



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTELERİNDE, MERKEZİ  
STERİLİZASYON VE DIŞ PROTEZ LABORATUVAR  
HİZMETLERİNİN KURUM BÜNYESİNDE VEYA DIŞ TEDARİK  
YOLU İLE YAPILMASININ FİNANSAL AÇIDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Derya TOPRAK**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Haydar SUR**

**İSTANBUL-2019**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTELERİNDE, MERKEZİ  
STERİLİZASYON VE DIŞ PROTEZ LABORATUVAR  
HİZMETLERİNİN KURUM BÜNYESİNDE VEYA DIŞ TEDARİK  
YOLU İLE YAPILMASININ FİNANSAL AÇIDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Derya TOPRAK**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Haydar SUR**

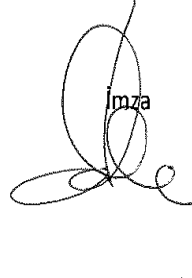
**İSTANBUL-201**

T.C.  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

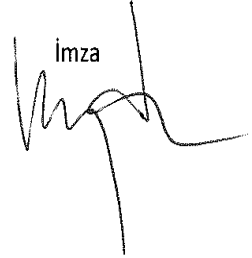
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi  
Program : Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans  
Öğrenci No : 174201010  
Öğrenci Adı Soyadı : Derya TOPRAK

“Diş Hekimliği Fakültelerinde, Merkezi Sterilizasyon Ve Diş Protez Laboratuvar Hizmetlerinin Kurum Bünyesinde Veya Diş Tedarik Yolu İle Yapılmasının Finansal Açıdan Karşılaştırılması” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 10.09.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

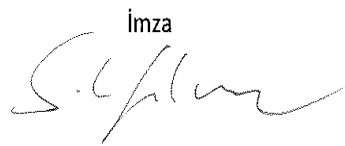
Jüri Başkanı : Dr. Öğr. Üyesi Tunçay PALTEKİ  
(Biruni Üniversitesi)

İmza  


Danışman : Prof. Dr. Haydar SUR  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza  


Üye : Dr. Öğr. Üyesi Süreyya YILMAZ  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza  


**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Doç. Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
**Enstitü Müdür V.**

## ÖZET

Ülkemizdeki diğer tüm sağlık kurumları gibi diş hekimliği fakülteleri de toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini yüksek kalitede ve mümkün olan en düşük maliyetle topluma sunmakla sorumludur. Diş Hekimliği Fakültelerindeki en büyük gider kalemini, personel giderlerinden sonra merkezi sterilizasyon ve diş protez laboratuvar hizmetleri oluşturmaktadır. Bu sebeple bu hizmetlerin iç veya dış kaynak kullanımı (DKK) ile sürdürülmesinin mali açıdan karşılaştırılması önem arz etmektedir. Ülkemizde bu konuda herhangi bir araştırmanın henüz yapılmamış olması bu çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır. Bu araştırmaya farklı coğrafik bölgelerde bulunan, farklı fiziki büyüklükteki ve farklı kuruluş yıllarına sahip 10 (on) diş hekimliği fakültesi dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen fakültelerin bir kısmının merkezi sterilizasyon ünitesi (MSÜ) ve diş protez laboratuvar (DPL) hizmetlerini bünyesinde veya dış kaynak yolu ile yürütmüş/yürütüyor olmasına dikkat edilmiştir. Fakültelerden son 3 yıla ait (2016-2017-2018) mali veriler (yıllık bazda fakülte toplam cirosu, protetik diş tedavisi anabilim dalı toplam cirosu, DPL ve MSÜ brüt gideri) toplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, gerek DPL ve gerekse MSÜ hizmetlerinin diş hekimliği fakültelerinde DKK ile veya kendi bünyelerinde yürütmeleri açısından mali olarak herhangi bir fark istatistiki olarak tespit edilememiştir. Bu durumda, idarelerin hizmetin kalitesi yönünden seçimini yapması ve buna göre strateji belirlemesi gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Diş hekimliği, hastane, merkezi sterilizasyon, diş protez laboratuvarı, dış kaynak kullanımı.

## ABSTRACT

Like all other health institutions in our country, dentistry faculties are responsible for providing the health services that the society needs with high quality and at the lowest cost possible. The biggest expense item in the Faculties of Dentistry is central sterilization and dental prosthesis laboratory services after personnel expenses. For this reason, it is important to compare financially the continuation of these services with internal or outsourcing. The fact that no research has been conducted on this subject in our country yet constitutes the original value of this study. In this research, 10 (ten) faculties of dentistry in different geographical regions, with different physical sizes and with different years of foundation were included. Attention was paid to the fact that some of the faculties included in the study carried out central sterilization unit (CSU) and dental prosthesis laboratory (DPL) services either on-site or by outsourcing. Financial data for the last 3 years (2016-2017-2018) (total turnover of the faculty, total turnover of the prosthetic dentistry department, DPL and MSU gross expense) were collected from the faculties. According to the findings, there is no statistically significant difference between the DPL and MSU services in the faculties of dentistry with the outsourcing or internal sources. In this case, it is considered that the administrations should make their choice in terms of the quality of the service and determine the strategy accordingly.

**Keywords:** Dentistry, hospital, central sterilization, dental prosthesis laboratory, outsourcing.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimine başlama kararında en büyük ilham kaynağım olan, yoğun çalışma temposunun içerisinde eğitim süresinde her türlü desteğini esirgemeyen danışmanım saygıdeğer **Prof. Dr. Haydar SUR** hocama, yüksek lisans eğitimim boyunca ve bu çalışmanın hazırlamasında bana yol gösteren, bilgi ve birikimlerini paylaşarak, sabır ve anlayışla beni yönlendiren, kıymetli hocam Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı **Prof. Dr. Alper ALKAN**'a sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca desteklerini her zaman hissettiğim aileme desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Derya TOPRAK

## BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

30.09.2019

Derya TOPRAK

İmza



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1.BÖLÜM</b> .....	<b>2</b>
1.1. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Türkiye’de Örgütlenişi.....	2
1.2.Diş Hekimi Yetiştiren Fakülte Hastanelerinin Yapısı ve İşleyişi .....	3
1.3.Protez Diş Laboratuvarı ve Merkezi Sterilizasyonun Diş tedavi Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi.....	5
1.3.1.Protez Diş Laboratuvar Hizmet Yapısı ve Örgütlenişi .....	5
1.3.2.Merkezi Sterilizasyon Hizmet Yapısı ve Örgütlenişi .....	7
1.4. Ülkemizdeki Diş Hekimliği Fakültelerinin Mali ve İdari Yapılanması .....	9
1.5. Diş Hekimliği Fakülteleri DPL ve MSÜ’de Yaşanan Sorunlar.....	11
1.6. Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımı.....	13
1.6.1 Literatür İncelemesi .....	14
<b>2. BÖLÜM</b> .....	<b>16</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>16</b>
2.1. Araştırmanın Amacı.....	16
2.2. Evren ve Örneklem .....	16
2.3. Veri Toplama Yöntemi .....	16

2.4. İstatistiksel Yöntem .....	17
<b>3.BÖLÜM .....</b>	<b>19</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>19</b>
<b>5.BÖLÜM .....</b>	<b>24</b>
<b>TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>24</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>34</b>



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Sektörlere göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar.....	3
<b>Tablo 2.</b> Diş Hekimliği Fakültelerinin Açılış Seyri .....	5
<b>Tablo 3.</b> 10 Fakültenin Son 3 Yıla Ait Toplam Geliri Ve Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Geliri .....	19
<b>Tablo 4.</b> MSÜ'nin son 3 yıla ait Brüt Giderleri .....	19
<b>Tablo 5.</b> DPL'nin son 3 yıla ait Brüt Giderleri .....	20
<b>Tablo 6.</b> MSÜ gideri, Total gelir, MSÜ/TOTAL gelirin gruplara göre dağılımını gösteren tablo .....	20
<b>Tablo 7.</b> DPL gideri, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Geliri, Dpl Gider / Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Geliri, total gelirin gruplara göre dağılımını gösteren tablo .....	21
<b>Tablo 8.</b> MSÜ ile ilgili parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasını gösteren tablo...	21
<b>Tablo 9.</b> Protez Gelir Ve Gideri İle İlgili Parametrelerin Gruplar Arası Karşılaştırmasını Gösteren Tablo .....	21
<b>Tablo 10.</b> 2016, 2017 ve 2018 yıllarına ait DPL giderleri ve protetik diş tedavisi anabilim dalına başvuran hasta sayılarına oranları .....	273
<b>Tablo 11.</b> 2023 Hedefleri ile Mevcut Eğitimin Devamında Oluşacak Arzın Karşılaştırılması.....	27

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DKK</b>	:Dış Kaynak Kullanımı
<b>DPL</b>	:Dış Protez Laboratuvarı
<b>GSS</b>	:Genel Sağlık Sigortası
<b>MSÜ</b>	:Merkezi Sterilizasyon Ünitesi
<b>SUT</b>	:Sağlık Uygulama Tebliği
<b>SGK</b>	:Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>TDB</b>	:Türk Diş Hekimleri Birliği

## GİRİŞ

Diş Hekimliği Fakültesi Hastaneleri; tıpkı diğer tüm tıp hastanelerinde olduğu gibi tedavi hizmetlerinin gerçekleştirildiği bir kuruluş, ekonomi kurallarına göre hizmet üreten bir işletme, dış tabipleri ve diğer tüm sağlık personelinin eğitilmesi bakımından bir eğitim ve araştırma kurumu ve sosyal faydası nedeni ile de sosyal bir kurum niteliği taşımaktadır. Çok yönlü faaliyet gösteren bu kurumları bir işletme olarak değerlendirdiğinde; iş programları, üretilen mal ve hizmetler, yönetim politikaları ve her gider kaleminin ne olması gerektiği konuları önem kazanmaktadır. Bu nedenle bu hastanelerin ihtiyaç duydukları finansman miktarını hesaplayabilmek için, finansman gerektiren faaliyetlerin çeşitlerini ve özelliklerini belirleyip, belirlenen özelliklere uygun hizmet üretim miktarları ve bunlar için tüketilen kaynakların cins ve miktarına yönelik bilgileri derleyip, değerlendirmenin önemi asla göz ardı edilmemelidir. Tüm bu sebeplerle, Diş Hekimliği Fakültelerinin en büyük gider kalemini oluşturan diş protez laboratuvar hizmetleri ile merkezi sterilizasyon hizmetlerinin maliyetleri ve kalite/kurum personeli memnuniyetleri hakkında Ülkemizde herhangi bir araştırmanın henüz yapılmamış olması bu çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır.

Amacımız, Ülkemizde diş hekimliği alanında ve özellikle sağlık hizmetlerinin dış kaynak kullanımı (DKK) ile alınması veya kendi bünyesinde üretilmesi ile ilgili yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Diş Hekimliği Fakültelerindeki en büyük gider kalemini, personel giderlerinden sonra merkezi sterilizasyon ve diş protez laboratuvar hizmetleri oluşturmaktadır. Bu sebeple bu hizmetlerin iç veya dış kaynak yolu ile sürdürülmesinin mali açıdan karşılaştırılması önem arz etmektedir. Bu iki alanda fiyat-kalite konusunda Ülkemizdeki Diş Hekimliği Fakültelerinde bir görüş birliği olmayıp, çoğu zaman Fakülte Dekanının konu hakkındaki sınırlı bilgisi ve talebi üzerine bu hizmetler yürütülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, bu çalışma sonucunda Diş Hekimliği Fakültelerinin en büyük gider kalemlerinin maliyetini düşürmek ve aynı zamanda hem hastalara ve hem de hekimlere sunulan hizmetlerin kalitesini yükseltmenin mümkün olup olmadığı anlaşılacaktır.

# 1.BÖLÜM

## 1.1. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Türkiye’de Örgütlenişi

Türk Diş Hekimliği Tarihi, uzun yıllar Türk Tıp Tarihi içinde bir bölüm olarak incelenmiş, 19.yüzyılda tüm dünyada olduğu gibi Ülkemizde’de de gelişmeye ve cerrahi bir sanat alanı olarak görülmeye başlanılması ile birlikte tıptan ayrı bir bilim dalı olarak incelenmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Ülkemizde köklü bir geçmişe sahip olan diş hekimliği mesleği eğitimi, Darülfünunu Osmanî Tıp Fakültesi Muallimler Meclisi’nin 22 Kasım 1908’de aldığı kararla Darülfünunu Osmanî Tıp Fakültesi Dişçi Mektepi adıyla resmi olarak kurulmuş ve 28 Ekim 1909’da fiilen eğitime başlamıştır. Dişçi Okulunun açılmasıyla birlikte diş hekimliği eğitimi de çağdaş bir şekil alarak 110 yıldır günümüze kadar gelmiştir (TDB, 2019). Cumhuriyet’in kuruluşundan önce İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ile başlayan ve 2002 yılına kadar sayısı sadece 18 olan ülkemizdeki diş hekimliği fakültelerinin sayısı son 15 yıl içinde 89’a ulaşmıştır. Günümüz itibarıyla bu fakültelerin 66 tanesinde eğitim ve sağlık hizmetleri verilmektedir.

Ağız ve diş sağlığı alanında hizmet veren diğer kamu hizmet birimleri ise Sağlık Bakanlığına bağlı; Ağız-Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH), Ağız-Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ve poliklinikleridir. 2017 yılı itibarıyla; 23 adet ADSH, 132 adet ADSM ve 846 adet poliklinikte toplam 9768 diş hekimi ile hizmet üretilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017, s.3).

Diş hekimliği hizmetleri; tıp hizmetlerinde olduğu gibi basamaklandırma ile değil 1, 2 ve 3’ncü basamak hizmetlerini aynı zamanda verebilen bir meslektir. Diş hekimlerinin yaklaşık yüzde 55’inin özel sektörde, yüzde 40’ının Sağlık Bakanlığında, yüzde 5’inin ise üniversitelerde çalıştığı tahmin edilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu incelendiğinde, ağız-diş sağlığı hizmetlerinde çok başlı uygulamaların olduğu görülecektir. Türkiye’de diş hekimliği hizmetlerinin örgütlenmesi tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ağırlıklı olarak muayenehane temeli üzerinde olmuştur. Türk Diş Hekimleri Birliği’nin (TDB) Temmuz 2016 yılı verilerine göre, Türkiye’de özel diş hekimlerine ait muayenehane sayısı 10.775’tir (TDB 2017a). Türkiye’de 2016 yılı verilerine göre, il düzeyindeki mesleki odalara kayıtlı olup muayenehanesi olmayan 1.889 diş hekimi varken, yalnızca özel sektörde çalışan hekim sayısı 15.394’tür (TDB 2017b). AB’ye üye ülkelerin çoğunda ağız diş hizmetleri serbest

hekim muayenehanelerinden sağlanmaktadır ve Avrupa genelinde bu yayılım ortalama %83 civarındadır (TDB 2011). Ülkemizde ise özellikle son 10 yılda Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu ADSM ve ADSH'lerdeki artış (Tablo 1), İlgili Bakanlığın Sağlık İş Gücü 2023 Hedefleri içerisinde yer alan dış hekimi sayısındaki artış ve Üniversite Dış Hekimliği Fakültelerinin açılış seyrindeki yüksek artışlar sebebiyle kamu-özel eğrisinin kamu lehine döndüğünü ve ağız diş sağlığı hizmetlerinin, gelecekte ağırlıklı olarak kamuda verileceğini göstermektedir.

**Tablo 1.** Sektörlere göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve kuruluşlar

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	128	4.337	-	-	78	844	206	5.181
Diş Hastanesi	22	1.610	-	-	3	87	25	1.697
Diş Eğitim Hastanesi	1	96	44	5.263	-	-	45	5.359
Diş Polikliniği (Hastane)	846	3.479	14	115	223	471	1.083	4.065
Diş Polikliniği	-	-	-	-	1.654	6.582	1.654	6.582
<b>Toplam</b>	<b>997</b>	<b>9.522</b>	<b>58</b>	<b>5.378</b>	<b>1.958</b>	<b>7.984</b>	<b>3.013</b>	<b>22.884</b>

Kaynak: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanelere ait Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ile Diş Tedavi Protez Merkezlerine ait veriler Diş Polikliniği (Hastane) içerisinde gösterilmiştir.

## 1.2. Diş Hekimi Yetiştiren Fakülte Hastanelerinin Yapısı ve İşleyişi

Yasal düzenlemelerle bugüne kadar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ismi altında kimlik bulmaya çalışılan üniversite hastaneleri, görev tanımları, yönetim hiyerarşisi ve işleyiş bakımından gelenekselleşen bir yapılanma kazandılar. Sağlık Bakanlığı, siyasi erkten aldığı güç ve kamu hastaneleri arasındaki rekabet gücü ile bu hastane yapılarına nüfuz ederek müdahil olmuştur. Türkiye'de genel sağlık sigortasının tesisinden itibaren tek hizmet alıcı konumundaki Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) da üniversite hastanelerini yönlendiren ana güç haline gelmiştir. Özetle, kendi yönetim dinamikleri ve bunun hukuki alt yapısı iyi tanımlanamayan üniversite hastaneleri, sağlık sistemindeki büyük aktörlerin etkisi altında kalarak sistemin karar vericileri olma fırsatını kaçırdılar. Üniversite hastanelerinde temel faaliyet alanı olarak sözü edilen araştırma, eğitim ve hasta hizmetleri tam olarak bir arada yürütülemediği gibi, bu fonksiyonlardan her biri diğerindeki yetersizliğin mazereti haline gelmiştir (Aydın S., 2013, s:44). Ülkemizdeki Tıp Fakültesi Hastaneleri, Fakülte kuruluş aşamasında eş zamanlı çıkarılan bir yönetmelikle sağlık uygulama ve araştırma merkezi (hastanesi) adı

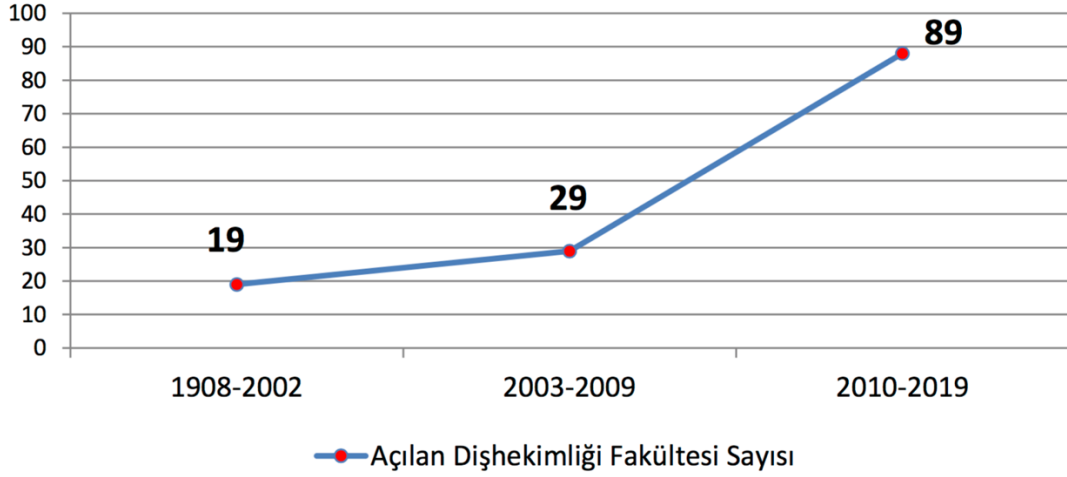
altında ve Rektör tarafından atanan merkez müdürü (hastane başhekim) tarafından idari ve işletmesel olarak yönetilmektedirler. Diş Hekimliği Fakültesi Hastanelerinde ise bu duruma tarihsel olarak çok daha sonraları geçilmiş ve günümüzde hala diş hekimliği fakültesi hastanelerinin büyük bir çoğunluğunda hastane işletmesiyle eğitim ve araştırma faaliyetleri ayrıştırlanamamış ve fakülte dekanı tarafından tüm akademik ve idari faaliyetler birlikte yönetilmeye çalışılmaktadır (Alkan A., 2018). Bununla birlikte, eğitim ve hizmet gibi iş birliğinin zorluğunu ve doğurduğu çatışmayı üniversite hastanelerinde yaşanması da söz konusudur. Neticede bu hastanelerin çoğunda misyonlar (eğitim/araştırma/hizmet) savaşı yapılp, tüm bu unsurların bir arada yok edildiğine de şahit olmaktadır. Dekan ve başhekimden hangisi daha otorite sahibi ise onun sorumluluk alanındaki misyon öne çıkmakta ve diğeri feda edilebilmektedir. Bu durumda genellikle tüm görevleri birlikte sürdürmeye çalışan fakat tümünde başarılı olamayan bir yapı oluşmaktadır. Akademik hiyerarşi ya da idari hiyerarşinin baskın olması hastane yönetimini zorlaştırmaktadır. Hastanenin işletmesel olarak sürdürülebilirliğinden sorumluluk duymama ihtimali olan öğretim üyeleri, anabilim dalı başkanları, dekan ve hatta rektörün doğrudan hastane yönetim süreçlerine müdahalesi riskli bir durumdur (Aydın S., 2013, s:45). Daha küçük boyutlu idari ve işletme yapıları sebebiyle Diş Hekimliği Fakültesi hastanelerinde başhekimin yani merkez müdürünün dekanın önerisi ve rektörün onayı ile atamasının yapılması, dekanın görev süresinin bitmesiyle başhekimin de görev süresinin tıpkı dekan yardımcılarında olduğu gibi kendiliğinden sona ermesi gibi ibarelerin ilgili yönetmeliğe konulması, bu çatışmanın önüne geçilmesi bakımından uygun olacaktır. Bu durumda, diş hekimliği hastane işletmesini sürdürülebilir kılma sorumluluğunun fakülte ve hastane yöneticileri tarafından birlikte taşınması ve dış müdahaleye fırsat verilmeden hizmet sunma konusundaki organizasyonun uyum içerisinde yürütülmesi mümkün olabilecektir (Alkan A., 2018).

Ülkemizdeki diş hekimliği fakültesi ve hastanelerinin sayılarının 2002 yılından itibaren 19'dan 89'a hızla çıkmış olması (Tablo 2), beraberinde diş hekimi yetiştiren fakülte hastanelerinin yapısı ve işleyişinde de sorunlar getirecektir. Yukarıda kısaca özetlenmeye çalışılan yönetsel karmaşıklık ve yeni açılan fakültelerdeki tecrübesiz kadro sebebiyle ideal hastane işletmeciliği konusunda ciddi sorunlarla karşılaşılması kaçınılmaz gözükmektedir. Bu bağlamda, bu tez çalışmasından çıkan sonuçların diş hekimliği fakültesi hastanelerinin en büyük gider kalemlerini oluşturan MSÜ ve DPL



hizmetlerinin ideal olarak nasıl yürütülmesi gerektiği hususunda idarecilere iyi bir kaynak oluşturacağı düşünülmektedir.

**Tablo 2.** Diş Hekimliği Fakültelerinin Açılış Seyri



### **1.3. Protez Diş Laboratuvarı ve Merkezi Sterilizasyonun Diş tedavi Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi**

#### **1.3.1. Protez Diş Laboratuvar Hizmet Yapısı ve Örgütlenişi**

Türkiye’de 20000’in üzerinde diş teknisyeni/teknikeri ve 2000’in üzerinde özel laboratuvar bulunduğu tahmin edilmektedir. Bu laboratuvarların çok büyük bir kısmı ruhsatsız ve personellerinin önemli bir kısmı da belgesiz çalıştığından mevcut rakamlar tahminlere dayanmaktadır.

Ülkemizde kamu ihale kanununun diş protez üretimi ile ilgili hususları 2011’de yürürlüğe girmiş, bu sayede kamu hastaneleri ve Ağız, Diş Sağlığı Merkezleri ihale yolu ile özel diş protez laboratuvarlarından protez hizmeti almaya başlamıştır. Ancak, bölgesinde tekelleşen firmalar, çok düşük fiyatlarla ihalelere girmekte ve ‘merdiven altı’ diye tabir edilen kötü koşullarda, günde 12-14 saate varan çalışma sürelerinde, koruyucu önlemler alınmaksızın güvencesiz ve belgesiz personel çalıştıran laboratuvarlarda protez üretmektedirler. Hastaneler aldıkları bu hizmetten kar edebilmek amacıyla, protez başına ihale bedeli olarak laboratuvara ödedikleri ücret, SUT kapsamında protez başına SGK’dan aldıkları ödemeden daha düşük olmakta ve böylece hastaneler için kâr amaçlı bir rant alanı oluşturulmaktadır (Canıvar C., 2013, s:1). Bununla birlikte, ihale yolu ile düşük fiyata alınan hizmetin ve porselen-krom kobalt vb. malzemelerin kalitesi de aynı oranda düşük olmakta, yapılan protez işleri ne

hekimleri ne de hastaları mutlu etmemektedir. Diğer taraftan, diş protez işlerinin ihale usulü ile satın alınması, özel laboratuvarlardaki zaten kötü olan çalışma koşullarını daha da sağlıksız hale getirmekte, kapasitesinin çok üzerinde bir ihaleyi kazanan diş protez laboratuvarı işleri yetiştirebilmek amacıyla 5-10 kişinin çalıştığı küçük laboratuvarlarda üretim yapmakta, diş teknisyenlerinin günlük çalışma süreleri 16 saate kadar uzamakta, sonuç olarak çalışanlar özellikle solunum sistemini etkileyen çok ciddi sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Dört diş teknisyenin 2011'de hayatını kaybetmesi sonucu, İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin düzenlediği sempozyum ve yapılan basın açıklamalarıyla olay gündeme getirilmiş, Sağlık Bakanlığı da denetimleri sıkılaştırma kararı almıştır.

Ülkemizde kayıt dışı olarak binlerce diş laboratuvarı halihazırda faaliyetlerini sürdürürken, ruhsatlı olan diş protez laboratuvarlarının işçi sağlığını tehdit eden koşulları Devlet tarafından ceza kesilerek düzeltilmeye çalışılmış, ancak kesilen bu cezalar işyerinin iflas ederek kapanmasına neden olmuştur. Devletin ticari bir mantıkla uyguladığı bu denetleme mekanizması, çalışma ortamını güvenli hale getirmek yerine koşulların daha da bozulmasına sebep olmuştur (Canıvar , 2013, s:2).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı ADSH ve ADSM'lerde çalışan binlerce diş teknisyeni/teknikeri olmasına rağmen ilgili diş protez hizmetlerinin çoğunun dışarıdan satın alınmaya çalışılmasının muhtemel sebepleri; yönetsel olarak bu kişilerin hastanenin tüm ihtiyaçlarını karşılayacak kapasitede verimli çalıştırılmıyor olması, tecrübesiz kadrolu teknisyenler tarafından işlerin özensiz ve kalitesiz yapılması, bu kişilerin kendi alanları dışında ihtiyaç duyulan dental asistanlık vb görevlerde çalıştırılıyor olması, talep edilen iş yükünün mevcut kapasitenin üzerinde olması, bu merkezlerde standartlara uygun diş laboratuvarı bulunmaması veya kurulum için yüksek maliyet çıkmasıdır (Alkan A., 2018). Sonuç olarak kamuda Sağlık Bakanlığına bağlı ADSH ve ADSM'lerin büyük bir çoğunluğu diş protez hizmetlerini dışarıdan ihale ile satın almakta veya kendi bünyesinde üretilmeyen işleri dışarıdan hizmet satın alma yoluna gitmektedir. Bu merkezlerde iş kalitesi ile ilgili endişe ikinci planda kalmakta, hastane yönetimi mevzuata uygun olarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının çok altında ihaleyi alma yolunu seçmektedir.

Diş Hekimliği Fakültesi hastanelerinde diş protez laboratuvar hizmetleri ve örgütlenişi çok daha karışık işlemektedir. Sağlık Bakanlığı'nda olduğu gibi Üniversitelere diş protez teknisyeni/teknikeri kadrosu Devlet tarafından çok az sayıda verilmekte, bu

sebeple diş protez laboratuvar işlerini yürütmek imkânsız hale gelmektedir. Yeterli kadro ihdası olmadığından, hiçbir Fakülte de laboratuvar alt yapı yatırımı yapmamaktadır. 2011 yılında çıkan mevzuatla, kamu hastanelerinin tümünde diş protez işleri ile ilgili olarak hastalardan laboratuvar ücreti adı altında ücret alınması yasaklanmış, SUT'un belirlediği fiyatlar üzerinden hastaneye ödeme yapılacağı ve bu fiyatlara laboratuvar ücretlerinin de dahil olduğu belirtilmiştir. Başlangıçta tüm fakülteler, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun SUT fiyatları üzerinden düşük ödeme yapması sebebiyle ihale yolunu seçmiş, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde olduğu gibi düşük ücretlere ihaleler yüklenici laboratuvara verilmiş, ancak zamanla SUT fiyatlarında artış olmamasına rağmen, ihale fiyatlarının yükselmesi ve hizmet satın alınan laboratuvardan gelen iş kalitesinin çok düşük olması sebebiyle mevzuatın da dışına çıkılarak bu uygulamayı terk etmeye başlamışlardır. Günümüzde çoğu Fakülte, mevzuatın dışına çıkarak ve ceza ödemeyi göze alarak diş protez laboratuvarı hizmet alımı yapmamakta, işlerin kaliteli olacağı söylemiyle hastalara önerdikleri laboratuvar ücretlerini yine o laboratuvara ödetmektedirler. Yani, Fakülte hastaneleri bu yöntemle hem ihale bedeli olarak ödeyecekleri ücretten kurtularak mali kazanç sağlamakta, hem de istedikleri yüksek kalitede diş protez hizmetlerini almaktadırlar. Devlet, son derece düşük kalan SUT fiyatları yüzünden Fakültelerin bu mevzuat dışı uygulamalarına göz yummakta veya çok cüzi cezalar keserek denetime devam ettikleri izlenimini sürdürmektedir. Herhangi bir yeni bir yasal düzenleme yapılmaz ise, tüm bu fiyat/kalite/hız sarmalında bocalayan Fakültelerin gelecekte diş protez hizmetlerini nasıl yürütecekleri konusundaki karmaşa devam edecektir (Alkan A., 2018).

### **1.3.2.Merkezi Sterilizasyon Hizmet Yapısı ve Örgütlenişi**

Hastanelerde sunulan hizmetlerin kalite ve maliyetini etkileyen önemli faktörlerden birisi de merkezi sterilizasyon hizmetleridir. Sterilizasyon güvenliğinin sağlanması ve infeksiyonun yayılmasını önlemede büyük sorumluluğa sahip olan, hastanenin değişik birimlerinden kirli malzemeleri steril etmek için toplayıp ve tekrar kullanıma hazır hale getirip teslim eden merkezi sterilizasyon üniteleri (MSÜ), 365 gün 24 saat sürekli hizmet üreten, bir hastane için olmazsa olmaz olan dinamik merkezlerdir (Aydın, 2005:560).

“Hastaneler üretim yapan bir insan vücuduna benzetilirse; Ameliyathaneler bu vücudun kalbi, Merkezi sterilizasyon üniteleri ise bu kalbi besleyen koroner arterleridir” (Dağlı, 2007:392). Diş hekimliği hizmetlerinde ise, bulaş riskinin yüksek olması sebebiyle

sadece ameliyathaneler değil tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü tüm birimler hastanenin kalbi konumundadır. Bu sebeple dış hekimliği hizmeti üreten tüm kamu ve özel hastaneler/poliklinikler/merkezlerde MSÜ ihmal edilemez bir öneme sahiptirler.

Ülkemizde çok uzun yıllar boyunca temizlik, güvenlik ve yemek hizmetleri gibi tıp dışı alanlarda dış kaynak yolu ile hizmet alımı yapılmış, 5 Mayıs 2004 tarih ve 25453 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan; *“Sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin esas ve usuller”* ile hastanelerin tıp ile ilgili alanlarda da dış kaynak kullanımının önü açılmıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu özelleştirme girişimiyle birlikte, özellikle tıbbi görüntüleme, laboratuvar ve sterilizasyon hizmetlerinin dış kaynak yolu ile alımı hız kazanmıştır. Bugün itibarıyla Üniversite Hastaneleri dahil olmak üzere çoğu kamu hastanesindeki MSÜ hizmetleri bu şekilde yürütülmekte olup, bu yöntemin beraberinde getirdiği aksaklıklara burada değinilmeyecektir.

Dış Hekimliği Fakültelerindeki durum incelendiğinde, Tablo 2. de verildiği gibi 2002 yılında Ülkemizdeki Dış Hekimliği Fakültesi sayısı 19’du. Bu fakültelerde sterilizasyon hizmetleri işin niteliği açısından bazı farklılıklar göstermesi sebebiyle her anabilim dalı içerisindeki küçük birimlerde o anabilim dalı personelleri tarafından yürütülmekteydi. Her anabilim dalı kendi kullandığı alet ve ekipmanların özelliklerini bahane ederek ve gözetimi dışındaki bir birimde sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesine böylelikle aletlerin kaybolmasına/bozulmasına razı gelmiyordu. Uzun yıllar dış hekimliği fakültelerinde sterilizasyon hizmetleri bu şekilde yürütülmüş, özellikle 18 Şubat 2011’de Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe konulan *“Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslar”* in belirlenmesinden sonra fakültelerde hızla artan hasta ve iş kapasitesi sebebiyle sterilizasyonun merkezi birimler tarafından yürütülmesi konusu ivme kazanmış hatta zorunlu hale gelmiştir. Bugün itibarıyla sayısı 89’a çıkan fakültelerin büyük bir çoğunluğu MSÜ hizmetlerini kendi bünyelerinde kendi personelleri ve ekipmanları ile yürütmektedirler. Bununla birlikte dış hekimliği fakülteleri, kalite/maliyet konusunda kendilerinden çok daha tecrübeli ve deneyimi olan tıp fakültelerinin hep bir adım gerisinde olduklarından MSÜ hizmetlerinin dış kaynak yolu ile satın alınması konusunda geçmiş alışkanlıklarını terk etmede hala direnmekte ve az sayıdaki fakülte DKK yolunu cesurca deneyimlemektedir (Alkan A., 2018). MSÜ hizmetlerinin yürütülmesinde fiyat-kalite konusunda Ülkemizdeki Dış Hekimliği

Fakültelerinde bir görüş birliği olmayıp, çoğu zaman Fakülte Dekanının konu hakkındaki sınırlı bilgisi ve talebi üzerine bu hizmetler yürütülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, bu çalışma sonucunda Diş Hekimliği Fakültelerinin en büyük gider kalemlerinden biri olan MSÜ hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve aynı zamanda hizmet kalitesini yükseltmenin mümkün olup olmadığı anlaşılacaktır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ADSH ve ADSM'lerde ise MSÜ hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu personel sıkıntısı çekilmediğinden dolayı kendi bünyelerinde yürütülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları, Sağlık Bakanlığı dış hastanelerindeki MSÜ hizmetleri için de rehber olabilecek niteliktedir.

#### **1.4. Ülkemizdeki Diş Hekimliği Fakültelerinin Mali ve İdari Yapılanması**

Sağlıkta Dönüşüm Programı hedefleri arasında yer alan; verimliliği artırma ve erişimi kolaylaştırma başlıklarının vazgeçilmez paydaşı, eğitim-araştırma-hizmet görevlerini birlikte yürüten Üniversite Hastaneleridir. Bu hastaneler diğer sağlık hizmeti sunucularından farklı olarak, eş zamanlı bir çok fonksiyonu (sağlık hizmeti sunumu, eğitim ve araştırma faaliyetleri) yerine getirmektedirler (Avcı ve Çınaroğlu, 2015, s: 6). Üniversite hastaneleri bu fonksiyonları birarada yerine getirirken, diğer taraftan finansal performans ve disiplinini değerlendirmeye yönelik olarak bilanço ve gelir tablosundan elde ettiği verileri kullanmaktadırlar (Gülşen ve Yıldırım,2017). Tıp ve Diş Hekimliği Fakülte Hastaneleri, üçüncü basamak sağlık hizmeti olarak her sağlık kuruluşunda yapılmayan özellikli uygulamaları sunmakta, bu hizmetleri yerine getirirken başta istihdam ve mali imkânlar olmak üzere sıkıntılar yaşamaktadırlar (Üniversite Hastaneleri Birliği, 26 Şubat 2016, ppt sunum).

Yükseköğretim kurumlarında Döner Sermaye İşletmeleri 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanununun 14. ve 58. Maddelerine dayanılarak kurulmakta olup Diş Hekimliği Fakülteleri de bu kapsamda döner sermayeli işletmeler olarak faaliyetlerini yürütmektedir. Vakıf Üniversiteleri hariç olmak üzere diş hekimliği fakültelerinin gelirleri Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında yapılan tedavi işlemlerinden aldığı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ödemeleri ile, kamu hizmet tarifesi kapsamında yapmış oldukları SUT dışı özel işlemler için hastalardan aldıkları ücretlerden ibarettir. Bunun haricinde, ihtiyaçlarına göre Devlet bütçesi tarafından Üniversitelere aktarılan sağlık harcamaları bütçesi kapsamında Rektörün inisiyatifiyle diş hekimliği fakültelerine de ek bütçe ayrılabilir. Bununla birlikte, Maliye Bakanlığı

tarafından 2015 Mali Yılı Bütçe Kanunu'na konularak başlatılan eğitim ödeneği öğrenci başına hesaplanarak Vakıf Üniversiteleri haricinde Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerine her eğitim öğretim yılı başında aktarılmaktadır. SGK ile anlaşması bulunan Vakıf Üniversitelerinde ise SUT fiyatlarının 2 katına kadar hastadan ek ücret talep edilebilmekte, ancak Devlet Üniversitelerinde olduğu gibi ayrıca Devlet bütçesinden bir destek alınamamakta ve tüm idari, akademik ve yardımcı personel maaşları gibi giderlerin büyük bir kısmını oluşturan ödemeleri kendi öz kaynaklarından sağlamaktadırlar.

5 Mayıs 2004 tarih ve 25453 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan; *“Sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla sürdürülmesine ilişkin esas ve usuller”* ile devlet dış hekimliği fakültelerinde DKK'nın yolunun açılması ve Devletten beklenen yardımcı sağlık/büro/temizlik/güvenlik vb idari kadroların son derece yetersiz kalması sebebiyle hizmetin yürütülmesi ve sürdürülebilir olması amacıyla ihtiyaç duyulan bu kadrolar Fakültenin tek gelir kaynağı olan döner sermaye bütçelerinden karşılanmakta ve günümüzde hastanelerin sırtında ciddi bir mali yük olarak kalmaktadır. Tüm bu mali tabloya ilave olarak, SUT fiyatlarında tedavi maliyetlerinin altında kalan ve yıllardır yapılmayan artışlar sebebiyle, üçüncü basamak sağlık hizmeti olarak her sağlık kuruluşunda yapılmayan özellikli uygulamaları sunmaya çalışan gerek Vakıf gerekse Devlet Üniversitelerinin dış hekimliği fakülteleri, bu hizmetleri yerine getirirken başta istihdam ve mali imkânlar olmak üzere ciddi sıkıntılar yaşamakta, hizmet satın aldığı işletmelere ve hatta sarf malzeme tedarikçilerine dahi ödeme yapmakta güçlük çekmektedirler (Alkan A., 2018). Devasa bütçelere sahip tıp fakülteleri ile karşılaştırıldığında dış hekimliği fakültelerinin piyasaya olan borçları çok daha az olmakla birlikte, bütçe yetersizliğinden kaynaklanan ve yukarıda kısaca özetlenen sebeplerden ötürü bu borçlar kapatılamamaktadır. Devlet bu duruma kayıtsız kalmamış, devlet üniversitelerinin dış hekimliği fakültelerine bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezi birimleri döner sermaye işletmelerinin, 31 Ekim 2018 itibarıyla muhasebe kayıtlarında yer alan ve vadesi 18 Ocak 2019'a kadar ödenmemiş ilaç ve tıbbi malzeme alımlarına ilişkin borçlarına uygulanacak iskonto oranları tespit edilerek bir nebze destek sağlanabilmiştir.

Bugün için nitelikli ve karmaşık sağlık hizmetlerinin büyük kısmını veren dış hekimliği fakültesi hastaneleri hizmet sundukça zarar eden ve borçlanan, basit ve kısa süren işlemlere ağırlık vermeye yönelmek zorunda bırakılan bir işletme olarak yönetilemez

hale gelmiş durumdadır. Bu durum dış hekimliği eğitimini olumsuz etkilemektedir. Finans sıkıntısı çeken ve mali durumu giderek bozulan üniversite hastaneleri ekipmanlarını yenileyememekte, yeni teknoloji satın alamamakta ve rekabetçi yapısını giderek yitirmekte olup, artık sistemin sürdürülebilirliği imkânı kalmamıştır (Üniversite Hastaneleri Birliği, 26 Şubat 2016, ppt sunum).

Tıp hastanelerini baz alarak kurulan ve dış hekimliği fakülte hastanelerinin dahil olmadığı Üniversite Hastaneleri Birliği 2016 yılında;

- Denge tazminatının devletin özel bütçesinden karşılanması
- 4B'li personel maaşlarının ve hizmet alım bedellerinin devletin özel bütçesinden karşılanması
- Mesai dışı uygulamada üst sınırın yeniden değerlendirilmesi
- Sağlık Bakanlığı üzerinden tıbbi malzeme temininin sağlanması
- Eğitim Ödeneğinin gerçek maliyet düzeyine çekilmesi
- Özellikli işlem fiyatlarının gözden geçirilmesi
- BAP payının devletin özel bütçesinden karşılanması
- %1 oranındaki hazine payının kaldırılması
- Bina ve cihaz desteği sağlanması
- Her türlü işletme giderinin döner sermayeden değil devletin özel bütçesinden karşılanması gibi çözüm önerilerini dile getirmiş ancak bu önerilerden hiçbiri henüz Devlet otoritesi tarafından yerine getirilmemiştir. Yukarıda bahsedilen bu sorunların tamamı dış hekimliği fakültesi hastaneleri için de geçerli olup çözüme yönelik olası müdahaleler dış hekimliği fakülte hastanelerini de mali açıdan rahatlatacak ve yapmakla yükümlü olduğu işlemlere dönmesini sağlayacaktır.

### **1.5. Dış Hekimliği Fakülteleri DPL ve MSÜ'de Yaşanan Sorunlar**

Dış Hekimliği Fakültelerinin strateji ve hedefleri doğrultusunda tedavi hizmetlerinin kalite ve verimliliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması, hasta ve hekim memnuniyetin üst düzeye çıkarılması, etkin sağlık yönetimi için kaynak kullanımının ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğinin değerlendirilmesi esastır. Bu sebeple öncelikle hizmet süreçlerindeki sorunlar doğru tespit edilmelidir. Dış Hekimliği Fakülteleri DPL ve MSÜ'de yaşanan sorunların başında kalite ve maliyet unsurları yer

almaktadır. Bu yüksek lisans tez çalışmasının ana konusunu "maliyet" oluşturduğundan burada ayrıca değinilmeyecektir.

Diş protez laboratuvarlarının ürettikleri iş kalitesi değerlendirildiğinde, kaliteyi olumsuz etkileyen en büyük faktörlerin başında diş protez teknisyenlerinin/teknikerlerinin yapabileceği iş kapasitesinin çok üzerinde çalışmaya zorlanması ve alanında ustalaşmış personel istihdamının oldukça zor oluşu gelmektedir. DKK yolu ile hizmet satın alınan özel diş laboratuvarları sadece diş hekimliği fakültelerine değil aynı zamanda serbest diş hekimi muayenehaneleri ile özel/kamu diğer hastanelere de diş protez hizmeti vermektedirler. Her ne kadar, "07.12.2005 tarih ve 26016 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği" (Değişik:RG-31/12/2011-28159) ile laboratuvarlarda çalışan personellerin iş yükü kapasitesi denetim alınmaya çalışılmış olsa da, iş yeri sahiplerinin yüksek kazançlar elde etme hırsıyla yürürlükteki mevzuatı görmezden gelmeleri ve kişi başına düşen yüksek iş kapasiteleri hizmetin kalitesini de olumsuz etkilemektedir. İhale yolu ile düşük maliyetlere DKK ile satın alınan hizmetlerde Kurumun iş başına düşük ücret ödüyor olması ve yüklenicinin ihale süresince Kurum ödemelerini garanti altına alınmış bir gelir olarak görmesi de hizmet ve iş kalitesini ciddi olarak düşürmektedir. Oysa ki aynı laboratuvarlar, garanti ve sürekli görmedikleri ve daha yüksek ücret aldıkları özel muayenehane ve özel hastanelerde yapılan işlere en kalifiye ustalarını vermekte ve işin tam zamanında yapılmasını sağlamaktadırlar. Bu durum, Üniversite hastaneleri de dahil olmak üzere ihale yolu ile işin satın alındığı tüm kamu hastaneleri/merkezlerindeki diş protez iş kalitesini ciddi manada olumsuz etkilemekte ve hastaların/hekimlerin memnuniyetsizliğine yol açmaktadır. Ülkemizdeki diş hekimliği fakültelerinin çoğu bu durumdan şikayetçi olmakta ancak diş protez hizmetlerinin kendi bünyelerinde yapılmasını sağlayacak çözümler üretememektedirler. Bunun en büyük sebebi, personel (diş teknisyeni/teknikeri) istihdamının nasıl yapılacağı ile ilgili bir yol haritası olmamasıdır. Özellikle kamuda taşeron işçi çalıştırmanın son bulması ve mevcut kadroların 4D devlet kadrolarına evrilmesiyle birlikte, tüm diş protez işlerini kendi bünyesinde yürütecek kalifiye diş protez teknisyeni/teknikeri kadrosu ve tam donanımlı bir DPL oluşturmak neredeyse imkânsız hale gelmiştir (Alkan A., 2018). Mevcut durumda, Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakülteleri istediği ücretler ile istedikleri laboratuvarlar ile çalışma özgürlüğüne sahip iken, Devlet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakülteleri ise ihale yolu hizmet satın almakta ve yukarıda kısaca özetlenen sorunları



yaşamakta veya mevzuat dışına çıkarak iş kalitesini yükseltmek ve maliyetlerini düşürmek amacıyla laboratuvar ücretlerini hastalara ödetmektedirler.

Tüm bu veriler ışığında, Devletin yoksul vatandaşlarını da gözetecek şekilde dış protez laboratuvar hizmetlerinin kamu hastanelerinde yürütülmesinde daha esnek bir modele geçmesi kaçınılmaz görünmektedir.

### **1.6. Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımı**

Sağlık hizmeti veren kurumların asli görevi ve temel kurulma amacı tıbbi hizmetlerin sunulmasıdır. Sağlık hizmetleri, hasta ve yaralılara, daha sağlıklı bir yaşam sürdürmek için sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyen bireylere ayakta ya da yatarak sunulan tanı, tedavi, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik, bakım ve ameliyathane hizmetleridir (Sezer, 2009: 32). Oldukça kısıtlı imkanlarla faaliyetlerini devam ettiren, kompleks bir organizasyona sahip olan ve sayıları giderek artan sağlık kurumları, kaynaklarını etkin bir biçimde kullanarak kaliteli sağlık hizmeti sunmak zorundadırlar. Hastane sayılarının artışına bağlı oluşan bu zorlu rekabet ortamında, hasta istek ve gereksinimlerine kaliteli sağlık hizmeti sunarak cevap vermek hiç de kolay değildir. Sağlık hizmeti maliyetlerinin çok yüksek olması da göz önüne alındığında, bir sağlık tesisi işletmesini yönetmenin ne kadar zor olduğu da görülecektir. Hastane işletmeleri, yukarıda kısaca bahsedilen sebeplerle hizmetin kalite ve verimliliğini arttırmak amacıyla maliyetleri kontrol altına alabilmek için dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir (Nazlıoğlu ve Yar, 2016).

Sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmek amacıyla günümüzde birçok ülkenin sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımı yaygınlaşmaya devam etmektedir (Ekin vd., 2012, s. 17). Ülkemizde gitgide yaygınlaşan bir uygulama haline gelen dış kaynak kullanımı ile nerdeyse bütün sağlık kurumlarına en az bir hizmet sunmaktadır (Akbulut vd., 2012: 28).

Dış kaynak kullanımının en önemli getirilerinden biri de özellikle kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan personel sıkıntısının biraz hafifletilmesidir. Dış kaynak hizmet sağlayıcılarına devredilen bir takım hizmetlerle organizasyon yükü azalırken, personel sayısının azalmasıyla rahatlama sağlanmaktadır. Bu şekilde, kamu hastaneleri, yasalarla kısıtlanan personel alımları nedeniyle bir takım hizmetleri dış kaynak sunucuları yoluyla sağlayarak personel ihtiyaçlarını gidermektedirler. Dış kaynak sunucusu hastane için ikinci planda kalan bir hizmet alanında asıl işi olması nedeniyle bu konuda eğitimli

ve tecrübeli bir kadroya sahip olabilmektedir. Bu durum, hizmetin verilmesi esnasında gerekli olan eğitim maliyetlerini düşürmekte ve işletme çalışanlarının dış kaynak sunucularının bilgi ve tecrübelerinden yararlanma olanağı sağlamaktadır. Böylece hastane asli görevine odaklanarak hizmet kalitesini arttırmaktadır.

### **1.6.1 Literatür İncelemesi**

Maliyetlerin düşürülmeye çalışılması, hastane işletmelerini dış kaynak kullanmaya yönelten en önemli faktörlerdendir. DKK, işletmelerin sabit maliyetlerini değişken olmasını sağlamakta, kaynaklarını faaliyet alanından başka bir tarafa yönelterek rekabet avantajı sağlamaktadır (Nazlıoğlu ve Yar, 2016). Yapılan literatür çalışmalarında sağlık kurumlarında DKK hastanelerde maliyet analizi üzerine kurgulanmış araştırmalarla karşılaşılmaktadır.

Karasioğlu ve Çam (2008) yaptıkları çalışmada, hastane maliyetlerini incelemişler ve verilen sağlık hizmetleri içinde muayene hizmetlerinin en önemli paya sahip olduğunu ve birim muayene hizmetlerinin maliyetinin hesaplanmasının önemini vurgulamışlardır. Karahan (2009) araştırmasında hastanelerde DKK'nın verimlilik üzerine etkisini araştırmış ve çalışmasında, 20 hastanede çalışan 85 yöneticiye anket uygulanmış ve istatistiki değerlendirmeye tabi tutulan anketler neticesinde hastanelerde DKK'nın maliyetleri azalttığı, dış kaynak kullanımı ile verimlilik arasında pozitif bir ilişki olduğunun gözlemlemiştir.

Esatoğlu ve arkadaşları (2010) çalışmalarında, üniversite hastaneleri gibi yüksek kapasiteli hastanelerin birim maliyetlerinin bilinmesinin finansal yönetim, sağlık hizmetleri plânlaması ve insan kaynakları gibi konularda stratejik karar alma sürecinin etkililiğine önemli katkısı olduğu sonucuna varmışlardır.

Ekin, Yanık ve Kıyak (2012)'in DKK ile yapılan hizmet ihaleleri ile kurum tarafından sağlanan hizmetlerin karşılaştırıldığı ve değerlendirildiği çalışmalarında, sonuç olarak hastane yönetiminin dış kaynak kullanımı ile satın aldığı hizmetlerde maliyet tasarrufu sağladığı tespit edilmiştir.

Gözüküçük ve Çelik (2012) ise hastanelerde dışarıdan hizmet satın alınmasıyla karşılaşılan problemleri inceleyerek, elde edilen bulgular neticesinde çözüm önerileri sunmayı hedeflemiştir. Araştırmada yer alan ve maliyetlerle ilgili olarak değerlendirilebilecek sorunlar SGK'nın ödemeleri geciktirmesi ve SUT fiyatlarının

düşük olması şeklinde ifade edilebilir. Bu sorunlara yönelik çözüm önerileri ise, maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az hizmetler için il bazında tek çatı altında hizmet alınması ve hizmetlerin sonuç bazlı alınması gerektiği şeklindedir.

Yapılan tüm bu araştırmaların sonuçlarına göre, dış kaynak kullanımının maliyetleri düşürdüğü, verimliliği ve hizmetlerin kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.



## 2. BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde diş hekimliği alanında ve özellikle sağlık hizmetlerinin dış kaynak kullanımı (DKK) ile alınması veya kendi bünyesinde üretilmesi ile ilgili yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Diş Hekimliği Fakültelerindeki en büyük gider kalemini, personel giderlerinden sonra merkezi sterilizasyon ve diş protez laboratuvar hizmetleri oluşturmaktadır. Bu sebeple bu hizmetlerin iç veya dış kaynak yolu ile sürdürülmesinin mali açıdan karşılaştırılması önem arz etmektedir.

### 2.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Türkiye'deki Üniversitelere bağlı Diş Hekimliği Fakülteleri oluştururken tüm evren hedeflenmiş ve farklı coğrafik bölgelerde bulunan, farklı fiziki büyüklükteki ve farklı kuruluş yıllarına sahip on (10) diş hekimliği fakültesine ulaşılmıştır.

2013 yılından sonra hastane hizmetlerinde faaliyete geçmiş, lisans öğrencisi mezunu vermemiş ve tüm uzmanlık disiplinlerinde uzmanlık/doktora öğrencisi barındırmayan fakülteler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen fakültelerin bir kısmının merkezi sterilizasyon ve diş protez laboratuvar hizmetlerini bünyesinde veya dış kaynak yolu ile yürütmüş/yürütüyor olmasına dikkat edilmiştir.

### 2.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma için enstitü tarafından etik kurul onayı alınmış ve Fakülte Dekanlarından resmi yazı ile izin istenmiştir. İstenen veriler araştırmacıya mail ve faks yolu ile gönderilmiştir. Hedeflenen son 5 yıla ait veriler iken veri toplamada yaşanan sorunlardan dolayı son 3 yıla ait veriler alınabilmiştir. Fakülteler, kurumsal kimliklerinin bu tez içerisinde kullanılmamasını talep ettiklerinden dolayı isimlerine yer verilmemiş, gelişigüzel alfabetik harflerle isimlendirilmiştir.

2016-2017-2018 yıllarına ait veriler fakültelerin farklı yıllarda farklı gruplara dahil olması sebebiyle tüm fakültelerin her dönemi ayrı bir örneklem olarak ele alındı. Toplam 10 fakültenin MSÜ ve Protetik Diş Tedavisi Anabilim dalı gelir ve DPL giderlerinin dış kaynak kullanımı ve kendi bünyesinde gerçekleştirmesinin

karşılaştırıldığı çalışmada MSÜ giderinin fakülte(total) gelire oranı ve protez laboratuvar giderinin protetik diş tedavisi anabilim dalı gelirine oranı dikkate alınmıştır.

Fakültelerden bu veriler istenirken dikkat edilmesi istenen hususlar şunlardır:

Fakülte Ve Protetik Diş Ted. Anabilim Dalı Toplam Ciro (TI):SGK'na kesilen toplam brüt fatura bedeli ile özel diş tedavi hizmetlerinin tamamı toplam ciro içerisine yazılmalıdır. Fakülte tarafından satın alınan ve toplam ciro içerisinde yer alan implant malzeme giderleri, toplam cirodan düşülmelidir.

Dış Kaynak Kullanımı ile Yürütülen Protez Lab. Brüt Giderleri (TI): Fakülte bünyesinde diş protez/ortodonti/pedodonti laboratuvar hizmetlerinde çalıştırılan personel, sarf malzeme vb. brüt giderler de yıllık giderlere eklenmelidir.

Dış Kaynak Kullanımı ile Yürütülen Merkezi Sterilizasyon Brüt Giderleri (TI): Hizmet alımında, Fakülte tarafından karşılanan eksik personel, sarf malzeme vb. giderler de yıllık giderlere eklenmelidir. Otoklav ve/veya yıkama cihazları Fakülteye ait ise adedi ile birlikte not olarak bildirilmelidir.

Kurum Bünyesinde Yürütülen Protez Lab. Brüt Giderleri (TI): Toplam giderler içerisine; protez/ortodonti/pedodonti laboratuvarında çalıştırılan tüm personelin brüt maaşları, kullanılan tüm sarf malzemelerin brüt giderleri, laboratuvarlarda bulunan demirbaşların satın alınan tarihlerdeki fiyatının 5' e bölünerek ortaya çıkan yıllık brüt gider (amortisman gideri) yazılmalıdır.

Kurum Bünyesinde Yürütülen Merkezi Sterilizasyon Brüt Giderleri (TI): Toplam giderler içerisine; merkezi sterilizasyon ünitesinde ve ilişkili birimlerde sterilizasyon elemanı olarak çalıştırılan tüm personelin brüt maaşları ve varsa döner sermaye ek ödemeleri brüt toplamı, MSÜ'de kullanılan tüm sarf malzemelerin brüt giderleri, MSÜ de bulunan demirbaşların satın alınan tarihlerdeki fiyatının 5' e bölünerek ortaya çıkan yıllık brüt gider (amortisman gideri) yazılmalıdır.

#### **2.4. İstatistiksel Yöntem**

Uygulanan istatistiksel analizler için bir bilgisayar paket programı kullanıldı (SPSS for Windows 21.0). Ölçüme dayalı verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile araştırıldı. Normal dağılıma uymayan verilere logaritma 10 tabanında değişim uygulandı. Verilerin tekrar normal dağılıma uymadığı görüldüğünde bu veri türlerine

parametrik olmayan testler uygulandı. Veriler ortanca (minimum-maksimum) olarak verildi.

MSÜ işletme biçimine göre belirlenen gruplarda ve protez laboratuvarı işletme biçimine göre belirlenen gruplarda ikili karşılaştırmalar Mann WhitneyU testi ile değerlendirildi. Her iki grupta da iki grup olduğundan Bonferroni düzeltmesi yapılmadı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak belirlendi.



## 3.BÖLÜM

### BULGULAR

Çalışmamızda 10 diş hekimliği fakültesinden diş protezlaboratuar ve merkezi sterilizasyon ünitesi hizmetlerini kendi bünyesinde yürütenler ve dış kaynak kullanımı ile yürütenler karşılaştırılmıştır. DPL hizmetlerini kendi bünyesinde yapan tek fakülte bulunmaktadır. MSÜ hizmetlerini kendi bünyesinde yürüten 7 fakülte ve dış kaynak kullanımı ile yürüten 4 fakülte bulunmaktadır. Bunlardan ikisi yıllar içinde sistemini değiştirmiştir.

**Tablo 3.** 10 Fakültenin Son 3 Yıla Ait Toplam Geliri Ve Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Geliri

Fakülte Adı	FAKÜLTE GELİRİ				PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ A.D. GELİRİ			
	2016	2017	2018	TOPLAM	2016	2017	2018	TOPLAM
<b>A</b>	7.973.878,00	8.822.083,00	10.953.247,00	<b>27.749.208,00</b>	1.558.873,00	1.713.009,00	2.547.795,00	<b>5.819.677,00</b>
<b>B</b>	11.874.381,04	13.999.332,22	14.999.532,22	<b>40.873.245,48</b>	1.752.676,00	1.531.452,00	1.320.302,00	<b>4.604.430,00</b>
<b>C</b>	12.500.000,00	14.851.000,00	31.829.288,10	<b>59.180.288,10</b>	2.200.000,00	2.250.000,00	5.337.995,75	<b>9.787.995,75</b>
<b>D</b>	7.982.720,55	7.719.060,97	5.928.156,61	<b>21.629.938,13</b>	2.208.296,64	2.534.431,45	2.332.075,04	<b>7.074.803,13</b>
<b>E</b>	11.321.171,92	11.813.856,72	12.780.802,29	<b>35.915.830,93</b>	2.411.973,17	2.364.369,14	2.881.789,87	<b>7.658.132,18</b>
<b>F</b>	22.474.000,00	21.566.000,00	26.861.189,00	<b>70.901.189,00</b>	3.458.000,00	3.215.000,00	4.211.332,00	<b>10.884.332,00</b>
<b>G</b>	5.752.145,47	5.731.701,76	7.083.687,06	<b>18.567.534,29</b>	794.074,82	743.669,29	1.164.608,61	<b>2.702.352,72</b>
<b>H</b>	1.468.193,00	3.910.678,00	3.890.735,00	<b>9.269.606,00</b>	246.370,00	428.305,70	383.439,10	<b>1.058.114,80</b>
<b>J</b>	7.678.848,00	11.939.603,00	14.522.740,00	<b>34.141.191,00</b>	1.127.958,00	2.383.931,00	3.052.721,00	<b>6.564.610,00</b>
<b>K</b>	13.703.235,44	12.889.409,43	14.440.496,19	<b>41.033.141,06</b>	2.771.304,82	2.902.018,57	3.292.497,39	<b>8.965.820,78</b>

**Tablo 4.** MSÜ'nin son 3 yıla ait Brüt Giderleri

Fakülte Adı	MERKEZİ STERİLİZASYON BRÜT GİDERLERİ* (TL)			
	Dış Kaynak Kullanımı ile yürüten		Kendi Bünyesinde Yürüten	
	2016	2017	2018	TOPLAM
<b>A</b>	93.250,00	114.200,00	160.445,00	<b>367.895,00</b>
<b>B</b>	560.000,00	500.000,00	540.000,00	<b>1.600.000,00</b>
<b>C</b>	255.000,00	412.000,00	613.000,00	<b>1.280.000,00</b>
<b>D</b>	75.000,00	100.000,00	110.000,00	<b>285.000,00</b>
<b>E</b>	176.980,08	171.420,39	<b>388.316,00</b>	<b>736.716,47</b>
<b>F</b>	1.229.544,00	1.742.208,00	1.121.435,19	<b>4.093.187,19</b>
<b>G</b>	188.410,64	188.081,43	245.979,67	<b>622.471,74</b>
<b>H</b>	60.000,00	74.000,00	85.000,00	<b>219.000,00</b>
<b>J</b>	31.639,76	155.313,26	127.687,38	<b>314.640,40</b>
<b>K</b>	315.974,00	418.054,00	384.532,00	<b>1.118.560,00</b>

**Tablo 5.** DPL'nın son 3 yıla ait Brüt Giderleri

	<b>PROTEZ LAB. BRÜT GİDERLERİ* (TL)</b>			
	Dış Kaynak Kullanımı ile yürüten		Kendi Bünyesinde Yürüten	
<b>Fakülte Adı</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>A</b>	469.972,00	697.086,00	1.148.307,00	<b>2.315.365,00</b>
<b>B</b>	364.764,00	462.348,00	500.401,00	<b>1.327.513,00</b>
<b>C</b>	682.000,00	980.000,00	1.365.520,00	<b>3.027.520,00</b>
<b>D</b>	283.760,00	529.442,30	881.809,40	<b>1.695.011,70</b>
<b>E</b>	516.401,00	553.463,60	583.793,00	<b>1653657,6</b>
<b>F</b>	792.002,84	853.673,80	972.096,34	<b>2.617.772,98</b>
<b>G</b>	320.724,55	393.277,90	446.900,00	<b>1.160.902,45</b>
<b>H</b>	167.073,08	150.025,37	195.734,94	<b>512.833,39</b>
<b>J</b>	551.595,96	401.846,68	519.891,47	<b>1.473.334,11</b>
<b>K</b>	542.670,84	722.116,08	869.740,20	<b>2.134.527,12</b>

Resmi olarak verilerin doğru olup olmadığının teyidi yapılamamıştır. Araştırmanın kapsadığı döneme bakıldığında, ülkenin döviz kurlarının büyük artışlar yaşandığı ve enflasyon hızlı olduğu döneme rast gelmektedir. Bildirilen rakamlar TL cinsinden olduğu için enflasyon hızının etkisi ve satın alma gücü, kalitesi gibi düzeltme faktörlerine başvurulmamıştır. Bütün fakülteler ülkemizde aynı etkilere maruz kaldığından fakültelerin birbirleri ile karşılaştırılmasında sayılan olumsuzlukların bir etkisi olmayacaktır. Ancak yıllara göre karşılaştırılmalarda bu olumsuzluklar hesapları bir ölçüye kadar etkileyecektir. Tüm fakülteler aynı etkiye maruz kalacağından yıllara görede düzeltmeye gidilmemiştir.

**Tablo 6.** MSÜ gideri, Total gelir, MSÜ/TOTAL gelirin gruplara göre dağılımını gösteren tablo

<b>Grup</b>	<b>MSÜ GİDER</b>	<b>TOTAL GELİR</b>	<b>MSÜ/TOTAL GELİR</b>
<b>Kendi Bünyesinde (n=21)</b>	176980	8822083	2,04
	(60000-1121435)	(1468193-31829288)	(0,94-4,17)
<b>Hizmet Alımı (n=9)</b>	500000	139999332	3,57
	(31639-1742208)	(7678848-22474000)	(0,41-8,08)

Veriler ortanca (minimum-maksimum) olarak verildi.



**Tablo 7.** DPL gideri, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Geliri, Dpl Gider / Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Geliri, total gelirin gruplara göre dağılımını gösteren tablo

Grup	DPL GİDER	PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI GELİR	TOTAL GELİR	DPL GİDER / PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI GELİR
Hizmet Alımı (n=27)	519891 (150025-1365520)	2208738 (246370-5337995)	11321171 (1468193-31829288)	32,62 (12,85-67,81)
Kendi Bünyesinde (n=3)	853673 (792002-972096)	3458000 (3215000-4211332)	22474000 (21566000-26861189)	23,08 (22,90-26,55)

Veriler ortanca (minimum-maksimum) olarak verildi.

**Tablo 8.** MSÜ ile ilgili parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasını gösteren tablo

	MSÜ GİDER	TOTAL GELİR	MSÜ/TOTAL GELİR
P değeri	0,094	0,032*	0,248

\*: p<0,05 ise istatistiksel olarak anlamlı fark var

Mann Whitney U testi

**Tablo 9.** Protez Gelir Ve Gideri İle İlgili Parametrelerin Gruplar Arası Karşılaştırmasını Gösteren Tablo

	DPL GİDER	PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI GELİR	TOTAL GELİR	DPL GİDER / PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI GELİR
P değeri	0,057	0,012*	0,010*	0,388

\*: p<0,05 ise istatistiksel olarak anlamlı fark var

Mann Whitney U testi.

İncelenen fakülteler arasında iki Üniversitenin (Erciyes ve Bezmiâlem) Diş Hekimliği Fakülteleri Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dallarına başvuran hasta sayıları yıllık bazda örneklem olarak alınmış ve DPL giderleri ile korelasyonu açısından değerlendirilmiştir (Tablo10.). Her iki fakültenin gelir kalemleri farklı olduğundan (SUT veya SUT + fark ücreti) ilgili anabilim dallarına başvuran hasta sayılarının bölüm gelirleri ile korelasyonu değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bu Üniversitelerden Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi DPL hizmetlerini kendi bünyesinde üretirken, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi DPL hizmetini DKK ile almaktadır.

2016, 2017 ve 2018 yıllarına ait DPL giderlerini, ilgili protetik diş tedavisi anabilim dalına başvuran hasta sayılarına oranladığımızda; kişi başına düşen DPL gideri bulunmuş (Tablo10) ve farklı kaynak kullanan iki farklı üniversitedeki DPL giderlerinin başvuru yapan/tedavi olan kişi sayısına bağlı olarak değişkenliklerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu durumda; Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalına başvuran hasta sayısı 2016 yılından 2017 yılına 1.8, 2017 yılından 2018 yılına ise 2.8 kat artış göstermiştir. İlgili Fakültenin DPL giderlerine baktığımızda ise, 2016 yılından 2017 yılına 1.43, 2017 yılından 2018 yılına ise 1.39 kat artış göstermiştir. Kişi başına düşen DPL giderini yıllar içerisinde değerlendirdiğimizde; 2016 yılında kişi başı DPL gideri 211 TL iken, yıllar içerisinde hasta sayısı yukarıda yazılan oranlarda artmasına rağmen 2017 yılında kişi başı DPL gideri 167 TL, 2018 yılında ise 83 TL olmuştur. Yani 2016 yılından 2018 yılına protez için başvuran hasta sayısı %509 artar iken, kişi başına düşen DPL gideri %60.7 azalmıştır. Tedavi olan hasta sayısı artmasına rağmen, DPL giderinin azalmasının olası sebepleri arasında; yıllar içerisinde daha düşük maliyetli işlem çeşitliliği bir taraftan artarken, diğer taraftan yüksek maliyetli işlemlerin azalması veya DKK ile alınan DPL hizmetlerindeki fiyatların yapılan iş oranında düşmüş olabileceğini akla getirmektedir. Bu durumda protetik diş tedavisi anabilim dalına tedavi için başvuran hasta sayıları ile DPL giderleri arasında pozitif veya negatif bir korelasyon kurabilmek mümkün gözükmemekte, verilerin sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için çok daha fazla örnek üzerinde istatistiki analiz yapılması gerekmektedir.

Kendi bünyesinde tüm protez laboratuvar hizmetlerini yürüten Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalına başvuran hasta sayısı 2016 yılından 2017 yılına 1.24 kat artış, 2017 yılından 2018 yılına ise %6 azalış göstermiştir. İlgili Fakültenin DPL giderlerine baktığımızda ise, 2016 yılından 2017 yılına %7, 2017

yılından 2018 yılına ise %13 artış göstermiştir. Kişi başına düşen DPL giderini yıllar içerisinde değerlendirdiğimizde; 2016 yılında kişi başı DPL gideri 93 TL iken, 2017 yılında 81 TL, 2018 yılında ise 98 TL'dir. Bu veriler ışığında kendi bünyesinde DPL hizmetlerini üreten Erciyes Üniversitesinde yıllar içerisinde hasta sayıları ile DPL giderleri arasında bir korelasyon olduğu ve istikrarını koruduğu söylenebilir. Bununla birlikte, sadece 2018 yılını baz aldığımızda ve her iki fakülteye protez yaptırmak üzere başvuran hasta sayılarını değerlendirdiğimizde Bezmîâlem Vakıf Üniversitesine başvuran hasta sayısının Erciyes Üniversitesinden %65 daha fazla olmasına rağmen DPL giderlerinin daha az olması da manidar bulunmuştur. Bu farklılıkların sebeplerini bilimsel olarak izah edebilmek için, yukarıda kısaca bahsedildiği gibi daha çok örnek (fakülte) ve ayrıntılı işlemler (total-parsiyel, kron, köprü, dijital işlemler, implant üstü protezler gibi) üzerinde kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Ancak genel hatlarıyla bakıldığında, yıldan yıla seçeneklerden birinin lehine farklılıklar görülse bile bu farklılıkların çok büyük olmadığı ve her iki uygulamanın birbirine benzer maliyetlerde kaldığı tahmin edilmektedir.

**Tablo 10.** 2016, 2017 Ve 2018 Yıllarına Ait DPL Giderleri Ve Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalına Başvuran Hasta Sayılarına Oranları

DIŞ KAYNAK KULLANIMI	Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi			
	2016	2017	2018	TOPLAM
<b>DIŞ PROTEZ LABORATUVARI (DPL) BRÜT GİDERLERİ</b>	682.000,00	980.000,00	1.365.520,00	3.027.520,00
<b>Bölüme başvuran hasta sayısı</b>	3222	5857	16400	25479
<b>DPL Gideri /hasta sayısı</b>	211,6697703	167,321154	83,26341463	
KENDİ BÜNYESİNDE HİZMET ÜRETEN	Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi			
	2016	2017	2018	TOPLAM
<b>DIŞ PROTEZ LABORATUVARI (DPL) BRÜT GİDERLERİ</b>	792.002,84	853.673,80	972.096,34	2.617.772,98
<b>Bölüme başvuran hasta sayısı</b>	8453	10487	9905	28845
<b>DPL Gideri /hasta sayısı</b>	93,69488229	81,4030514	98,14198284	

## 5.BÖLÜM

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Ülkemizde Üniversiteler her cari yıl için kendilerine tahsis edilen bütçeler ve bu bütçelerle birlikte gelen ödeneklerle harcamalarını yaparlar. Üniversite döner sermaye işletmeleri elde ettikleri gelirleri kurumun her türlü ihtiyacı için harcayabilirler. Kurumda çalışan personele ait maaş ödemelerinin yapılmasından, kurumun ihtiyacı olan her türlü mal, malzeme ve hizmetin satın alınmasını gelirlerden faydalanabilirler. Üniversite döner sermaye işletmelerinin gelirleri, hazineye aktardıkları payı ve karlılıkları gibi konularda ülke ekonomisinde önemli bir büyüklüğe ulaştığı görülmektedir. Bu büyüklükteki ekonomik yapıların titizlikle hazırlanmış mali yöntemlerle idare edilmesi gerekmektedir (Yiğiter ve Hanoğlu, 2018). Döner sermaye gelirlerinin iyi değerlendirilmesi durumunda, üniversitelerin bilimsel araştırma, eğitim ve öğretim gibi asli görevlerini çok daha iyi şartlarda yerine getirebilmesi ve kurumların bilim camiasında üniversiteyi çok daha iyi bir noktaya getirmesi mümkün olabilmektedir. Döner sermaye işletmesi olarak faaliyet gösteren ülkemizdeki dış hekimliği fakültelerinin en büyük giderlerini oluşturan DPL ve MSÜ'lerinin fiyat/kalite açısından iyi idare edilmesi de benzer sonuçlar doğuracaktır ki bu çalışmanın amacı ile birebir örtüşmektedir.

“Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür” (Tengilimoğlu ve ark., 2009). Sağlık kuruluşları, bir taraftan artan maliyetler ve önemli boyutlara ulaşan rekabetle uğraşırken, diğer taraftan da sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi yönündeki baskılara karşı DKK' yı bir çözüm olarak görmüşlerdir (Akyürek, 2013, s:4). Ayrıca, sağlık hizmetlerinin acil ve ertelenemez oluşu, bununla birlikte sağlık kurumlarının sahip olduğu imkânların oldukça kısıtlı olması da, sağlık hizmetlerinde verimliliğin ve etkinliğin artırılmasını zorunlu hale getirmekte ve bu sebeple sağlık kuruluşları, temel yetenekleri dışında kalan hizmetleri dışarıdan hizmet alımı yolu ile gerçekleştirmektedirler (Kavuncubaşı, 2000,s:34).

Dış kaynak kullanımı (Outsourcing) kavramı 1980'li yıllardan itibaren ilk olarak

kullanılmaya başlansa da bir yönetim stratejisi ve iş modeli olarak 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. DKK, gelişmeye başladığı ilk yıllarda herhangi bir mal ve hizmeti kendi bünyesinde üretme yerine dış kaynak kullanımı ile ilgili bütün faaliyetleri kapsayacak şekilde tanımlanmıştır. Aslında “üret-satın al” kararının avantaj ve dezavantajlara bakılarak verilmesi biçiminde özetlenmiştir. Fakat zamanla firmalar pazarda daha rekabetçi olabilmek için en iyi yaptıkları işe odaklanıp, başka konularda ise pazarda o işi iyi yapan diğer firmaların kaynaklarından faydalanmaya yönelmişlerdir. Böylelikle DKK operasyonel ya da taktik düzeyde basit bir satın alma kararı ve işleminden uzaklaşıp stratejik bir yönetim aracı olarak tanımlanmaya başlamıştır (Quinn ve Hilmer 1994). Hastane işletmeciliği ile ilgili hizmetleri daha kaliteli üretmek, müşterilerin artan ve çeşitlenen talep ve ihtiyaçlarına daha hızlı cevap vermek, maliyetlerini düşürmek ve daha esnek ve dinamik bir örgütsel yapıya kavuşmak isteyen diş hekimliği fakülteleri de kaynaklarını en iyi ve en rasyonel yaptıkları süreçlere ya da işlevlere odaklayarak bunların dışında kalan işlevlerini konuyla ilgili uzmanlaşmış tedarikçi firmalara devretmek istemektedirler (Seymen 2001). Bu kapsamda en yaygın yapılan DKK diş protez laboratuvar hizmetleridir ki, insan kaynakları dışındaki en yüksek gider kalemini oluşturmaktadır.

**Bu çalışmada;** diş hekimliği fakültelerinin DPL ve MSÜ hizmetlerini kendi bünyesinde üretmesi ile dış kaynak kullanarak hizmeti satın alması arasında mali açıdan istatistiksel manidar bir fark bulunmamıştır. MSÜ giderlerinin fakülte geliri ile orantılı olarak artması beklenirken, DPL giderlerinin protetik diş tedavisi anabilim dalı gelirleri ile orantısız olarak artması beklendiğinden oranlama ve istatistiksel analizler buna göre yapılmıştır. Fakültelerin gelir ve gider artışları yada azalışları fakültelerin tedavi ettiği hasta sayısına bağlı olarak artış ya da azalış göstermektedir. DPL giderlerinin protetik diş tedavisi anabilim dalı geliri ile orantılanmasının sebebi, farklı fakültelerde protetik diş tedavisi anabilim dalı gelirleri akademik personel sayısındaki değişkenliğe ve/veya ilgili anabilim dalı fiziki mekanlarının büyüklüğüne (ünit sayısı vb) göre değişkenlik gösterebilmektedir. Yani yüksek gelire sahip bir fakültede ilgili anabilim dalının geliri düşük veya tersi olabilmektedir. Bu sebeple DPL gideri doğrudan protetik diş tedavisi anabilim dalı gelirine bağlı olduğundan bu oran dikkate alınmıştır. Bu oran baz alındığında, DPL maliyetleri açısından hizmetin kendi bünyesinde üretilmesi ile DKK arasında bir fark olmaması, kurumların DPL hizmeti satın almasında veya bu

hizmeti kendi bünyelerinde üretmelerinde serbest tercih yapabilmeleri açısından önemli bir tespit olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 10’da elde edilen giderler o yıl hizmet almış kişi sayısına bölünmesiyle ortaya çıkan kişi başına çıkan sonuçlar genel bir bakış açısıyla kaba sonuçlar vermiştir. Ayrıntısıyla ve daha isabetli tahminde bulunmak için hizmet alımlarının her birisi için tek tek maliyet ve gelirlerin ele alındığı kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Kaba tahminlere bakıldığında her iki hizmet üretme yaklaşımının birbirine benzer sonuçlar ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

Diş hekimliği fakültelerinde DPL hizmetlerinin genel olarak DKK ile tercih edilmesinin sebepleri arasında; üretilen hizmet maliyetlerinin azalacağı düşüncesi veya kendi bünyesinde bu hizmetin nasıl verileceği hususunda bir deneyime sahip olmamalarıdır. Nitekim bu konuda DPL hizmetini kendi bünyesinde yürüten ve nitelikli personel istihdam etmeyi DKK yolu ile başarabilen tek fakülte Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesidir. Tüm fakültelerde DPL hizmetlerinin mümkün olması durumunda kendi bünyesinde yürütülmesi konusunda bir görüşbirliği olmasına rağmen, MSÜ hizmetlerinin yürütülmesinde hangi yöntemin seçileceği konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır. Yöntemin belirlenmesinde; fakülte imkanları, idarecilerin tecrübesi, bölge dinamikleri, hekim ve hastaların kalite ve verimlilik beklentileri ve en önemlisi mali kazanç gibi faktörler etkili olmaktadır. Bu sebeple, doğru hizmet yönteminin seçilmesi fakültelerin başarısı ve geleceği için önemli bir rol oynadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Son yıllarda özellikle sağlık sektöründe yapılan reformlar, yönetişimde yapılan yenilikler, tıbbi cihaz ve materyallerdeki gelişmeler, bunları kullanacak ve değerlendirecek personelin hem istihdamı hem de yetiştirilmesi gibi pek çok konu, bu sektörün iş gücü ve kapasitesini gözden geçirmeyi zorunlu kılmıştır. Diğer taraftan, kolay erişilebilir tedavi kurumlarının yaygınlaşması, şehirlerde yoğunlaşan nüfus, göç olgusu ve hatta iklim değişiklikleri gibi bu alanı doğrudan yada dolaylı olarak etkileyen bütün unsurlar, sağlık sektöründe hizmet vermekte olan mevcut insan kaynağının yeniden ciddiyetle ele alınmasını, eğitimini ve yeni gelişmelere göre yetiştirilmelerini hayati bir gereklilik olarak önümüze sermiştir (Memiş M., 2018). Bu kapsamda değerlendirildiğinde, 2014 verilerine göre Ülkemizde kamuda istihdam edilen diş protez teknisyeni / teknikeri sayısı 3926 olup, 2023 yılı hedefi 10150’dir

(Sağlık Bakanlığı, 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri Ve Sağlık Eğitimi, 2014) (Tablo 11). Tüm tıp mensuplarında olduğu gibi, sağlık hizmeti sunumunda diş protez teknisyenleri/teknikerleri de sağlık sisteminin vazgeçilmez mensupları, ağız ve diş sağlığı sektörünün görünmeyen yüzü ve ayrılmaz bir parçasıdır (TDB, Diş Teknisyenlerinin Sorunları Çalışma Grubu Raporu, 2011).

**Tablo 11.** 2023 Hedefleri İle Mevcut Eğitimin Devamında Oluşacak Arzın Karşılaştırılması

Meslek	2014 Mevcut İş Gücü	2023 Hedefi	Mevcut durumun devamı halinde oluşacak arz
Acil tıp teknikerliği	4.800	27.000	30.300
Acil tıp teknisyenliği	29.738	50.000	59.400
Adli tıp teknikerliği	40	260	450
Ağız ve diş sağlığı teknikerliği	6.500	20.000	9.518
Ameliyathane teknikerliği	411	10.500	3.006
Anestezi teknisyenliği / teknikerliği	9.287	10.500	31.500
Biyomedikal mühendisliği	435	1.100	
Dil ve konuşma terapistliği	130	850	653
Diş hekimliği	21.268	38.000	44.800
Diş protez teknisyenliği / teknikerliği	3.926	10.150	9.620
Diyaliz teknikerliği	4.370	6.300	8.605
Diyetisyenlik	2.118	4.300	16.800
Ebe yardımcılığı		13.000	
Ebelik	52.471	70.000	67.200
Eczacılık	26.642	31.300	39.400

2023 yılında diş protez teknisyenleri/teknikerleri için hedeflenen bu kadro ihdasının büyük bir çoğunluğunun Sağlık Bakanlığı'na bağlı ADSH ve ADSM'lere aktarılacağı düşünülürse, diş hekimliği fakülte hastaneleri için durum günümüzden farklı olmayacaktır. Bu sebeple fakülte hastaneleri, diş protez iş kalitesini düşürmeden maliyetleri düşürmek için neler yapacağı ve nasıl bir yol izleyeceği konusunda stratejik hedefler belirlemelidir. Kamu hastanelerinde çalışan taşeron işçilerin 4D kadrolarına geçirilmesiyle birlikte diş hekimliği fakültelerinde tüm protez işlerinin yapıldığı tam donanımlı bir DPL açılması neredeyse imkânsız hale gelmiştir. Bu şartlar altında fakültelerin, mali yük getirdiğine inandıkları ve seçecekleri belirli diş protez işlerini (örneğin, sadece kron köprü işleri veya implant üstü protezler gibi) elindeki sınırlı sayıdaki teknisyen ile kendi bünyelerinde gerçekleştirmeyi stratejik hedef olarak belirleyeceklerini düşünmekteyiz.

Tüm protez laboratuvar işlerini kendi bünyesinde yürüten Ülkemizin ilk ve tek fakültesi Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği'dir. Veri azlığı sebebi ile, DPL giderlerini diğer

fakülteler ile sağlıklı istatistiksel verilerle karşılaştırmak bu sebeple mümkün olmamıştır. Ancak mali ve idari açıdan değerlendirdiğimizde, Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi diş protez laboratuvarının 2014 yılı içerisinde kurulduğunu, bu laboratuvarında çalıştırılan diş teknisyenleri/teknikerlerinin hizmet alımı yoluyla ve yaptıkları işin niteliğine göre farklı maaş kategorilerinde taşeron işçi olarak istihdam edildiğini, 5 yıldır tüm diş protez laboratuvar hizmetlerinin fakülte bünyesinde başarı ile yürütüldüğünü görmekteyiz. Bununla birlikte, Fakülte toplam gelirine göre DPL giderini değerlendirdiğimizde; Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde 3 yıllık toplam DPL gideri/ 3 yıllık toplam fakülte cirosu oranının %3.6olduğu, diğer fakültelerde ise bu oranın % 5.7 olduğu görülmektedir. Bu durumda istatistiksel olmasa bile, her Fakültenin kalite açısından hayal ettiği DPL hizmetlerinin kendi bünyesinde yürütülmesinin mali açıdan daha avantajlı olabileceği söylenebilir. Ancak bu söylemin, DPL hizmetini kendi bünyesinde yürüten fakülteler dahil edilerek daha geniş verilerle desteklenmesi gerekmektedir.

Sağlık politikaları tarih boyunca ülkelerin en önde gelen gündemlerinden biri olmuştur. Bu ülkelerde ortaya konulan öneriler ve uygulamalar onların kültürel, tarihsel ve politik koşullarına göre farklılık göstermektedir. Fakat bu farklılıkların yanı sıra ekonomik ve kurumsal sorunlar her yerde benzer bir yapıda ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde eşitliği sağlamak ve kaliteyi yükseltmek, hizmet sağlayıcı kurumların ve tüketicilerin memnuniyetini ve etkinliği yükseltmek, maliyetleri düşürmek bu sorunlara örnek olarak gösterilebilir. Dolayısıyla sorunların çözümündeki ilkeler ortak olmaktadır. Nitekim ülkelerin sağlık sistemleri değişiklik göstermesine rağmen sağlığın finansmanı, organizasyonu ve yönetimine dair paradigma zamanla değişmekte ve gelişmektedir (Chernichovsk, 1995, s: 340).

Tarihsel süreç içinde koşullara göre gelişen ve değişen regülasyon politikalarının her ekonomide aynı sırayı takip etmediği, bahsedildiği gibi ekonomilerin kendine özgü yapılarının etkisi sebebiyle ülkeden ülkeye çeşitlilikler gösterdiği görülmektedir. Kurumsal miraslar farklılık gösterse de tüm ülkelerin kendi ulusal sağlık sistemlerini finanse etmesi ve hem ulusal hem de küresel gelişmelere karşı yeniden regüle etmesi gereği ortaya çıkmaktadır (Gülşen ve Yıldırım, 2017). Bu açıdan, ülkemizin sosyal bir devlet olmanın gereği olarak Genel Sağlık Sigortası (GSS) modelini benimsediği, bununla birlikte özel işletmecilik mantığıyla özel sağlık sigortası modelini de teşvik ettiği görülmektedir.



GSS politikalarının yapılmasının anlamı bireylerin sağlık hizmetlerini almasında onları herhangi bir finansal sıkıntıya düşürmeden sunulmasıdır. GSS gibi etkili bir kamu sağlık politikasının başarılı olması için şu unsurların bulunması gerekmektedir (UNSDSN, 2015: 2).

❖Yeterli insan kaynağı (doktor, hemşire, genel sağlık sistemini bilen personel) Yeterli kurumsal yapı (Hizmet sunumuna uygun ilaç, ekipman ve diğer yapısal ihtiyaçlar)

❖Yeterli finansman kaynağı (herhangi bir finansal baskı olmaksızın tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilecek bir yapıda finansman kaynaklarının etkin kullanılması)

GSS sisteminin nitelikli, teşvik edici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bir biçimde uygulanması için iyi bir idari yönetim tarafından bu unsurların sağlanması zorunludur. Dolayısıyla GSS sisteminde anahtar unsur “eşitlik” ilkesidir. Herkes ihtiyacına göre hizmet almalı ve sigorta kapsamında olmalıdır. Bu sistemde kamu kurumlarının sağlık sistemindeki finansmanı oldukça önemlidir (Gülşen ve Yıldırım, 2017). Bu kapsamda değerlendirildiğinde, GSS gibi etkili ve iyi niyetli bir kamu sağlık politikasının başarılı olması için olmazsa olmaz unsurlardan “yeterli insan ve finansman kaynağını” sunmada devletin yetersiz kaldığı görülmektedir. Devletten yeterli insan ve finansman kaynağı alamayan dış hekimliği fakülteleri de dahil olmak üzere ülkemizdeki tüm kamu hastaneleri kendi döner sermaye gelirleri ile bu hizmetleri güçlükle yönetmeye çalışmaktadırlar. Bu durumda dış hekimliği fakültesi hastaneleri gelirlerini artırmak, giderlerini azaltmak, kazancı ile ertelenemez sağlık hizmetlerini bir taraftan yürütmek ve diğer taraftan asli görevlerini yerine getirmek için çaba göstermek zorundadırlar. Fakülte hastanelerinin tek gelir kaynağı olan SUT fiyatlarında piyasa maliyetlerinin çok altında yapılan cüzi fiyat artışları sebebiyle, tıpkı DPL’da olduğu gibi Fakültenin en büyük gider kalemlerinden biri olan MSÜ giderlerini de kaliteyi düşürmeden azaltmak önem kazanmıştır.

Sağlık kurumlarını DKK’na yönelten başlıca sebepler arasında; maliyetlerin düşürülmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve teknolojik yeniliklerin takip edilmesini sıralayabiliriz. Birçok gelişmiş ülkede hastane işletmeciliği kapsamında DKK, yönetim-destek faaliyetleri ile klinik hizmetler olarak iki alanda değerlendirilmektedir.

İşçi’nin 2004 yılında yaptığı çalışmada, hastanelerin yaklaşık %77’sinin yönetim-destek faaliyetlerinde (temizlik, yemek pişirme, bakım-onarım, güvenlik vb.), %23’ünün ise görüntüleme ve labotaruvar hizmetleri gibi tanı ve teşhiste kullanılan klinik hizmetlerde

dış kaynaklardan yararlandığı görülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, ülkemiz hastanelerindeki DKK uygulamalarının, birçok batılı ülkeye oranla çok daha sınırlı ve kurumsallaşmamış bir yapı içinde sürdürmekte olduğu gözlemlenmiştir. Ülkemiz hastane sektöründe, DKK uygulamalarının 1990'lı yıllarda başladığı, öncesinde bütün hizmetlerin devlet eliyle ve daha çok yönetim-destek faaliyetlerinde DKK uygulamasına gidildiği görülmektedir. Fakat Sağlık Bakanlığının 2003 yılında yayınlamış olduğu 70 nolu genelge ile;

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

*Tıbbi cihazların yüksek fiyatları nedeniyle yeterli sayıda temin edilememeleri, teknolojilerinin hızla değişmesi, bu cihazların alımına yönelik ödenek tahsisi yapılamaması, bakım ve destek hizmetlerinin kurumlarca sağlanamaması, bu cihazları işletecek eğitimli personel konusunda sıkıntı yaşanması, sayıca az olan bu cihazlarla sunulan tetkik ve tedavi hizmetlerinde uzun sıralar oluşması gibi nedenlerle tetkik ve tedavi amacıyla kullanılan tıbbi cihazların hizmet satın alımı yoluyla teminine karar verilmiştir. bu genelgenin (g) maddesinde belirtilen; “Hizmet satın alınarak kuruma kurulan tıbbi cihazların işletilmesi için gerekli olan uzman personel ve teknisyen düzeyindeki personel ile birlikte hizmet satın alınabilir”. hükmüne istinaden hastaneler DKK uygulaması ile hizmet vermeye başlamıştır. Ülkemizde halen bu uygulamanın ihale ve uygulama sırasında çok çeşitli sorunlar ve sıkıntılar yaşanmaktadır. Tıp Fakültesi hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerin DKK konusunda dış hekimliği fakültesi hastanelerinden daha tecrübeli olduğu söylenebilir. Usulüne uygun ihale yapacak yetişmiş idari kadroların eksikliği, idarecilerin mali konularda bir öngörüsünün ve tecrübesinin olmayışı dış hekimliği fakültesi hastanelerinde DKK'nın daha sınırlı kalmasına sebep olmuştur.*

Hekimlerin tanı ve teşhis ve tedavi işlemlerinde büyük önemi olan MSÜ hizmetleri, büyük hastanelerde uzman personeli ile birlikte satın alınmaktadır. Hastaneleri MSÜ hizmeti satın almaya iten en önemli nedenler; teknolojik donanımın rahat ulaşılması, tıbbi cihazların kalibrasyon/servis ve tamiri, yedek parça ve sarf malzeme temini

işlemleri için kaynak ve zaman tasarrufunun sağlanması, nitelikli personel yetiştirilmesi ve/veya temini konusunda hastane idaresine ek bir yük getirmemesi, cihaz arızası gibi sistemin kilitlendiği durumlarda yüklenici firmanın acil çözüm üretmesi, hastalara verilen randevu sürelerinin kısalması, hasta ve hekim memnuniyetinin artması olarak karşımıza çıkmaktadır. Dış Hekimliği Fakültelerinde MSÜ hizmetlerinin DKK yolu ile satın alınmasının henüz yaygınlaşmamasının sebepleri arasında, idarelerin bu hizmetin mali yükü hakkında net bir fikir sahibi olmamaları ve dış hekimliği MSÜ hizmetlerinin kendine has özellikleri sebebiyle yüklenicinin bu özellik isteyen iş ve işlemleri hakkında yapıp yapamayacakları konusunda idarenin endişeleri yer almaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, dış hekimliği fakültelerinde MSÜ hizmetlerinin DKK yolu ile satın alınması ile kendi bünyelerinde bu hizmeti yürütmelerinin mali açıdan bir fark yaratmadığını göstermiştir. Bu veriler ışığında idareler, hangi hizmetin kalitesinin hastane açısından daha iyi olacağına karar vermek ve stratejilerini buna göre belirlemek zorundadırlar. Bununla birlikte, ülkemizde MSÜ hizmeti veren firmaların büyük bir çoğunluğunun getirisi yüksek olduğundan dolayı tıp hastaneleri sterilizasyonu konusunda deneyimli oldukları ve tüm becerilerini bu yönde geliştirdikleri, ancak dış hekimliği sterilizasyonu konusunda yeterince deneyim sahibi olmadıkları hususu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan bakıldığında, dış hekimliği fakültesi hastaneleri DKK yolu ile hizmet satın alırken deneyim sahibi firmaları tercih etmelerinin yerinde bir karar olacağı düşünülmektedir.

Literatürde ki birçok çalışmada maliyetlerin düşürülmesi dış kaynak kullanımını ilk sebebi olarak görülmekte iken, Gözüküçük ve Çelik'in (2012) yapmış oldukları çalışmada, bu nedenin sonlarda yer aldığı görülmektedir. Bu husus sağlık çalışanlarının maliyetlerden önce, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde yoğunlaştığını düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda da hizmetin kalitesi hazırladığımız anketle ölçülmeye çalışılmışsa da, fakültelerden geri bildirim az olması sebebiyle kalite yönünden hizmeti karşılaştırmak mümkün olamamıştır. Daha güçlü ve yenilenebilir neticelere ulaşılabilmesi için daha geniş çaplı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Sonuç olarak; gerek DPL ve gerekse MSÜ hizmetlerinin dış hekimliği fakültelerinde DKK ile veya kendi bünyelerinde yürütmeleri açısından mali olarak herhangi bir fark istatistikî olarak tespit edilememiştir. Ancak kurum bünyesinde DPL hizmeti yürüten ülkemizde tek fakülte olması sebebiyle, istatistikî sonuçların sağlıklı yorumlanamayacağı da bir gerçektir. DPL giderleri açısından makro düzeyde (lab.

gideri / Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı geliri) mali veriler karşılaştırıldığında ise, kendi bünyesinde protez hizmetlerini yürütmenin daha az maliyetli olduğu görülmektedir. Aynı zamanda DPL hizmetlerinin hastane bünyesinde yürütülmesi durumunda, idareye bağlı olarak çalışan diş teknisyenleri/teknikerlerinin iş ve hizmet kalitesi yönünden daha eğitilebilir ve kontrol edilebilir olması, diş protez laboratuvar işlerinin sürdürülebilir nitelikte hijyenik olması, kullanılan malzeme kalitesinin seçilebilmesive en önemlisi tüm laboratuvar çalışanlarının aynı kurum bünyesinde hekim ile birebir temasta olması gibi çok önemli avantajları bulunmaktadır. MSÜ hizmetlerinde ise DPL'nin aksine, hizmetin işin profesyonelleri tarafından aksamadan yürütülmesi ve yüksek teknolojik cihazlar ile yapılması, hizmetin İdare tarafından sürekli denetlenebilmesi ve iyileştirmeler yapılabilmesi, alet kaybı, arızalanması gibi durumlarda bunun yüklenici firmadan tahsil edilebilmesi, cihaz arızaları vb durumlar ile idarenin uğraşmaması ve zaman tasarrufunda bulunması, personellerin ikamesinde idarenin sorumlu olmaması gibi birçok avantajı sebebiyle DKK'nın daha avantajlı olduğu söylenebilir. Dış kaynaklardan yararlanmanın, hastane yönetimine sağladığı tüm yararların ötesinde riskler içerdiğide unutulmamalıdır. DKK uygulamalarının önemi göz önüne alındığında, bu kararlar verilirken hastane yönetiminin detaylı maliyet analizleri yapması ve DKK kararlarını bu analizlere göre değerlendirmesi gerekmektedir. DKK sürecinde yer alacak komisyonların mutlaka alanında uzman kişilerden oluşmasına dikkat edilmeli ve gerek karar aşamasında gerekse de hizmetin ifası sürecinde bu komisyonların kilit roller oynadıkları gözönünde bulundurulmalıdır. Yüklenici firma seçiminde, sözleşme hükümlerini sorunsuz bir şekilde yerine getirebilecek, hizmetin sunumunda aksamalara sebebiyet vermeden ve özellikle kritik öneme sahip sağlık hizmeti alan vatandaşta kalite tereddüdü yaratmayacak, memnuniyeti öncelikli ilke olarak benimseyecek firmalarla çalışmaya özen gösterilmelidir. Bunun için de yüklenici firma seçiminde karar verilirken kriter olarak sadece en düşük teklif dikkate alınmamalı; en az maliyetli teklifin yanında fiyat dışı diğer unsurlar da (kalite, memnuniyet, işletme ve bakım maliyeti, etkinlik, verimlilik, vergi ödeme alışkanlıkları, referans listesi vb.) titizlikle incelenmelidir. Hizmetlere uygun firma seçimi, DKK uygulamalarının başarısını artıracığı gibi, kurumların hedeflerini yerine getirmelerini sağlamaya da katkısı olacaktır. Alanında uzman ve önde gelen firmalarla sözleşme imzalanarak etkin bir iletişim halinde çalışılmalı, denetimler yapılmalı ve gerektiğinde cezai müeyyidelere yer verilerek açık kapı bırakmamaya özen gösterilmelidir. Benzer hizmet alımları söz konusu olduğunda mutlaka bir önceki uygulama gözden geçirilmeli ve elde edilen geri

bildirimler ışığında daha da iyileştirilmiş sözleşmeler hazırlanmalıdır (Kalkan ve ark., 2015). Bu yüksek lisans tezi çalışması kapsamında diş hekimliği fakülteleri DPL ve MSÜ lerinin DKK açısından avantajlı olup olmadığı mali yönden değerlendirilmiş ancak hizmetin kalitesi ile ilgili olarak karşılaştırma yapmak veri yetersizliği sebebiyle yapılamamıştır. Bu durumda, idarelerin hizmetin kalitesi yönünden seçimini yapması ve buna göre strateji belirlemesi gerektiğini düşünmekteyiz.



## KAYNAKLAR

- AKBULUT, Y., G. TEREKLİ ve T. YILDIRIM (2012), Outsourcing İn Turkish Hospitals: A Systematic Review, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11(2), S.25-33
- AKYÜREK, Ç.E., (2013). Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(2), s.1-23.
- ALKAN A., Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dekanı, Bireysel görüşme, 2018
- AVCI K., ÇINAROĞLU, S., (2015). Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nin Örgütsel Ve Finansal Performans Göstergeleri Bakımından Kümelenmesi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 33(2), 1-23.
- AYDIN S., (2013), Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013, s: 44-49.
- AYDIN, K., (2005), "Sterilizasyon Birimi Yöneticisine Düşen Görevler ve Sterilizasyon
- AYDIN, K., (2005) Sterilizasyon Uygulamaları, Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinin Yapılanması, Hastane İnfeksiyonları Dergisi Cilt:9 Sayı:1, s:7-13, 2005.
- BEZZOLA, M., and MARTINSSON P., (1998). "Overview of the Two Systems." İçinde Regulation of Health: Case Studies of Sweden and Switzerland. Springer US.: 9-28.
- CANIVAR C., (2013) Üretim ilişkilerinin dış teknisyenlerinde yarattığı sağlık riskleri ve meslek hastalıkları, İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi. ( Erişim tarihi: 21.01.2013)
- CHERNİCHOVSKY, D. (1995). Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. The Milbank Quarterly: 339-372.
- DAĞLI, GÜNER (2007), "Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Çalışanlarının Güvenliği, Ünite de Korunma ve Örgütlenme Modelleri". 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 4-8 Nisan, DAS, Antalya.

- EKİN, ASLI, A. YANIK ve M. KIYAK (2012), Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Dışardan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), S.1-23.
- ESATOĞLU, A. E., AĞIRBAŞ, İ. VD (2010), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Maliyet Analizi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 63(1), S. 17-27
- GÖZÜKÜÇÜK M, ÇELİK Y. (2012), Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 15, Sayı:2.
- GÜLŞEN VE YILDIRAN Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında uygulanan sağlık regülasyonlarının üniversite hastanelerinin mali yapılarına etkisi. Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Yıl: Ekim 2017 Cilt-Sayı: 10(4) s: 159-172.
- İŞÇİ E. (2004) Hastanelerin Yönetiminde Dış Kaynak Kullanımının Önemi ve İstanbul'da Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul.
- KALKAN, M, SÖKMEN, A , BIYIK, Y . (2015). Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı: Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Uygulaması. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17 (2) , 35-56.
- KARAHAN A. (2009) Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 12(21):185-199.
- KARASİOĞLU, F., ÇAM, A. V. (2008), Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması, Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 1(1), s. 15-24
- KAVUNCUBAŞI, Ş., (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KOÇEL T. (1998) İşletme Yöneticiliği. 6. Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- MEMİŞ M., Önsöz, Türkiye'de Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri Ve Çalışan Sorunları Analizi, Sasam Enstitüsü, Analiz Dergisi, Yıl 4, sayı 13, Aralık 2018

- NAZLIOĞLU B., YAR C.E., (2016) Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Cilt:2 Sayı:3, S.74-77.
- QUINN J.B. AND HILMER F.G. (1994) Strategic Outsourcing. Sloan Management Review Summer.
- Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Göstergeleri, 2017.
- SEYMEN O.A. (2001) Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Konaklama İşletmelerinde İş Gören Bulma Sürecine Uygulanması. DAÜ Turizm Araştırma Dergisi, 2(1):65-88.
- SEZER A., (2009), Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Hizmet Kalitesine Etkisi Ve Bir Uygulama, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri Ve Sağlık Eğitimi, 2014.
- TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK Ö, AKBOLAT, M., (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 2.Basım, Nobel Yayınları.
- Türk Diş Hekimleri Birliği, Diş Hekimliği Bileşenlerinin Sorunlarını Ele Alan Çalışma Gruplarının Raporları.  
[http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/haber\\_goster.php?id=1225,%20Dis%CC%A7%20T%20eknisyenlerinin%20Sorunlar%C4%B1%20CC%A7al%C4%B1s%CC%A7ma%20GRubu%20Raporu](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/haber_goster.php?id=1225,%20Dis%CC%A7%20T%20eknisyenlerinin%20Sorunlar%C4%B1%20CC%A7al%C4%B1s%CC%A7ma%20GRubu%20Raporu) (Erişim Tarihi: 17.06.2011)
- Türk Diş Hekimleri Birliği, (2017a) Diş Hekimliği Günü ve Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası. [http://www.tdb.org.tr/icerik\\_goster.php?Id=2819](http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=2819) (Erişim Tarihi: 16.05.2018).
- Türk Diş Hekimleri Birliği, Geçmişten Günümüze Diş Hekimliği Eğitimi. [http://www.tdb.org.tr/sag\\_menu\\_goster.php?Id=344](http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=344) (Erişim Tarihi: 25.06.2019)
- Türk Diş Hekimleri Birliği, (2017b) Diş Hekimlerinin Çalışma Şekilleri: Kurumlarda ve İl / İlçelerde 2016 Yılı Dağılımı.
- UNSDSN, (United Nations Sustainable Development Solutions Network) (2015) Financing Universal Health Coverage in the Post-2015 Agenda,



<http://unsdsn.org/wpcontent/uploads/2015/02/150224-Financing-for-UHC.pdf>  
(Erişim tarihi: 12.10.2015)

Üniversite Hastaneleri Birliği, 26 Şubat 2016, ppt sunumu.  
<http://www.uhbd.org/Genel%20Toplant%C4%B1lar/universite-hastaneleri-birlięi-dernegi-18-toplantisi-osmangazi-universitesi-ev-sahipliginde-26-27-subat-2016-tarihlerinde-eskisehir-de-gerceklestirilmistir-h161.htm>

YİĞİTER ŞY, HANOĞLU M., Üniversitelerde Döner Sermaye İşletmeleri. Erzincan Üniversitesi Yayınları, 2018, Sayı:2, s: 171 – 180.

