın teşhis ve tedavi politikalarını geliştirmek üzere 663 Sayılı KHK ile kamu hastanelerinde yeni bir yapılanmaya gidilmesi sonucunda *Kamu Hastane Birlikleri Yönetim Modeli* ortaya çıkmıştır. Bakanlığa bağlı, devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri Kurum’un taşra teşkilatı olarak kurulan

Genel Sekreterlikler tarafından yönetilen ve sayıları 88 olan Kamu Hastaneleri Birlikleri'ne bağlanmıştır.

Kamu Hastaneleri Birlikleri Genel Sekreterlikleri 3 ana koldan; Tıbbi Hizmetler, Mali Hizmetler ve İdari Hizmetler olmak üzere 3 başkanlık ile sağlık kuruluşlarını yönetmekte idi. Tamamen birebir örtüşmese de Kamu Hastaneleri Kurumunda da aynı hizmet kollarının yansımaları olan Tıbbi Hizmetler Başkan Yardımcılığı, Mali Hizmetler Başkan Yardımcılığı ve Destek ve İdari Hizmetler Başkan Yardımcılığı bulunmaktaydı (Emmioğlu, 2016, s.290).

Bahsi geçen yönetim modelinde Kamu Hastaneleri Birliklerine bağlı sağlık tesislerinde hastane yöneticisi/başhekimler yönetimin başı olup başhekim yardımcıları, hastanelerin sağlık hizmetlerinin idaresinde birlikte görev alıyorlardı. 663 Sayılı KHK sonrasında “başhemşire” kavramının yerini “sağlık bakım hizmetleri müdürü”, “hastane müdürü”nün yerini ise “idari ve mali hizmetler müdürü” almıştı. Hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak müdürlüklerin sayısı 4'e kadar çıkarılabilmekteydi. Bu kapsamda ayrıca birçok hastanede bir de “sağlık otelcilik hizmetleri müdürü” tanımlanmıştı.

Yapılan bu değişiklikler ile ortaya çıkan sözleşmeli statüdeki bu idari görevler ve yapılanma hakkında yöneticiler ve çalışanları olan sağlık personeli arasında görüş ayrılıkları mevcuttur. Kamu Hastane Birlikleri yönetim modeli hakkında yapılan bir saha çalışmasında Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin kurulması hakkında yönetici ve çalışanlara yapılan anket sonuçları aşağıdaki gibi değerlendirilmektedir.

“Kamu Hastane Birliklerinin gerekli olduğunu düşünüyorum” anket önermesine katılım sıklığı katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde yöneticilerin %71,8'i çalışanların ise %24,5'i KHB'nin kurulmasını gerekli görmektedir. Yöneticilerin %16,9, çalışanların %21,7'si birliklerin kurulmasına kısmen katıldığını ifade etmiştir. Yöneticilerin KHB kurulmasının neden gerekli olduğunu ya da neden gerekli olmadığını tespit etmek amacıyla ankette gerekçe kısmı açılmış ve sistem hakkında yöneticilerin görüşleri alınmıştır. Önermeye katılanların en önemli gerekçeleri %18,8 ile “Yerinden yönetim modelinin uygulanması/tek çatı altında toplanılması”dır. Hastanelerin tek çatı altında toplanması, kararın tek bir merkezden alınması, katılımcılar tarafından KHB'nin en olumlu buldukları yönüdür. Katılımcıların ikinci olarak belirttikleri ortak görüş ise “mali disiplinin sağlanması”dır. Katılımcılar, birliklerin kurulmasıyla, hastanelerde tasarruf modelinin ortaya konulduğunu ve finansal anlamda olumlu değişiklikler olduğuna dikkat çekmektedirler. “Kaynakların etkin ve verimli kullanılıyor” olması katılımcıların belirttiği bir diğer gerekçedir. Bunu “kurum ve personel takibi/denetim kolaylığı”, “idarecileri daha dinamik hale

getirmesi/etkinliklerinin artması” ve “işleyişi hızlandırması” gerekçeleri izlemektedir. Bir başka görüşmecinin görüşleri ise kendi cümleleriyle şu şekilde ifade edilmiştir s. “Kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli kullanılması ile karar mekanizmaları daha hızlı çalışmaktadır (Sasam, 2015, s. 42).

Yönetim bilimi literatüründe yer alan bazı çalışmalarda Kamu Hastane Birlikleri'nin Fransız örneğine uygun şekilde yapılandırıldığı bilgisine yer verilmektedir. Buradaki bilgiye göre taşrada Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulmasının, Fransa'dan örnek alınan sağlık hizmetlerinde bölgeselleşme yaklaşımının bir sonucu olduğu ve “bölgesel kalkınma” ile “hizmet sunumunda ölçek büyütme” hedefleri ile ilişkili olduğu nihayet sistemin Kalkınma Ajanslarının kurulması ile benzerlik gösterdiği vurgulanmaktadır. Öyle ki, temelde ulusal kalkınma hedeflerinin bir parçası olduğu yönündeki görüşlerin yer aldığı bir çalışmada, “663 sayılı KHK ile kamu hastanelerinin örgüt yapısı bakanlığın bağlı kuruluşu şeklinde yapılandırılarak merkezi yönetimle olan bağı zayıflatılmıştır” ifadesine yer verilmektedir (Övgün ve Küçük, 2013, s. 72-73).

Ayrıca 663 Sayılı KHK'nın ilk defa 2011 yılında yayımlanması ile Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı olan Genel Sekreterliklerin ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olan Halk Sağlığı Müdürlükleri'nin kurulması illerde 3 başlı bir sağlık sistemi yapılanmasını ortaya çıkarmıştır. Bu durumda da çeşitli karışıklıklar söz konusu olabilmektedir. Ülkedeki kıt kaynakların optimum kullanımı asıl ve ivedili olduğundan işlevsel olanın önemi ve önceliği söz konusu olmuş ve geleneksel yapısal örgütlenmenin önüne geçen adımlar atılmak durumunda kalınmıştır. Öncelikle kan kaybının durdurulması gerekmektedir. Fiili durumun istimi aştığı bağlamda 663 Sayılı KHK'da da böyle yapılmış ve sağlık tesislerinin mal ve hizmet alımı ile yapım ihtiyaçlarındaki yetkisi Genel Sekreterlere verilmişti. Kimi Genel Sekreterler ise bazı alımlarda Hastane Yöneticisi/Başhekim'lere bu yetkiyi yeniden devretmişti. Ancak özellikle tıbbi cihaz, bazı tıbbi malzeme ve sterilizasyon, laboratuvar gibi tıbbi hizmet alımlarında, yemek, güvenlik ve bilgi işlem personeli hizmet alımlarında ise yetki devri yapılmadığı Genel Sekreterlikler tarafından ortak merkezi alımlar yapıldığı, Elektronik Kamu Alımları Platformu (EKAP) incelendiğinde görülmektedir (EKAP, 2017a).

3. Ankara 1. Bölge KHB Genel Sekreterliği Alımları

Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin kurulmuş olmasının ülke ekonomisine katkısı, birer sağlık işletmesi olan hastanelerin iktisadi durumunda sebep olduğu değişiklik bilimsel olarak incelenmesi gereken önemli bir konudur. Bu geniş kapsamlı konuya Ankara 1. Bölge KHB Genel Sekreterliği'nin vitreoretinal cerrahi ve total parenteral nutrisyon (TPN) cihaz ve malzemelerinin merkezi alımı örnekleri üzerinden ışık tutmak bundan sonraki yapılacak çalışmalara katkıda bulunmak açısından faydalı olacaktır.

3.1 Vitreoretinal Cerrahi Malzemelerinin Merkezi Alımı

Dış dünyaya açılan penceremiz olan göz, tıpta, anatomik ve fizyolojik yapısı nedeniyle ayrı bir inceleme alanı olup birbirinden farklı üst uzmanlık dallarında teşhis ve tedavi zorunluluğu taşımaktadır. Bu özel alandaki gelişim ve uygulamalar multidisipliner bir yaklaşım ile tıp ve mühendislik bilimleri alanlarında işbirliği gerektirmektedir. Bu gerekliliği en çok vitreoretinal cerrahi ve katarakt (fako) cerrahisi uygulamalarında somut olarak görmekteyiz.

Göz hastalıkları uzmanlarının özellikle gözün retina bölümü hastalıkları konusunda ihtisas yapmış hekimleri tarafından gerçekleştirilen “vitrektomi” işlemi, göze şeklini veren üçte ikilik bir bölümünü dolduran jel kıvamındaki “vitreus” adlı sıvının cerrahi müdahale ile çıkartılarak yerine hava, sıvı, gaz ya da silikon yağı konulmasıdır. Genellikle diyabetik retinopati nedeniyle oluşan hasarın retinadaki olumsuz etkilerini gidermek için ve ayrıca göz içi kanamaları ve yaralanmalarında uygulanan bir yöntemdir.

Proliferatif Diyabetik Retinopati (PDR) yani diyabet hastalığından kaynaklanan gözün retina kısmında oluşan hasar dünyada başlıca körlük nedenlerindedir. Diyabetik olgularda diyabetin süresi, diyabetin regülasyonunun tam olmaması, hipertansiyon, kan yağlarının yüksek olması, ileri yaş, böbrek hastalıkları, gebelik, sigara alışkanlığı gibi risk faktörlerinin de varlığında artan oranda PDR ortaya çıkabilmektedir. Oluşan problemlerin giderilmesinde veya kontrol altına alınmasında vitreoretinal cerrahi tekniklerin faydalı olduğu bilinmektedir (Kayık, Uçgun, Önen, ve Yazar, 2009, s. 15).

Laser tedavisi ile de retinopatilerin çoğu kontrol altına alınabilir. Ancak anormal kan damarlarından göz küresi içine kanama olması, ağsı tabakanın yerinden ayrılması gibi durumlarda vitrektomi ismi verilen göz içinin temizliği yapılır. %70 vaka ameliyattan sonra görmesinde artma kaydeder (THSK, 2016, s. 205-206).

Vitrektomi operasyonlarında üst düzey teknoloji gerektiren cihazlar ve yalnızca bu cihazlara özgü her hastaya ayrı olarak açılması gereken “kaset” olarak adlandırılan tek kullanımlık sistemler kullanılır.

Bu operasyonların yapıldığı sağlık tesislerinde kaset ve diğer cihaza özgü malzemelerin temini gider artıran önemli bir unsurdur. Sağlık uygulama Tebliği (SUT)’ne istinaden Vitreoretinal cerrahi uygulamalarının bedeli paket olarak ödenir, operasyonda kullanılan bu malzemelerin bedeli doğrudan SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından sağlık tesisine ödenmez. Bu nedenle malzemenin ucuza temin edilmesi sürdürülebilirliği sağlamak ve TKHK tarafından belirlenmiş olan mali verimlilik kriterlerini yerine getirmek açısından önemlidir. Ancak bununla birlikte en hassas organımız olan göz için yapılan bu operasyonlarda yeni ve üst düzey cihaz ve malzemelerin kullanılması da verilen sağlık hizmetinin başarısında önemli bir faktördür.

Tıbbi cihazı kullanırken gerekli malzemenin teknolojik olarak yalnızca aynı marka ve model cihaz ile kullanılması zorunluluğu tıbbi cihaz piyasasında fikri mülkiyet hakkını korumak ve buluşun katma değerini artırmak için uygulanan bir araçtır. Ancak bu durum Kamu hastanelerinde yapılan alımlarda sağlık tesisinin alanını kısıtlayan ve malzemelerin alım bedellerini yükselten bir unsurdur. Vitrektomi cihazlarında da durum böyledir. Yalnızca bu cihazlara özgü malzemeler vitreoretinal cerrahide kullanılabilir. Yalnızca bu cihazlara özgü malzemeler vitreoretinal cerrahide kullanılabilir.

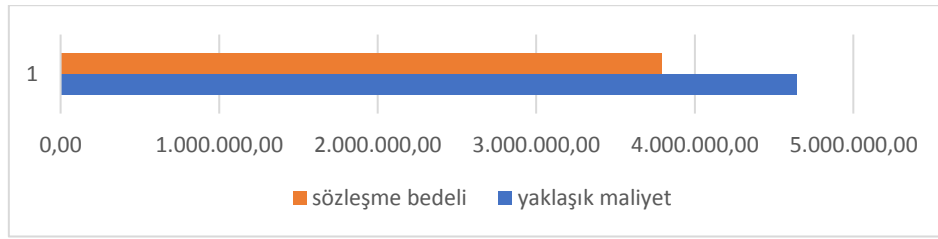
Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği tarafından vitrektomi operasyonlarında kullanılan cihazların üst düzey teknoloji ile üretilen yenileri ile hizmet verilmesi ve malzeme maliyetlerinin aşağıya çekilmesi amacıyla bağlı sağlık tesisleri için ortak bir ihale yapılmıştır. Hazırlanan ortak teknik şartnameye göre sarf karşılığı cihaz temini yöntemi ile Genel Sekreterliğe bağlı 4 hastaneye bu cihazlar 10 gün içinde kurulacak ve 24 ay boyunca cihazların bakım ve onarımı ile yüklenici tarafından gerçekleştirilecektir. Bu kapsamda hastaneler bu cihazlarla kullanılacak malzemeleri yükleniciden temin etmiş olacaktır. Bağlı Sağlık Tesislerinin malzeme siparişlerinin yüklenici firmaya tebliğinden sonra 10 gün içerisinde ilgili Sağlık Tesislerine yüklenici tarafından sözleşme süresi içerisinde peyder pey teslim edilecektir. 2014 yılı Eylül ayında gerçekleşen bu mal alımı açık ihalesinde yaklaşık maliyet idare tarafından 4.647.341,95 Türk lirası olarak belirlenmiştir. Sözleşme bedeli ise 3.794.135,00 Türk Lirası olarak gerçekleşmiştir (EKAP, 2017b).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun “Mal alımlarında yaklaşık maliyet tespiti” konulu 29.05.2014 tarihli Resmi Yazısı’na göre “Birlikler buldukları bölgede diğer

kurumların yapmış olduğu alım fiyatları, ihaleye çıkılacak alım miktarları, daha önce kendi yaptıkları alımların fiyatları gibi hususları dikkate alarak tavan yaklaşık maliyet bedelini aşmayacak şekilde ihaleye esas yaklaşık maliyet tespiti yapacaklardır” (TKHK, 2014b).

Söz konusu resmi yazıya istinaden Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği tarafından ilk olarak yapılan bu ihalede yaklaşık maliyetin Ankara’daki hastanelerin birlikler kurulmadan önceki münferit alımları dikkate alınarak hazırlandığı düşünüldüğünde hastanelerin kendi başına yaptığı alımlar ile ortak teknik şartname hazırlanarak sarf karşılığı cihaz temini şeklinde yapılan bu ihalenin sözleşmesi arasındaki farkın 853 bin Türk Lirası olduğu anlaşılmaktadır (Bkz. Grafik 3).

Bu durumda Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği merkezi ortak alım yaparak göz kliniklerinde vitreoretinal cerrahide kullanılan malzeme temininde 18 aylık dönemde 853 bin Türk Lirası tasarruf yapılmasını sağlamıştır. Bununla birlikte üst düzey teknolojiye sahip yeni cihazlar ile sağlık hizmeti verilmesi de sağlanmıştır.



Grafik 3: Ankara 1. Bölge KHB Genel Sekreterliği Vitrektomi İhalesi sonucu (Türk Lirası)

Kaynak: Araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

3.2 Total Parenteral Nutrisyon (TPN) Malzeme ve Cihaz Temini

Hastanede yatan hastalar için beslenme bozukluğu (malnütrisyon) önemli bir sorundur. Bu sorunun tanımlanması ve uygun beslenme tedavisi başlanması hastaların morbidite ve mortalitesini azaltmaktadır. Gerek hastalığı iyileştirebilmek, gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı bozuklukları ortadan kaldırabilmek için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerektiğinden ilgili klinik tarafından beslenme desteği verilmelidir (Çekmen ve Dikmen, 2014).

Total Parenteral Nutrisyon (TPN) periferik (merkezden uzak) veya santral (merkeze yakın) venler (toplardamarlar) kullanılarak sıvı kıvamlı steril beslenme ürünleri karışımlarının ağız yoluyla beslenemeyen erişkin hastaların veya bebek ve çocukların damar yoluyla desteklenmesidir. TPN hastaların klinik durumuna, yaş ve kilosuna göre hastaya özgü özel formülasyonlar ile hazırlanarak uygulanmaktadır. Piyasada standart olarak formüle edilmiş

beslenme ürünleri de bulunmaktadır ancak hastaya özgü karışımlar olmadığı için her hastaya uygun değildir. Özellikle yenidoğan yoğun bakımlarında, böbrek ve karaciğer yetmezliği olan, elektrolit dengesinde bozukluk olan hastalarda ve diğer bazı erişkin yoğun bakım hastalarında hazır ürünler ihtiyaca cevap vermemektedir. Bu nedenle bu gibi özel hastaların başvurduğu sağlık tesislerinde TPN hazırlama ünitelerine ihtiyaç vardır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi TPN ihtiyaçlarının esas alındığı ve hazır ürün ve TPN karışımlarının maliyetlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada TPN karışımları ile hazır ürünlerin hastaneye olan maliyetlerinin benzer olduğu, yıllık bazda, 7.000 adet dolum için gerekli sabit ve değişken maliyetlerin toplamının \$ 252.630, birim maliyetin \$ 36,09 olduğu, buna karşın hazır ürünün birim fiyatının yaklaşık \$ 37,79 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre aynı zamanda her bir torbanın dolum maliyetinin 26.15 \$ ile 36.09 \$ arasında olduğu tespit edilmiş ve bu değerlendirmeye göre günde 15 hastadan fazla ihtiyaç var ise dolumun hastanede TPN karışımı olarak yapılmasının ekonomik olarak avantajlı olduğu belirtilmiştir (Bozat, Korubuk, Onar ve Abbasoglu, 2014, s.173).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında, 663 sayılı KHK ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne devredilmiş olan Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "TPN için Güvenli Uygulama Rehberi" hazırlanmıştır. Rehberde hasta ve çalışan güvenliği, TPN hazırlanması, taşıma ve saklama, TPN ünitesinde temiz oda, dolum cihazı (compounder) ve ortam için gerekli koşullar belirtilmiştir. Rehberde göre TPN bir eczacının sorumluluğunda hazırlanması gerekmektedir. TPN karışımları "Avrupa Birliği Steril Tıbbi Ürünlerin Üretim Kuralları"na göre ISO Sınıf 5 standardına uygun bir "temiz oda" içinde bu amaca özgü olarak geliştirilmiş cihazlarla ve özel olarak üretilmiş ve yalnızca bu cihazlarla uyumlu malzemeler kullanılarak hazırlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2010, s.5).

TPN hazırlanması için gerekli malzemeler, cihaz ve temiz oda kurulumu, gerekli yazılım ve personel sağlık tesisleri tarafından sarf karşılığı cihaz temini şeklinde alınır. Dolum cihazında kullanılacak malzemeler ihale edilir ve yüklenici firmaya malzeme bedeli ödenir. Malzeme stoklarının giriş ve çıkışı sağlık tesisi tarafından takip edilir. Doluamların gerçekleştirilmesinde özel eğitilmiş personel istihdamı da gereklidir. Alım süresi sarf karşılığı cihaz alımında genellikle 1-1,5 yıla sınırlıdır.

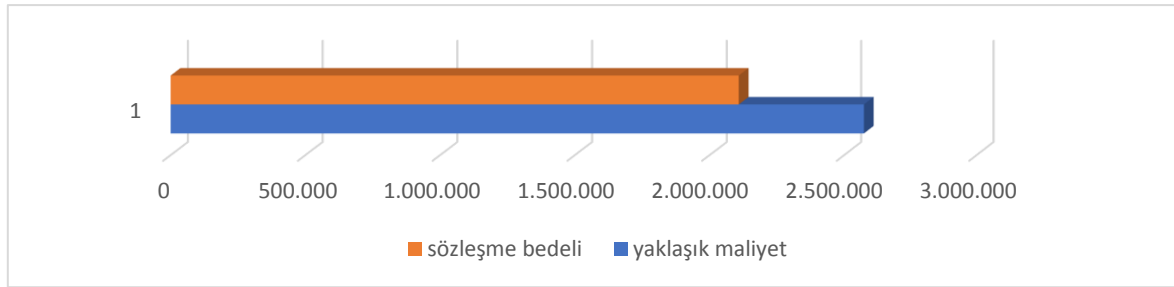
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) Finansal Analiz Daire Başkanlığı tarafından 2014 yılı Aralık ayında tamamlanan maliyet analizi çalışmasında Türkiye genelinde TPN kullanım frekansı yüksek ve veri sağlayabilir kapasiteye sahip 10 hastane esas alınmıştır.

Maliyet analizi yapılırken, işçilik maliyeti, hazırlamada gerekli tıbbi malzeme maliyeti hesaplanmıştır. Ancak temiz oda (yapım, bakım, onarım), dolun (Compunder) cihazı maliyeti yüklenici firma tarafından alım fiyatlarına yansıtıldığından maliyet hesabına dahil edilmemiştir. Karışımında kullanılan ilaç çözeltileri ise hastaya ayrıca fatura edildiğinden ayrı hesaplanmış dolun başı maliyet analizine dahil edilmemiştir. TKHK'nın maliyet analizinde Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin TPN dolunu başına düşen ortalama tıbbi malzeme gideri 75,18 Türk Lirası Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin TPN dolunu başına düşen ortalama tıbbi malzeme gideri 26 Türk Lirası olarak hesaplanmıştır. İlaç ve malzeme gideri birlikte hesaplandığında da Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi için 82,39 Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi için de dolun başına maliyet 66.14 Türk Lirası olarak belirlenmiştir (TKHK, 2014a).

Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yenidoğan yoğun bakım merkezi bulunması sebebiyle yenidoğan TPN ünitesi bulunmaktadır. Aynı Genel Sekreterliğe bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ise karaciğer, böbrek yetmezliği vb. durumları olan özel hastalar tedavi görmekte ve TPN karışımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak son yıllarda Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişikliklerle erişkin TPN ödemesi sağlık tesislerine yapılmadığından bu iki hastanedeki TPN ünitesi kapanmak zorunda kalmış bu hastalar için hazır ürünler kullanılmıştır.

Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından TPN ihtiyacı olan erişkin hastalar için dolun yapılabilmesi, yenidoğan dolun maliyetlerinin düşürülmesi amacıyla; Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (yenidoğan), Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (erişkin), Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (yenidoğan ve erişkin) ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (erişkin) sağlık tesislerini kapsayan ortak bir hizmet alımı ihalesi yapılmıştır. 18 aylık bu hizmet alımı ile Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesine Avrupa'daki adıyla bir "Compunder Center" kurulmuş, 4 hastane için dolun yapılmaya başlanmıştır. TPN Merkezi Türkiye'de ilk ve tek olarak Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği bünyesinde açılmış ve ilk defa malzeme ve cihaz temini hizmet alımı yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Bir hastanede yapılan elektronik istem güvenli bir bağlantı ve özel geliştirilen bir ara yüz ile merkezi TPN ünitesine ulaşmakta ve 2 ayrı cihaz ile dolun gerçekleşmektedir. Dolunu yapılan TPN karışımlar yüklenici tarafından diğer hastanelere dağıtılmaktadır. Bu hizmet alımı ihalesinde

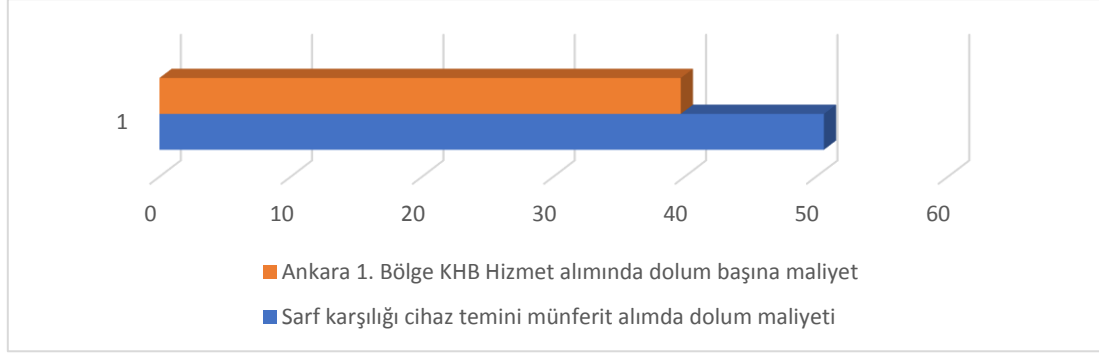
33000 erişkin 20000 yenidoğan olmak üzere 53 bin dolum için 2.108.000 Türk Lirası teklif verilerek iş sözleşmeye bağlanmıştır. Bu bedele gerekli malzemeler, 2 adet cihaz ve temiz oda kurulumu ile 33000 erişkin TPN torbası ve 9000 Elektrolitli mayi ve aseptik ilaç hazırlama hizmeti de dahildir. Bu durumda 2016 yılında sözleşmeye bağlanan bu hizmet alımı ile dolum başına maliyetin 39,7 Türk Lirası olduğu görülmektedir. İhalenin yaklaşık maliyeti idare tarafından 2.574.710,00 Türk Lirası olarak belirlenmiştir (EKAP, 2017b). Yaklaşık maliyet ve sözleşme bedeli arasındaki farka bakıldığında idarenin beklenenin 466.710 Türk Lirası altında alım yaparak tasarruf ettiği görülmektedir (Bkz. Grafik 4).



Grafik 4: Ankara 1. Bölge KHB Genel Sekreterliği TPN İhalesi sonucu (Türk Lirası)

Kaynak: Araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Ayrıca TKHK'nın 2014 yılı Aralık ayında yapılan maliyet analizinde, Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin TPN dolumu başına düşen ortalama tıbbi malzeme gideri 75,18 Türk Lirası, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin TPN dolumu başına düşen ortalama tıbbi malzeme gideri 26 Türk Lirası olarak hesaplandığı ve ortalama dolum başına maliyetin 50,59 Türk Lirası olduğu göz önüne alınarak; bu rakamın dolum başına maliyet olan 39,7 Türk Lirası ile karşılaştırıldığında idarenin dolum başına 10,89 Türk Lirası toplamda 18 aylık dönemde, aradan geçen 2 yılda meydana gelen döviz kuru farklılığına rağmen en az 577.170 Türk Lirası tasarruf ettiği anlaşılmaktadır (Bkz. Grafik 5). Bununla birlikte SUT'a göre ödeme alamadığı için TPN ünitesini kapatmak zorunda kalan hastanelerde yatan hastalar da bu alım sonucunda hizmet almaya yeniden başlamıştır. Ayrıca "Elektrolitli mayi" ve "aseptik ilaç hazırlama hizmeti" de yüklenici tarafından ücretsiz olarak verilmektedir.



Grafik 5: Dolum Başına Maliyet Karşılaştırması (Türk Lirası)

Kaynak: Araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

4. Tartışma ve Sonuç

Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin evvelce yapılan çalışmalarda belirtildiği gibi ayrı tüzel kişiliğe sahip ve idari yönden özerk kuruluşlar olup olmadığı ya da bölgeselleşme yaklaşımının bir sonucu olup olmadığı ve merkezi yönetimle olan bağının zayıf mı, güçlü mü olduğunu değerlendirmek için 5442 Sayılı İl İdaresi Kanunu'na ve uygulamalarına bakmak ve 663 Sayılı KHK'nın yapı ve işleyiş ile ilgili hükümlerini ayrıntılı olarak ele almak gereklidir.

Kamu Hastaneleri Birlikleri Genel Sekreterlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun (TKHK) taşra teşkilatı olup işleyiş ile ilgili talimatları doğrudan TKHK'dan alarak TKHK tarafından yayınlanan genelge ve resmi yazılara uygun olarak iş ve işlemlerini yürütmekteydi. Ancak 1949 tarihinde yayımlanan İl İdaresi Kanunu gereğince de hiyerarşik olarak illerde İl Sağlık Müdürlüğü'nün altında yer almakla birlikte 23.11.2012 tarihli Resmi Gazetede Yayımlanan "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Disiplin Yönetmeliği" II Sayılı Cetvel'e göre de Genel Sekreter'in disiplin amiri İl Sağlık Müdürü değil Vali'dir. 663 Sayılı KHK'e göre Genel sekreter, başkan ve hastane yöneticisinin sözleşmeleri de Bakan tarafından yapılıyordu.

İdare hukuku ve kamu yönetimi bakımından bu tartışma vaki olmak üzere yönetsel sisteme dair sorunlar bu çalışmanın kapsamını aşmaktadır. Ne var ki, Kamu Hastane Birlikleri yönetim modelinin kurulmasının en önemli amaçlarından biri; 663 sayılı KHK öncesinde İl Sağlık Müdürlükleri'ne bağlı olarak faaliyet gösteren ve alım planlamalarını kendileri yapan hastane ve sağlık merkezlerinin ihtiyaçlarının birlik merkezinden planlanmasıydı. Böylece alımların ortak bir düzlemde yapılması ile mal ve hizmet alımlarının cazip hale getirilmesi,

münferit alımlarda ve rekabet oluşmayan alımlarda rekabet ortamı oluşturularak birim fiyatların ve giderlerin düşürülmesi hedeflenmiştir.

Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliklerinin özellikle tıbbi cihaz, malzeme ve hizmet alımlarında merkezi alım yaparak giderleri azaltmaktaki amaçlarından biri de TKHK tarafından yapılan verimlilik değerlendirmeleridir. Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge'ye göre esas alınan mali göstergelerinden bazıları toplam tahakkuk geliri/toplam gider oranı, net borç/net hizmet tahakkuk tutarı, gelir bütçesi gerçekleşme oranı, gider bütçesi gerçekleşme oranı, mevcut stok tutarı, aylık ortalama tüketim tutarı, hasta maliyetleridir. Tıbbi göstergelerden bazıları ise acil servis müracaat yoğunluğu, acilden sevk edilen hasta oranı, hasta yatışları, yataklı servis etkinlik skoru, ameliyat etkinlik skoru, yoğun bakım yatak kullanımı, laboratuvar bekleme süresi, görüntüleme bekleme süresidir. Malzeme kaynağının etkin kullanımı ile temin işlemlerinin rasyonel olarak gerçekleştirilmesi mali ve tıbbi verimlilik kriterlerini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen önemli unsurlardır.

Sağlık tesisleri 663 Sayılı KHK öncesinde kendileri İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı iken ve alımlarını kendileri yapıyor iken, çok uluslu şirketlerin cihaz ithalatçıları, bayileri aracılığı ile göz cerrahisinde kullanılan vitrektomi, fako (katarakt için) gibi cihazlarını hibe etmek veya oldukça düşük fiyatlara satmak suretiyle sağlık tesislerinde demirbaş olarak kayıtlı olmasını sağlamışlardır. Bu durumda malzemelerin yalnızca kendi cihazları ile uygulanabilir olması sebebiyle rekabet koşulları gerçekleşmemekteydi. Kamu İhale Kanunu 22inci maddesinin (a) bendine istinaden doğrudan temin işlemleri ile veya açık ihale bu malzemeleri tek firmadan almak durumunda kalıyorlardı. Hal böyle olunca hastanenin başka bir malzeme alma şansı kalmadığından ve dolayısıyla rekabet oluşmadığından malzemeyi ucuza almak mümkün değildi. Birlikler kurulduktan sonra bu alımların merkezden "Sarf Karşılığı Cihaz Kullanma" yöntemi ile yapılmış olması bu kısır döngüyü kırmış ve rekabet ortamı oluşmasını sağlamıştır. Her ne kadar bu durum münferit olarak hastaneler özelinde bireysel olarak çalışmaya alışmış olan firmaları memnun etmemiş olsa da temin işlemlerinin Genel Sekreterlik gibi idari olarak daha güçlü üst bir kurum tarafından yapılıyor olması ihale sürecinde ortaya çıkabilecek krizlerin yönetimini kolaylaştırmıştır. Merkezi alım ekonomik olarak tasarruf sağladığı gibi süreç yönetiminde de risklerin bertaraf edilmesine olanak sağlamaktadır.

Kamu hastaneleri birliklerinin kurulmasından sonra Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği tarafından başlatılan vitrektomi malzemeleri merkezi alım yöntemi ülke genelinde diğer birliklerde de uygulanmaya başlanmış ve maliyetlerin düşürülmesi hedeflenmiştir. Böylece

kamu hastanelerinde alımların bu yöntem uygulanarak yapılması ile aynı zamanda bahsi geçen cihaz ve malzemelerin piyasada oluşan fiyatı da yeniden değerlendirilmiş, Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği'nin piyasayı düzenleme yönünden, tekelci yapıları önlemek ve toplumsal faydayı artırmak bakımından kayda değer katkısı olmuştur.

Kamu hastanelerinde kaynak yönetiminde diğer bir sorunda Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre malzemeler için değil uygulamalar için paket fiyat ödemesi yapılmasıdır.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)'na göre, *“son 10 yılda Cumhuriyet tarihinde ilk kez sağlık ve eğitim bütçesi askeri harcamaların üstüne çıkmış, toplumu oluşturan bireylerin kendilerini geliştirmesine katkıda bulunacak, insan ve çalışma gücü kalitesini arttıracak bir ulusal politika oluşturulmuştur.”* THSK'nın *“Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı Sağlık Sorunları ve Hastalıkların Yönetimi”* adlı çalışmasında ayrıca birimler ve sektörler arasındaki mevcut koordinasyonda yine de eksiklik olduğu belirtilerek bazı sorunlar aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

- ✓ Sağlık hizmetlerinde bir sevk zincirinin kurulamamış olması
- ✓ Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) eskiye dayanan yüksek açıkları, SGK'nın yaygınlaşan sağlık hizmetleri ile daha da artan mali yükü, bu mali yükün altından kalkmak için Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının artan döviz kuru ve enflasyona rağmen sürekli düşürülmesi SUT'ta uygulanan tedavinin hizmet bedelinin belirlenmemiş olması; tüm kalemlerin paket olarak tanımlanması; tıbbi malzeme ve sarf maliyetlerinin artışı nedeniyle hekim emeğinin giderek düşen ve 'trajikomik' düzeyi
- ✓ Uygulanan SUT fiyatları ile sağlık hizmetlerini nitelikli uygulamadaki zorluklar, çoğu zaman imkânsızlıklar. Buna bağlı kamu sağlık kurumlarının içine girdiği borç sarmalı
- ✓ Yüksek teknolojiye dayanan ve pahalı olan sağlık hizmeti araç ve gereçleri konusunda büyük ölçüde ithalat bağımlılığı; bunun getirdiği ekonomik yük.
- ✓ Aşırı maliyetli ithal ilaç ve tıbbi malzemelerin alternatiflerinin geliştirilmesindeki ve ruhsatlandırılmasındaki eksiklikler
- ✓ Sağlık hizmetleri ve göz hastalıkları alanında yeterli sayıda, nitelikte ve katma değer oluşturacak son ürüne dönüştürebilen araştırma faaliyetlerinin olmaması.
- ✓ Büyük ölçüde dış bağımlılık (THSK, 2016, s. 194-195).

Bu sorunlar incelendiğinde uzun vadede dışa bağımlılığın azaltılması için tıbbi cihazlarda ar-ge faaliyetlerinin hızla teşvik edilerek milli ve yerli üretimin önünün açılması ve

Sağlık Uygulama Tebliği geri ödeme bedellerinin cihaz ve malzemelerin piyasa değerleri dikkate alınarak uyumlu hale getirilmesi, tıbbi malzeme temini ve kullanımında yaşanan sıkıntıların giderilmesi için atılması gereken adımlardır.

Göz hastalıkları alanında verilmeye çalışılan sağlık hizmetinin yüksek teknolojiye dayanan, dışa bağımlı cihaz ve malzeme gerektirmesine karşın SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından uygulanan SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) fiyatlarının maliyetleri karşılamaması malzeme alımlarında rasyonel davranmayı zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle Genel Sekreterliklerin özellikle göz ameliyatlarında cihaza bağlı olarak kullanılan malzemeleri “sarf karşılığı cihaz kullanma yöntemi” ile temin ederek rekabet koşulları oluşturmaları, merkezi yapılan ihaleleri ticari operatörler gözüyle cazip hale getirmeleri, sağlık tesislerinin mali açıdan sürdürülebilir olmakla birlikte klinik kalitenin yüksek olduğu kamu hizmeti sunan sağlık merkezleri haline gelmelerini sağlaması önemlidir. Bu ayrıca Genel Sekreterliklerin 663 Sayılı KHK ve TKHK Verimlilik Yönergesi nedeniyle taşıdığı sorumluluğu yerine getirmesini de sağlamaktaydı.

Sıklıkla zikredilen ve sağlık yöneticilerinin kulağına küpe olmuş “kaynakların etkin ve verimli kullanımı” ifadesinin kağıtlardan çıkarak ete kemiğe büründürülmesinin yollarından biriydi belki bu anlattığımız. Bunu sağlarken de kamudaki idari yapı ve işleyişi idrak etmek, piyasadaki havayı iyi koklamak, kamu ve ticari işletmeler arasındaki alış-veriş terazisinde kantarın topuzunu kaçırmadan doğru karar almak ve rekabetin ihale yapılan salonda değil piyasada oluştuğunu bilmek önemli kuşkusuz. Lakin en önemlisi Kamu Hastane Birlikleri ve bağlı sağlık tesislerinin asli görevinin kamu hizmeti olduğunun, kamu hizmeti alan vatandaşın sağlığının bütün kriterlerin üzerinde olduğunun bilincinde olmaktır.

Kaynakça

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, RG: 02.11.2011; 28103 (Mükerrer)

Acar, Erol (2015). “Kamu kesiminde karar vermede stratejik planlamanın rolü ve önemi”, *Kamu Yönetimi ve Siyaset Biliminde Karar Verme*, (ed.) F. Kırışik, Ö. Önder, Detay Yayıncılık, Ankara, 2.baskı, s.511-529.

Arıkboğa, Ülkü (2015). “Belediye bütçelerinde karar verme süreci”, *Kamu Yönetimi ve Siyaset Biliminde Karar Verme*, (ed.) F. Kırışik, Ö. Önder, Detay Yayıncılık, Ankara, 2.baskı, s.145-170.

Bozat, E., Korubuk, G., Onar, P., ve Abbasoglu, O. (2014). Cost analysis of premixed multichamber bags versus compounded parenteral nutrition: breakeven point. “*Hospital pharmacy*”, 49 (2), 170-176.

Çekmen, N., ve Dikmen, E. (2014). Yoğun bakım hastalarında enteral ve parenteral nütrisyon. *Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5 (3).

DSÖ (1946). DSÖ Temel Yasası, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>(Erişim tarihi: 15.04.2017)

Dye, T. R. (1972). *Understanding Public Policy*, New Jersey: Prentice Hall Inc.

EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu), <https://ekap.kik.gov.tr>, Erişim tarihi: 14.03.2017a

EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu), 18 Aylık Tpn Hizmet Alımı İhale Sonuç Raporu, <https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/YeniIhaleArama.aspx> Erişim tarihi:14.03.2017b

EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) 24 Aylık Sarf Karşılığı Vitrektomi Cihazı Alım İşi İhale sonuç İlanı, <https://ekap.kik.gov.tr/EKAP/YeniIhaleArama.aspx> Erişim tarihi:14.03.2017c

Emmioğlu E. (2016). “Sağlık politikaları”, *Kamu Politikaları Ansiklopedisi*, (ed) F. G. Gedikkaya, H. Altunok, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, s.287-293

Erol, H., ve Özdemir, A. (2014). “Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4 (1), 9-34.

Gürsoy, A. (2005). “Günümüzde sosyal bilimler ve sağlık”, *Gelenekten Geleceğe Antropoloji*, (Haz.)B. Kümbetoğlu, H. Birkalan-Gedik, Epsilon Yayıncılık, 1.baskı, İstanbul, Mayıs 2005, s.90-99.

Kalkınma Bakanlığı (2014). *Onuncu Kalkınma Planı, Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu Raporu*, Ankara.

Kayık, T., Uçgun, N. I., Önen, M., ve Yazar, Z. (2009). “Proliferatif diabetik retinopatide pars plana vitrektomi sonuçlarımız.” *Journal of Retina-Vitreous* 17 (1), 014-018.

Övgün, B., ve Küçük, A. (2013). “Sağlık hizmetlerinde yeniden ölçeklendirme: Bölge uygulamaları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 46 (1), 57-80.

SASAM Enstitüsü (2015). *Kamu Hastane Birlikleri Saha Araştırması*, Sağlık-Sen Yayınları

Sobacı, M. Z. (2015). “Bir kamu politikası aktörü olarak bürokrasi: Türkiye üzerine değerlendirmeler”, *Kamu Yönetimi ve Siyaset Biliminde Karar Verme*, (ed.) F. Kırışik, Ö. Önder, Detay Yayıncılık, Ankara, 2.baskı, s.29-48.

THSK (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) (2016). *Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı Sağlık Sorunları ve Hastalıkların Yönetimi*, Cilt I, Ankara.

TKHK (2017). Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/6d65cbfc0c39407586c846e1c3c6d7f9.pdf>. Erişim tarihi: 02.04.2017

TKHK (2014a). Finansal Analiz Daire Başkanlığı TPN Maliyet analizi, http://www.tkhk.gov.tr/DB/14/769_DB_14_2014-yili-tamamlanan-faaliyetler, Erişim tarihi 02.04.2017

TKHK (2014b). Mal alımlarında yaklaşık maliyet tespiti konulu Resmi Yazı, 29.05.2014, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/bd446ccba70f464b91486fde79f05a57.pdf>

TKHK (2013). Tıbbi hizmet ve tıbbi cihaz hizmet alımlarında izin, yaklaşık maliyet tespiti ve maliyet analizi konulu 2013/7 Sayılı Genelge <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/05427c6067794948bd8de1fd5a44d14f.pdf> Erişim tarihi: 02.04.2017

TÜİK (2016). http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, Erişim tarihi: 16.04.2017

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010). 17.06.2010 tarih ve 2010/44 sayılı *Total Parenteral Nutrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi*, Ankara.

Uzuntarla, Y., Tuncer, S., Orhan, F., ve Varol, Ş. (2015). Hastanelerde malzeme yönetimi ve çağdaş yöntemler, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (1), s.16-21.

Vural, İ.Y, Sarısoy, S. (2015). “Kamu ekonomisinde bir karar verme yöntemi olarak fayda-maliyet analizi”, (ed.) Kırışik, F., ve Önder, Ö. *Kamu Yönetimi ve Siyaset Biliminde Karar Verme*, Detay Yayıncılık, Ankara, 2.Baskı, s. 532-559

WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 17-21 November 1986, http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1 (Erişim tarihi: 15.04.2017)

Yıldırım, H. H., Yıldırım, T. (2013). “Türkiye sağlık reformları ve politikaları”, *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama*, (Der.) Yıldız M. ve Sobacı M. Z., Adres Yayınları, 1.baskı, Ekim 2013, s.352-385.