

# Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Çalışma

Gülpembe ERGİN,\* İsmet ŞAHİN \*\*

## ÖZET

*Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de 1990’lardan bu yana sağlık kurumlarında yaygın olarak uygulama alanı bulan ve bir özelleştirme uygulaması olarak kabul edilen Hizmet İhaleleri’nin, teorik boyutlarıyla ele alınması ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde uygulanma ve uygulanmama nedenlerini, uygulamaların olumlu ve olumsuz sonuçlarını hastane üst düzey yöneticilerinin değerlendirmelerine göre, ortaya koymaktır. Araştırmada ilgili kurum yetkilileri ile görüşme, doküman ve kayıt taraması yapma ve anket yolu ile veri toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hastane yöneticilerinin Hizmet İhalesi yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin başında personelin sayısal yetersizliği yer almaktadır. Hizmet ihalesi yapmama ilk nedenleri ise finansal kaynak yetersizliğidir. Önemli bulgulardan biri de araştırmaya katılan hastanelerin, Hizmet İhalesi ile ilgili beklentilerinin gerçekleşmiş olmasıdır. Hastane üst düzey yöneticilerinin değerlendirmeleri dikkate alındığında bu uygulama hastaneler için olumlu katkılarda bulunmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Hastanelerde hizmet ihalesi, özelleştirme, dış kaynaklardan yararlanma, T.C. Sağlık Bakanlığı hastaneleri.

## Contracting Out As Intermediary Outsourcing: A Study of The Ministry of Health of Turkey Hospital Managers’ Evaluation

### ABSTRACT

*The aim of this study is to discuss theoretical aspects of contracting-out that has been widely implemented in health institutions in Turkey since 1990 and accepted as a privatization practice and to explore the reasons for implementation and non-implementation as well as the favorable and unfavorable results of this practice from the point of hospital managers working in the Ministry of Health Hospitals. In this*

\* Uz. Arş.Gör., H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu

\*\* Doç. Dr., H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu

*research, the data have been collected via interview with competent institutional authorities, reviewing documents and a questionnaire. The results show that the primary reason for holding a contracting-out is the insufficient number of staff. The prime reason for not holding contracting-out is insufficient financial resource. One of the important findings is that hospitals' expectations of contracting-out have been met. Based on the assessments of the chief medical officer and hospitals managers, the practice of contracting-out has made a positive contribution to hospitals.*

**Key Words:** *Contracting-out in hospitals, privatization, outsourcing, hospitals of the Ministry of Health of the Republic of Turkey.*

## I. GİRİŞ

Özelleştirme, 1970'li yılların sonlarından başlayarak gelişmişlik düzeyi, ekonomik ve siyasal rejim gözetmeksizin hemen her ülkeyi etkileyen global bir akım, bir politika haline dönüşmüştür (Kardeş, Güzel 1995). Özelleştirme girişimlerinin tüm ekonomik ve sosyal alanları etkilemesi, bu girişimin sağlık sektöründe de uygulama alanı bulmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri karşılayamaması, sağlık kurumlarının kullanımındaki eşitsizlik, kamu kaynaklarının yetersizliği gibi problemlerin çözüm aracı olarak görülmesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, önemli bir sağlık politikası haline gelmiştir.

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

Bugün Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde temizlik, mutfak ve yemek, bakım onarım, çamaşır, bilgi işlem, maaş, muhasebe, santral vb. gibi bir dizi hizmetin tamamı ya da bir kısmı Hizmet İhalesi bağlamında özelleştirilmiştir. Bu özelleştirme yaklaşımına dayalı yapılan Hizmet İhalesi işlemleri büyük ölçüde döner sermaye gelirlerinden ve merkezi bütçe dışındaki kaynaklardan finanse edilmektedir (Soyer, Belek 1998).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 1990'lardan bu yana sağlık kurumlarında yaygın olarak uygulama alanı bulan ve bir özelleştirme uygulaması olarak

kabul edilen Hizmet İhaleleri'ni, teorik boyutlarıyla ortaya koymak ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde Hizmet İhalesi uygulamalarının uygulanma ve uygulanmama nedenlerini, uygulamaların olumlu ve olumsuz sonuçlarını hastane üst düzey yöneticilerinin değerlendirmelerine göre belirlemektir.

## **II. HİZMET İHALESİ TANIMI**

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

Hizmet İhaleleri diğer özelleştirme girişimleri gibi uygulamada alan daraltma gibi görünmektedir. Bu yöntemde hizmeti gerçekleştiren özel şirket elemanları olmasına rağmen, hizmetin kalitesinden ve sunum için gerekli düzenlemelerden kamu otoriteleri doğrudan sorumludurlar. Hizmet İhaleleri yöntemi kullanıldığında kamu sektörünün rolü bitmemektedir. İhale yoluyla hizmeti sağlayan kurum, hizmet sunumu sürecinde planlama ve finansman işlevlerini yürütmekte ve ayrıca kuralları koyma, prosedürleri düzenleme gibi önemli sorumlulukları da devam etmektedir. (Ascher 1987; Tatar 1993).

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

Hizmet İhalesi yapmanın sebebi; genellikle maliyet etkililiği arttırmak, personel eksikliğini gidermek, yönetsel işlevleri etkin hale getirmek, değişen

pazar şartlarına cevap verebilecek şekilde esneklik oluşturmaktır. Kamu kurumları kendilerinin üretmedikleri veya üretmek istemedikleri hizmetleri ya da malları sözleşme yoluyla sağlamaktadırlar. Genellikle bu sözleşmeler özel sektörle yapılmakta ise de vakıf, kooperatif şirketleri veya başka kamu kurumlarıyla da yapılabilmektedir. Kamu kurumları yasal olarak mal ve hizmetler için sözleşme yapma hakkına sahiptir ancak hükümetler hizmet alımı için sözleşme yöntemi kullanmayı daha çok istemektedirler. Hükümetin amacı, hizmet sunan kurumlar emek yoğun kurumlar olduğu için, buralardaki işgücü sayısını azaltarak yönetsel işlevlerdeki etkililiği arttırmaktır (Ascher 1987).

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

Hartley ve Huby; NHS (Ulusal Sağlık Hizmetleri) ve bazı firmalar ile yerel otoriteleri teste tabi tutmuştur. 1984-1985 yıllarında yaptığı araştırmada bu

kişilerin Hizmet İhaleleri'nin fayda ve sakıncalarına yönelik görüşleri de ele alınmıştır. İhale yönteminin fayda sağladığını savunanlar:

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

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

İhale yönteminin sakıncalı olduğunu düşünenler ise;

- Özel kesim ihaleleri aldığıında, düşük kaliteli ve güvenilmez hizmet verir.
- Özellikle ulusal sağlık hizmetlerinde özel kuruluşlar, insandan önce kendi kârlarını düşünürler, böylece hastaları riske atarlar.
- İhalelerin özel firmalara verilmesi, endüstriyel ilişkilerde sorunlara ve grevlere yol açar.

- İhaleye giren özel firmalar cazip ihaleleri almak için düşük teklifler verirler ve özel bir tekele kamu otoritesini bağımlı kılmak için mevcut kapasiteyi ortadan kaldırırlar.
- Rakip tekliflerin bir maliyeti vardır. Kamu otoritesi için ihaleleri yürütme, gözleme ve tayin etmekten kaynaklanan bir maliyet söz konusudur.
- Özel firmalar, çalışma koşullarını kötüleştirerek, maaşları düşürerek, işi keserek maliyet tasarrufu yaparlar.

Sonuç olarak hizmet ihalesi uygulamaları ile ilgili olumsuz fikre sahip olanlar, eğer bir maliyet tasarrufu varsa, bu kısa sürelidir ve sağlanan hizmetin kalitesi düşürülerek bu tasarruf gerçekleştirilmiştir, görüşlerini savunmuşlardır (Hartley, Huby 1993).

### **III. DIŞ KAYNAKLARDAN YARARLANMA ARACI OLARAK HİZMET İHALELERİ**

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

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

İşletmelerin giderek artan ölçüde, sadece kendi sahip oldukları yetenek ve becerileri esas alan işleri yapmak istemeleri; temel yeteneklerin kullanılmadığı işleri, organizasyon dışındaki başka işletmelerden almak eğilimi, yaygın bir “dış kaynaklardan yararlanma” uygulamasını ortaya çıkarmıştır (Koçel 2001). Günümüzde hem imalat hem de hizmet işletmelerinde bu tür uygulamalara yaygın bir biçimde başvurulmaktadır. İmalat sanayinde bulunan işletmeler,

standart yedek parçaları kendileri üretmek yerine konusunda uzman olan firmalara ürettirmektedirler. Hizmet sektöründe de işletmeler, öz yetkinliğe sahip olmadıkları alanlarda dış kaynakları kullanma eğilimi göstermektedirler. Bunların başında muhasebe, güvenlik, bakım, taşımacılık ve temizlik hizmetleri gibi destek hizmetleri gelmektedir. Hangi sektörde olursa olsun firmalar bu yöntemi kullanmayı giderek arttırmaktadır (Coşku 2002). Türkiye’de, dış kaynaklardan yararlanma şeklindeki yönetim uygulamalarının en eski ve yaygın örneğini taşeronluk oluşturmaktadır. Artık günümüzde çok az işletme personel taşıma ve yemek pişirme gibi esas faaliyet alanlarının dışındaki destek hizmetlerini kendileri yapmaktadırlar (Gökdere 2000).

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

#### **IV. TÜRKİYE’DE HİZMET İHALESİ UYGULAMALARI**

Aralarında ABD ve İngiltere olmak üzere birçok ülkede, Türkiye’de ve diğer gelişmekte olan ülkelere, 1980 yılını izleyen dönemde, kamu kurum ve kuruluşlarının kendilerince sağladıkları bazı hizmetlerin özel sektör kuruluşlarına ihale yolu ile gördürülmesi gündeme gelmiş ve hemen her sektörde bu yöntemle sıklıkla başvurulmuştur. Bu uygulama sağlık sektöründe de uygulanmaya ve Türkiye’de birçok hastanede bazı ev idaresi hizmetlerinin özel sektör kişi ve kuruluşlarına gördürülmesine başlanmıştır. Ayrıca destek hizmetlerinin yanısıra sosyal güvenlik kurumları da sigorta kapsamına giren nüfusa çeşitli sağlık bakım hizmetlerini sağlamak üzere özel hastanelerden klinik hizmetlerini satın alma yoluna gitmektedirler (Tatar ve diğerleri 1997). Son yıllarda klinik hizmetlerinin sunumu bağlamında yapılan sözleşmeler dikkat çekici boyutlara ulaşmıştır. Buna en belirgin örnek olarak, kronik böbrek yetmezliği olan hastalara diyaliz hizmetini sağlamada özel sektör rolünün giderek artması gösterilebilir. Özgen (2002) tarafından mevcut verilerin incelenmesi sonucunda kamu kuruluşlarının diyaliz sektöründeki ağırlığı yıllar itibarıyla azalırken, özel merkezlerin rolünün arttığı bulunmuştur (Özgen 2002).

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

04.01.2002 tarihinde kabul edilen, 22.01.2002 tarihli 24648 sayılı resmi gazetede yayımlanan ve 01.01.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun amacı, kamu hukukuna tâbi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kamu kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve usulleri belirlemektir. Bu kanun 2886 sayılı kanunun yerini almış ve kanun gereği Kamu İhale Kurumu kurulmuştur. Kamunun her türlü mal ya da hizmet alımında esas alınacak usul ve esasları belirleyen bu kanun ve kanuna bağlı olarak çıkarılan yönetmeliklere göre, Kamu İhale Kurumu; saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, gereksinimlerin uygun koşullarla ve zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla yükümlüdür. Kamu İhale Kurumu kapsamında ihalelerle ilgili detayları belirleyen yönetmeliğe göre, yeni dönemde ödeneği olmayan hiç bir iş ihaleye çıkarılmayacaktır. Ayrıca bu yasa ile birlikte, ihaleye katılacak isteklilerden, ekonomik ve mali yeterlilik ile mesleki ve teknik yeterliliklerin belirlenmesine ilişkin çeşitli bilgi ve belgeler istenmesi gibi birçok 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'nda yer almayan yeni hükümler getirilmiştir. Kamu İhale Kanununa göre yapılan ihalelere ilişkin sözleşmelerin düzenlenmesi ve uygulanması ile ilgili esas ve usuller 22.01.2002 tarihli 24648 sayılı resmi gazetede yayımlanan ve 01.01.2003 tarihinde yürürlüğe giren, 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu ile belirlenmiştir. Bu kanun ihaleler sonucunda düzenlenen sözleşmeleri kapsamaktadır.

Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı hastanelerin, her yıl limit olarak belirledikleri (Bu limiti belirlemede herhangi bir kriter yoktur), parasal tutarı aşan ihalelerin kontrolünü yapmakta ve kayıtlarını tutmaktadır. Dolayısı ile

limit altı ihalelerin bilgilerine bakanlık kayıtlarından ulaşılmamaktadır. Hastanelerin, bakanlıkla aralarında gerçekleşebilecek bürokratik işlemlerden kaçmaları nedeni ile genelde ihaleleri limit altında tutmayı tercih ettikleri gözlenmektedir.

Hizmet İhalesi yöntemi Türkiye kamu hastanelerinde hatta özel hastanelerde giderek yaygınlaşan bir kullanım eğilimi göstermektedir.

## **V. AMAÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Çalışmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı hastanelerde yaygın olarak kullanılan ve bir özelleştirme uygulaması olarak kabul edilen Hizmet İhaleleri'nin T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde uygulanma ve uygulanmama nedenlerini, uygulamaların olumlu ve olumsuz sonuçlarını hastane üst düzey yöneticilerinin değerlendirmelerine göre belirlemektir.

### **5.2. Evren ve Örneklem**

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

### **5.3. Veri Toplama**

Araştırmada 2 veri toplama aracı kullanılmıştır ve bu araçlar kullanılırken belli bir takvimsel sıra izlenmemiştir. Veri toplama araçlarından birincisi, Ankara'da seçilmiş bazı hastane üst düzey yöneticileri ve Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Döner Sermaye İşletmeleri Daire Başkanlığı yetkilileri ile görüşme sonucu geliştirilen anket ve ikincisi de Sağlık Bakanlığı kaynaklarına dayalı doküman ve kayıt taraması olmuştur.

Araştırmada kullanılan yargısal verilerin tamamı, geliştirilen anket sonucuna dayandırılmıştır. Alan araştırmasına baz teşkil eden anketin oluşturulması ve geliştirilmesinde, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yöneticileri ve Ankara ana kentte ait alandaki hastane müdürü ve döner sermaye saymanı olmak üzere toplam 14 kişiden yararlanılmıştır. Bu

kişilerle yapılan bir dizi görüşmeler sonucu araştırmada kullanılan soru formu geliştirilmiş ve onayları alındıktan sonra alan araştırmasında kullanılmıştır.

Soru formu, 2001 yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı esas alınarak Sağlık Bakanlığı'na ait 751 yataklı tedavi kurumuna, 15.08.2002 tarihinde posta yolu ile gönderilerek, 08.11.2002 tarihine kadar cevap gelmesi beklenilmiştir. Cevaplanan anket sayısı 251'dir. Bunlardan 15 tanesi geçersiz kabul edilmiştir. Geçerli kabul edilen anketlerin, araştırma evrenine oranı ise % 31,4'dür.

#### 5.4. Verilerin Analizi

Araştırma anketinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li likert yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra "SPSS (10.0)" ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastanelerin genel özellikleri frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiksel yöntemlerle incelenmiştir.

### VI. BULGULAR VE TARTIŞMA

#### 6.1. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Hizmet İhalesi Yapma Durumları

Tablo 1'de, araştırmaya katılan hastanelerin buldukları coğrafik bölgelere göre dağılımı ve araştırma kapsamına giren tüm hastanelerin buldukları coğrafik bölgelere göre dağılımları verilmiştir.

**Tablo 1. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Buldukları Bölge Açısından Dağılımı**

Hastanenin Bulunduğu Bölge	Soru Formu Gönderilen Hastaneler		Soru Formuna Cevap Veren Hastaneler	
	Sayı	%	Sayı	%
Marmara Bölgesi	125	16,6	44	18,6
Ege Bölgesi	105	14,0	37	15,7
Akdeniz Bölgesi	75	10,0	31	13,1
İç Anadolu Bölgesi	136	18,1	50	21,2
Karadeniz Bölgesi	157	20,9	43	18,2
Doğu Anadolu Bölgesi	96	12,8	18	7,6
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	58	7,7	13	5,5
<b>Toplam</b>	<b>752</b>	<b>100</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Tablo 1’de yer alan, araştırmaya katılan hastanelerin sayılarının bölgelere göre dağılımı ile Türkiye genelindeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sayılarının bölgelere göre dağılım yüzdeleri birbirleri ile uyumludur.

**Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Fiili Yatak Sayıları**

Hastanenin Fiili Yatak Sayısı	Soru Formu Gönderilen Hastaneler		Soru Formuna Cevap Veren Hastaneler	
	Sayı	%	Sayı	%
50 yatak altı	286	38,0	76	32,2
50-99 yatak	169	22,5	68	28,8
100-199 yatak	117	15,6	48	20,3
200-399 yatak	63	8,4	17	7,2
400 ve üzeri	37	4,9	23	9,7
Fiili yatak sayısı olmayan hastaneler/ Cevapsız	80	10,9	4	1,7
<b>Toplam</b>	<b>752</b>	<b>100</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de yer alan, araştırmaya katılan hastanelerin fiili yatak sayılarına göre dağılımı ile Türkiye genelindeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinin fiili yatak sayılarına göre dağılım yüzdeleri birbirleri ile uyumludur.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastanelerin Hizmet İhalesi Yapma Durumları**

2001 Yılı içinde Hİ yapma durumu	Soru Formuna Cevap Veren Hastaneler	
	Sayı	%
Hayır, Hizmet İhalesi yapılmamış	69	29,2
Evet, Hizmet İhalesi yapılmış	167	70,8
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Tablo 3’de, soru formuna cevap veren toplam 236 hastanenin %70,8’inin 2001 yılı içerisinde Hizmet İhalesi aracılığı ile hizmet sunumlarını gerçekleştirdikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan hastanelerden %29,2’si ise aynı yıl içerisinde Hizmet İhalesi uygulamamıştır.

## 6.2. Hastane Yönetimlerinin Hizmet İhalesi Uygulama Nedenleri

Soru formunda hastane yöneticilerinden Hizmet İhalesi uygulama yönünde karar verirken ne tür kurumsal gerekçelerden hareket ettiklerini belirtmeleri istenmiştir. Verilen cevaplara göre bu kurumsal gerekçelerin dağılımı Tablo 4’de verilmiştir.

**Tablo 4. Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerin Hizmet İhalesi Yapma Kararını Etkileyen Kurumsal Gerekçelerin Dağılımı (1=Kesinlikle Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılmıyorum)**

Hizmet İhalesi Yapma Gerekçeleri	n	X	SS
Personelin sayısal yetersizliğinden doğan zorunluluk	164	1,40	0,79
Hizmet kalitesini artırmak	163	1,53	0,90
Verimli hizmet gereksinimi	160	1,67	0,88
Hasta memnuniyetini artırmak	161	1,71	1,01
Hasta bakımı hizmetlerine daha fazla zaman ayırabilmek	160	1,94	1,04
Hastanenin imajını güçlendirmek	162	2,24	1,19
Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak	162	2,33	1,19
Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanmak	160	2,34	1,20
Teknolojik yeniliklere ulaşmak	162	2,58	1,26
Parasal tasarruf sağlamak	162	2,77	1,33
Diğer hastanelerin uygulamaları hakkında olumlu duyum	160	2,77	1,60
Merkezi yönetimin teşviki	156	3,14	1,31

Tablo 4’de 2001 yılında hizmet ihalesi yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin dağılımına bakıldığında; personelin sayısal yetersizliği  $1,40 \pm 0,79$  (Kesinlikle katılıyorum) ortalamayla, yöneticilerin hizmet ihalesi yapma kararını vermelerinde en etkili gerekçe olmuştur. Yine karar vermede sırasıyla hizmet kalitesini artırmak ( $1,53 \pm 0,90$ ), verimli hizmet gereksinimi ( $1,67 \pm 0,88$ ), hasta memnuniyetini artırmak ( $1,71 \pm 1,01$ ), hasta bakımı hizmetlerine daha fazla zaman ayırabilmek ( $1,94 \pm 1,04$ ), hastanenin imajını güçlendirmek ( $2,24 \pm 1,19$ ), etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak ( $2,33 \pm 1,19$ ) ve hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanma isteğinin ( $2,34 \pm 1,20$ ) yöneticilerin 5’li Likert ölçeğine göre; “katılıyorum” olarak cevaplandıkları gerekçeler arasında yer almaktadır. Hastane yöneticileri teknolojik yeniliklere ulaşma isteğini ( $2,58 \pm 1,26$ ), parasal tasarruf sağlamayı ( $2,77 \pm 1,33$ ), diğer hastanelerin

uygulamaları hakkında olumlu duyumu ( $2,77\pm 1,60$ ) ve merkezi yönetimin teşviki ( $3,14\pm 1,31$ ) gibi gerekçeleri Hizmet İhalesi yöntemini uygulamada diğer gerekçeler kadar etkili görmemektedirler.

1995 yılında Tatar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastane yönetimlerinin Hizmet İhalesi uygulamadaki temel gerekçelerinin (75 hastaneden 70'i) personelin sayısal olarak yetersiz olması bulunmuştur. İkinci sırada kaliteli hizmet gereksinimi yer alırken, üçüncü sırada verimli hizmet gereksinimi yer almaktadır. Yapılan bu iki çalışmanın sonuçları birbirine paraleldir. Aradan geçen 7 yıla rağmen yöneticilerin Hizmet İhalesi yapma gerekçeleri değişmemiştir.

### **6.3. Hizmet İhalesi Uygulama Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı**

Soru formunda 2001 yılı içerisinde Hizmet İhalesi yapan hastanelerin yöneticilerinden uygulama sonuçlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Tablo 5'da bu değerlendirmeleri yer almaktadır.

**Tablo 5. Hastane Yöneticilerinin Hizmet İhalesi Uygulama Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı (1 = Kesinlikle Katılıyorum, 5 = Kesinlikle Katılmıyorum)**

<b>Hizmet İhalesi Sonuçları</b>	<b>n</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>
Kurum personelinin sayısal yetersizliği giderildi	162	1,55	0,72
Hizmet kalitesi arttı	162	1,75	0,83
Hizmet verimliliği sağlandı	162	1,78	0,74
Hasta memnuniyeti arttı	163	1,80	0,83
Hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayrıldı	162	2,01	0,95
Hastanenin imajı güçlendi	163	2,08	1,01
Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kuruldu	160	2,09	0,79
Hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanıldı	162	2,38	0,97
Teknolojik yeniliklere ulaşıldı	161	2,55	1,01
Parasal tasarruf sağlandı	161	2,68	1,16

2001 yılında Hizmet İhalesi yapan hastanelerden araştırmaya katılanların değerlendirmelerine göre,  $1,55\pm 0,72$  (Katılıyorum) ortalamasıyla kurum

personelinin yetersizliğinin giderilmesi, Hizmet İhalesi uygulama sonuçları arasında ilk sırada yer almaktadır. Daha sonra sırasıyla, hizmet kalitesinin artması ( $1,75\pm 0,83$ ), hizmet verimliliğinin sağlanması ( $1,78\pm 0,74$ ), hasta memnuniyetinin artması ( $1,80\pm 0,83$ ), hasta bakımına yönelik hizmetlere daha fazla zaman ayrılması ( $2,01\pm 0,95$ ), hastanenin imajının güçlenmesi ( $2,08\pm 1,01$ ), etkili bir kontrol ve denetim sisteminin kurulması ( $2,09\pm 0,79$ ), hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanılması ( $2,38\pm 0,97$ ) sonuçlarının oluştuğuna hastane yöneticileri, katıldıklarını belirtmişlerdir. Teknolojik yeniliklere ulaşılması ( $2,55\pm 1,01$ ) ve parasal tasarrufun sağlanması ( $2,68\pm 1,16$ ) sonuçlarının elde edildiğine yönelik değerlendirmelerinde kararsız kalmışlardır.

Tablo 4 Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin Hizmet İhalesi yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin dağılımına bakıldığında, yöneticiler, personelin sayısal yetersizliğinden doğan zorunluluğun ilk gerekçe olduğunu belirtmişlerdir. Buna göre Tablo 5 hastane yöneticilerinin Hizmet İhalesi uygulama sonuçlarına ilişkin değerlendirmeleri tablosuna bakıldığında da bu gerekçenin amacına ulaştığı görülebilmektedir.

Genel anlamda bu iki tablo karşılaştırıldığında hizmet İhalesi yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelerin değerlendirme sıralamasıyla, Hizmet İhalesi uygulama sonuçlarına ilişkin değerlendirme sıralaması benzer şekilde gerçekleşmektedir.

Yine Hizmet İhalesi uygulama sonuçlarına ilişkin değerlendirme tablosu incelendiğinde Hizmet İhalesi'nden beklenen kaliteli ve verimli hizmet sunumunun gerçekleşebildiğini ancak parasal tasarrufun sağlanıp sağlanmadığı konusunda yöneticilerin kararsız oldukları görülmektedir.

#### **6.4. Hizmet İhalesi Uygulaması Esnasında Karşılaşılan Sorunlar**

Soru formunda, 2001 yılında Hizmet İhalesi yapan hastane yöneticilerinin uygulama sırasında karşılaştıkları sorunları değerlendirmeleri istenmiştir. Bu sonuçların Tablo 6'da değerlendirmeleri verilmiştir.

**Tablo 6. Hizmet İhalesi Uygulaması Esnasında Karşılaşılan Sorunlar  
(1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)**

Olası Sorun Alanları	n	X	SS
Yönetim erkini paylaşmanın zorluğu	163	3,21	1,19
Hizmetin kendi kurumumuzca verilmesi halinde daha az maliyetli olması	163	3,28	1,28
Hizmetin istenilen kalitede verilmemesi	163	3,36	1,05
İnsan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki başlılığın olması	162	3,43	1,19
Hizmetin denetiminin zorluğu	161	3,45	1,08
Hastanenin imajının zedelenmesi	161	3,89	0,90

Tablo 6 Hizmet İhalesi uygulaması esnasında karşılaşılan sorunlara bakıldığında, olası sorun alanlarından, yönetim erkini paylaşmanın zorluğu ( $3,21\pm 1,19$ ), hizmetin kendi kurumumuzca verilmesi halinde daha az maliyetli olması ( $3,28\pm 1,28$ ), hizmetin istenilen kalitede verilmemesi ( $3,36\pm 1,05$ ), insan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki başlılığın olması ( $3,43\pm 1,19$ ), hizmetin denetiminin zorluğu alanlarının değerlendirilmesinde hastane yöneticileri kararsız kalmışlardır ancak hastanenin imajının zedelenmesine sorununun olduğuna katılmamaktadırlar. Buradan anlaşıldığı üzere hastane yöneticileri uygulama sırasında belirgin bir sorun alanıyla karşılaşmamaktadırlar.

#### **6.5. Hizmet İhalesi Uygulaması Yapmayan Hastanelerin Hizmet İhalesi Yapmama Nedenleri**

Soru formunda 2001 yılında Hizmet İhalesi yapmayan hastanelerin yöneticilerinden olası Hizmet İhalesi yapmama nedenlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırmaya katılan 236 hastaneden 69'u 2001 yılı içerisinde Hizmet İhalesi uygulamamışlardır. Değerlendirme sonuçları Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7. Hizmet İhalesine Uygulanması Yapmayan Hastanelerin Olası Hizmet İhalesi Yapmama Nedenleri (1=Kesinlikle katılıyorum, 5=Kesinlikle katılmıyorum)**

Olası Hizmet İhalesi Yapmama Nedenleri	n	X	SS
Finansal kaynak yetersizliği	55	1,65	1,16
Siyasal politik faktörlerin etkisi	44	2,91	1,31
Hukuksal ve yasal alt yapının yetersizliği	44	2,98	1,23
Hizmet ihalelerinde etkin bir denetim sisteminin yokluğu	44	3,18	1,24
İhale sisteminin şeffaf olmaması	43	3,44	1,12
İhalelere talip olacak sayıda firmaların olmaması	43	3,53	1,35
Hastanenin kendi imkanları ile daha iyi hizmet vereceğine olan yönetsel anlayışı	43	3,63	1,27
İhalelere talip olacak nitelikte firmaların olmaması	43	3,65	1,23

Tablo 7’de, hastane yöneticilerinin Hizmet ihalesi yapmamadaki ilk nedenleri finansal kaynak yetersizliği (1,65±1,16)’dir. Bu nedenle araştırmaya katılan 55 hastane yöneticisinin, yeterli finans kaynaklarına sahip olduklarında, potansiyel Hizmet İhalesi uygulayıcısı olabilecekleri söylenebilir. Politik faktörlerin etkisi (2,91±1,31), hukuksal ve yasal alt yapının yetersizliği (2,98±1,23), hizmet ihalelerinde etkin bir denetim sisteminin yokluğu (3,18±1,24), ihale sisteminin şeffaf olmaması (3,44±1,12) gibi nedenleri, hastane yöneticileri, Hizmet İhalesi yapmama nedeni olarak göstermekte kararsız kalmışlardır. İhalelere talip olacak sayıda firmaların olmaması (3,53±1,35), hastanenin kendi imkanları ile daha iyi hizmet vereceğine olan yönetsel anlayışı (3,63±1,27) ve ihalelere talip olacak nitelikte firmaların olmaması gibi olası Hizmet İhalesi yapmama nedenlerine, hastane yöneticileri katılmamaktadırlar.

## VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir özelleştirme ve dış kaynaklardan yararlanma aracı olarak Hizmet İhaleleri uygulamalarından beklenen, kurumda verilen mevcut hizmetten, daha verimli, daha etkili, daha kaliteli hizmet sağlamaktır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki Hizmet İhalesi uygulamaları, yasal gereklerine uygun olarak yapılmaktadır. Hizmet İhalesi uygulamalarının kalitesi, verimliliği ve etkililiğini birinci derecede şekillendiren, hastane yönetimlerinden daha çok yasal prosedürlerdir. Sağlık Bakanlığı merkez

teşkilâtının, uygulamalar üzerindeki denetimleri ise büyük ölçüde yapılan ihalelerin yasal prosedürlere uygunluğu ile sınırlı kalmaktadır.

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

Araştırma sonucuna göre, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki Hizmet İhalesi uygulama gerekçeleri ile Hizmet İhalesi uygulama sonuçları birbirine paraleldir. Örneğin; yöneticilerin uygulama gerekçesi olarak gösterdikleri birinci neden personel yetersizliğinin giderilmesi, elde edilen uygulama sonuçlarında da ilk sırada yer almaktadır. Bu durumda Sağlık Bakanlığı hastane yönetimlerinin Hizmet İhalesi uygulamalarından beklentilerinin gerçekleştiği söylenebilir.

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

kalitesinin arttığı sonucuna ulaşılmış, parasal tasarrufun sağlanıp sağlanmadığı konusunda kesin bir sonuç elde edilmemiştir.

Hizmet İhalesi uygulaması esnasında karşılaşılabilecek sorunlara bakıldığında, araştırmaya katılan hastane yöneticileri, uygulama sırasında belirgin bir sorunla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir.

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

Bu sonuçlar doğrultusunda yapılabilecek öneriler aşağıda sunulmuştur.

- ✓ Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tâbi oldukları ekonomik, mali ve yönetsel sistemden dolayı Hizmet İhalesi uygulamalarına ilişkin kurumsal çıkar gözetmeleri beklenmemektedir. Kurumların mali ve yönetsel statülerinin devamı durumunda bu kurumların denetimi yasal prosedürlerin izlenmesi ile sınırlı kalmamalıdır. Sağlık Bakanlığı’nın kapsamlı bir ekonomik ve teknik performans izleme mekanizması kurması önerilebilir.
- ✓ Sağlık Bakanlığı, hastane yöneticilerini finansal ve yönetsel özerkliğe kavuşturmalıdır. Bu durumun iyi sonuçlar verebilmesi için de hastanelerin performansları sistematik bir biçimde denetlenmelidir.
- ✓ Hİ uygulamalarının başarılı olması için ihalelere talip olanların yeterliliğine azami özen gösterilmelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Ak B., Mete M., Sargutan E. (1998) **Hastanelerde Ev İdaresi Hizmetleri**. Selçuk Üniversitesi Basımevi, Ankara.
2. Alpar R. (2000) **Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik**. T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Ankara.
3. Ascher K. (1987) **Politics Of Privatisation Contracting Out Public Services**. Macmillan Education Lmt., London.
4. Arslantaş C. (1999) **Yeni Bir Yönetim Stratejisi Olarak Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Ve İlaç Sanayinde Faaliyet Gösteren Firmaların Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamaları**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyon, İstanbul.
5. Coşku R. (2002) **Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları**. Beta Yayınları, İstanbul.
6. Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği, 04.08.1984 Tarihli 18479 Sayılı Resmi Gazete.
7. Döner Sermaye Uygulamaları Hakkında Genelge (2002) Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
8. Döner Sermayeden Yapılacak İhalelerde Uyulacak Esaslar Hakkında Genelge (2001) Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
9. Gökdere H. (2000) **Bilgi Sistemlerinde Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Başarısını Etkileyen Faktörler, Bankacılık Sektöründe Bir Alan Araştırması**. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetim ve Organizasyon, İstanbul.
10. Hartley K. and Huby M. (1993) **Özelleştirmede İhale Politikası: Teori Ve İspatı**. Kamu Ekonomisinin Genişlemesi ve Özelleştirme (Seçme Çeviriler), Takav Matbaası, İzmir.
11. Kardeş R. ve Güzel H. (1995) **Türkiye’de ve Dünya’da Yaşanan Özelleştirme**. Vakıfbank Araştırma Dizisi, 2.

70 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1 (2005)*

12. Koçel T. (2001) **İşletme Yöneticiliği Yönetim Ve Organizasyon Organizasyonlarda Davranış Klasik-Modern-Çağdaş Ve Güncel Yaklaşımlar**. 8. Baskı, Beta Basım Yayım A. Ş., İstanbul.
13. Larbi G.A. (1998) Contracting-Out in Public Health and Water Services in Ghana. **International Journal of Public Sector Management**. 11(273):154.
14. Özgen H. (2002) İşlem Maliyetleri Teorisi: Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sözleşme Mi Yoksa Örgüt İçi Yapılanma Mı?. **Amme İdaresi Dergisi**, 35(2):49-59.
15. Savas E. S. (1994) **Özelleştirme**. MPM Yayınları, Ankara.
16. Soyer A. ve Belek İ. (1998) Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme. **Toplum ve Hekim** 13(1).
17. Şafak Ş. (1997) **Kurumlarda Ev İdaresi**. Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık Tic Ltd Şti., Ankara.
18. Tatar F., Tatar M., Şahin İ. (1997) Hastane Hizmet İhaleleri: Teori Ve Türkiye’deki Uygulamaları. **Amme İdaresi Dergisi** 30(3):77-96.
19. Tatar F. (1993) **Privatisation And Turkish Health Policy**. Thesis Submitted to The Nottingham for The Degree of Doctor of Philosophy in Social Policy and Administration.
20. Tezbaşaran A. (1997) **Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu**. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
21. **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (2001)**. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
22. 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu, 10.09.1983 Tarihli 18161 Sayılı Resmi Gazete.
23. 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu, 22.01.2002 tarihli 24648 Sayılı Resmi Gazete.
24. 4735 Sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu, 22.01.2002 tarihli 24648 Sayılı Resmi Gazete.