

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ*SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANA BİLİM DALI

İŞLETME PROGRAMI

**TÜRKİYE'DE HASTANE HİZMETLERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI
(OUTSOURCING) VE HİZMET ALAN YÖNETİCİLER AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ

Gökhan YILMAZ

Nisan 2007

TRABZON

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ*SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANA BİLİM DALI

İŞLETME PROGRAMI

**TÜRKİYE'DE HASTANE HİZMETLERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI
(OUTSOURCING) VE HİZMET ALAN YÖNETİCİLER AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gökhan YILMAZ

Karadeniz Teknik Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü

Bilim Doktoru(İşletme)

Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tez'dir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 26/02/2007

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 04/04/2007

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kamil YAZICI

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Hasan ÖZYURT

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mustafa KÖSEOĞLU

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Taner ACUNER

Enstitü Müdürü : Prof.Dr. Osman PEHLİVAN

Nisan 2007

TRABZON

0. SUNUŞ

00. Önsöz

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalında doktora tezi olarak hazırlanan “Türkiye’de Hastane Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Hizmet Alan Yöneticiler Açısından Değerlendirilmesi” isimli bu çalışma, dış kaynak kullanımının hastane hizmetlerindeki mevcut uygulamalarını ortaya koymakta, teorik boyutlarını sahadaki yönetici görüşlerine dayalı olarak test etmektedir.

Bu çalışma süresince özgür bir çalışma ortamı sunan hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Kamil Yazıcı’ya, çalışmanın gerçekleştirilmesindeki değerli katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı’ya, yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Mustafa Köseoğlu’na, tüm hocalarıma, meslektaşlarıma ve öğrencilerime teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmanın uygulanabilmesi için gerekli izinleri veren Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yetkililerine, çalışmanın geniş bir sahada yapılabilmesine kurumsal olarak olanak hazırladıkları için Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü yetkililerine ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Trabzon, Nisan 2007

Öğr. Gör. Gökhan YILMAZ

01. İçindekiler

0. SUNUŞ	III
00. Önsöz	III
01. İçindekiler	IV
02. Özet	IX
03. Summary	X
04. Tablolar Listesi	XI
05. Şekiller Listesi	XIV
GİRİŞ	1-3

BİRİNCİ BÖLÜM

1. DIŞ KAYNAK KULLANIMIYLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER	4-49
10. Dış Kaynak Kullanımı Kavramı	4
11. Dış Kaynak Kullanımıyla İlişkili ve Yakın Kavramlar	6
110. Dış Kaynak Sağlayıcıları (Suppliers)	6
111. Ortaklıklar (Partnerships)	7
112. Temel Yetenek (Core Competence)	7
113. Şebeke (Network) Organizasyonlar	9
114. Geleneksel Satın Alma (Purchasing)	10
115. E- Ticaret (E Business) ve E- Ticaret Süreçleri	11
116. Danışmanlık (Counseling)	11
117. Harici Görevlendirme (Outtasking)	11
12. Dış Kaynak Kullanımının Gelişimi	12
120. Dış Kaynak Kullanımının Gelişimini Teşvik Eden Faktörler	13
121. Dış Kaynak Kullanımının Gelişimini Olumsuz Etkileyen Faktörler	16
13. Dış Kaynak Kullanımının İlkeleri	17

14. Dış Kaynak Kullanımının Nedenleri	19
140. Maliyetleri Kontrol Etme	19
141. Temel Yeteneklere (Ana İşe) Odaklanma	21
142. Teknolojik Yenilikleri Takip Etme	22
143. Riskleri Azaltma	23
144. Kaynak Dağıtımını Düzenleme	23
145. İlave Kaynak Sağlama	24
146. Kaliteyi Artırma	24
147. Yeni Projelerin Süratle Uygulanmasını Sağlama	24
148. Küçülme ve Esnekliği Artırma	25
149. Kurumsal İmajı Güçlendirme	25
15. Dış Kaynak Kullanımında Yaşanan Sorunlar	26
16. Dış Kaynak Kullanımının Biçimleri	28
17. Dış Kaynak Kullanım Süreci	31
170. Dış Kaynak Kullanılacak Alanların Belirlenmesi	32
171. Hizmet Sağlayıcı Firmanın Seçimi	35
172. Dış Kaynak Kullanım Sözleşmeleri	36
1720. Hizmet Düzeylerinin Tanımlanması	38
1721. Cezalar ve Ödüllerin Belirlenmesi	39
1722. Hizmet Seviyesinin Geçerli Olmadığı Durumlar	40
1723. Hizmet Düzeyinin Raporlanması	40
1724. Sözleşmede Dikkat Edilmesi Gereken Diğer Konular	41
18. Dış Kaynak Kullanımının Uygulanma Alanları	43
19. Hastane Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı Uygulamaları	46

İKİNCİ BÖLÜM

2. DIŞ KAYNAK KULLANIM YÖNTEMİ OLARAK HİZMET İHALELERİ	50-77
20. Hizmet İhalelerinin Tanımı	50
21. Sağlık Sektöründe Hizmet İhaleleri	50

22. Hizmet İhalelerinin Yararları ve Sınırlılıkları	51
220. Hizmet İhalelerinin Yararları	51
221. Hizmet İhalelerinin Sınırlılıkları	53
23. Hizmet İhalelerinde Deneysel Kanıtlar	55
24. Hizmet İhalelerinin Etkinliği	56
240. Hizmetin Tanımlanması	57
241. Rekabetçi Bir Pazarın Sağlanması	58
242. Hizmet Maliyetlerinin Belirlenmesi	60
2420. Hizmet İhalelerinde Karşılaşılan Maliyet Türleri	60
24200. Üretim Maliyetleri	61
24201. Yönetmel Maliyetler	62
2421. Hizmet İhalesi Maliyetlerinin Belirleyicileri	63
24210. Görev Kompleksliği(Task Complexity)	63
24211. Varlık Spesifikliği (Asset Specificity)	65
243. İhale Şartlarının Gerçekçi Belirlenmesi	66
244. İhalenin Yönetimi	67
245. Hizmet Sağlayıcı Firmanın Performansının Denetimi	68
25. Hizmet İhaleleriyle İlgili Yasal Mevzuat	69
250. İhale Kanununun Temel İlkeleri	69
251. Hizmet İhale Süreci	70
2510. İhtiyacın Ortaya Çıkması	70
2511. Teknik Şartnamenin Hazırlanması	71
2512. Yaklaşık Maliyetin Tespit Edilmesi	71
2513. İhale Usulünün Tespit Edilmesi	71
2514. İhale ve Ön Yeterlilik Dokümanları	72
2515. İhale Onayının Alınması	72
2516. İhale Komisyonunun Kurulması	72
2517. İhale ve Ön Yeterlilik İlanları	73
2518. Tekliflerin Sunulması ve Değerlendirilmesi	73
25180. Belli İstekliler Arasındaki İhale Usulünde Ön Yeterlilik Değerlendirmesi ve İhaleye Davet	74

25181. Açık İhale Usulü ve Belli İstekliler Arasındaki İhale Usulünde Tekliflerin Sunulması ve Değerlendirilmesi.....	75
25182. Pazarlık Usulünde Tekliflerin Sunulması ve Değerlendirilmesi.....	75
25183. Aşırı Düşük Tekliflerin Değerlendirilmesi	76
25184. Ekonomik Açıdan En Avantajlı Teklifin Değerlendirilmesi	76
25185. İhalenin Karara Bağlanması ve Onaylanması	76
25186. Geçici Teminatın Ödenmesi	77
2519. İhale Sonucunun Bildirilmesi ve Sözleşme Yapılması	77

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAHA ARAŞTIRMASI	78-185
30. Araştırmanın Amacı	78
31. Araştırmanın Önemi	78
32. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	79
33. Araştırmanın Metodolojisi.....	83
330. Araştırmanın Kapsamı.....	83
331. Araştırmanın Sınırlılıkları	83
332. Verilerin Toplanması	84
333. Verilerin Analiz Yöntemi	85
34. Araştırmanın Bulguları.....	86
340. Tanımlayıcı Bulgular.....	86
341. Hastanelerin Dış Kaynak Kullandığı ve Dış Kaynak Kullanmadığı Hizmetlerin Dağılımı.....	88
342. Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları, Gelir-Giderleri, Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulgular.....	100
343. Dış Kaynak Kullanımının Uygulanma Nedenlerinin Dağılımı.....	103
344. Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı.....	117
345. Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması Gereken Özelliklerin Dağılımı	129
346. Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı.....	143
347. Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı.....	153
348. Hizmet Alım Tutarlarındaki Artış Beklentisinin Değişkenlere Göre Dağılımı...	163
349. Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenlerinin Dağılımı	164

4. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	186-204
40. Sonuçlar.....	186
41. Öneriler.....	201
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	205
EKLER	215
ÖZGEÇMİŞ	226

02. Özet

Hastaneler, insanların en önemli ihtiyaçlarından olan sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla kurulmuş, sağlık hizmeti üreten hizmet işletmeleridir. Hastaneler toplumların sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü gerçekleştirmektedirler. Bu durum sağlık politikacılarını ve hastane yöneticilerini sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltmak için alternatif stratejiler aramaya ve kullanmaya yöneltmiştir. Bu stratejilerden bir tanesi de dış kaynak kullanımınıdır. Dış kaynak kullanımı, işletmelerin sadece kendi sahip oldukları yetenek ve becerileri esas alan işleri yapmaları, temel yeteneklerin kullanılmadığı işleri ise organizasyon dışındaki başka işletmelerden almalarıdır. Dış kaynak kullanımı kamu sektöründe yasal mevzuat çerçevesinde hizmet ihaleleri biçiminde uygulanmaktadır. Günümüzde dış kaynak kullanımı; bilgi işlem ve danışmanlık gibi en sofistike hizmet türlerinden, temizlik ve ulaşım gibi en sıradan hizmet türlerine kadar, değişik alanlarda kullanılmaktadır. Bu araştırmanın amacı dış kaynak kullanımının Türkiye’de özel sektör ve Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki uygulamalarını, bu uygulamalarla ilgili olarak yöneticilerin değerlendirmelerini, hastanelerin ve yöneticilerin özelliklerine göre kapsamlı ve karşılaştırmalı olarak ortaya koymaktır.

Bu amaçla literatüre ve önceki çalışmalara dayalı olarak oluşturulan anket, hastanelerde işletme, destek ve tıbbi fonksiyonlardan sorumlu yöneticilere uygulanmıştır. 818 hastaneyi kapsayan araştırmaya 556 hastane katılmıştır.

Araştırma sonucunda, araştırmaya katılan hastanelerin en çok dış kaynak kullandıkları hizmet türlerinin; % 73 ile temizlik, % 55 ile bilgi işlem ve % 43 ile yemek hizmeti olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin mülkiyeti ile dış kaynak kullandıkları hizmet türleri ve hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki saptanmıştır. Ayrıca hastanelerin ve yöneticilerin özelliklerine bağlı olarak, yöneticilerin görüşleri ile dış kaynak kullanım nedenleri, hizmet sağlayıcı firmalarda aranan özellikler, dış kaynak kullanım sözleşmesinde bulunması istenilen özellikler, dış kaynak kullanımında karşılaşılan sorunlar, dış kaynak kullanımından elde edilen sonuçlar ve 2006 yılında dış kaynak kullanım tutarında beklenen değişiklik arasında da istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Yönetim, Dış Kaynak Kullanımı, Hizmet Sağlayıcı Firma

03. Summary

Hospitals are the service producing enterprises which are established in order to meet healthcare service one of the most important needs of people. A great amount of health expenditures is made to the hospitals. This situation forced the health politicians and the hospital managers to seek alternative strategies to reduce the cost of health service. One of these strategies is outsourcing. Outsourcing is that institutions do only the works in the limits of their talent and capacity and take the services which cannot be offered with core competence from other institutions. Outsourcing is implemented as contracting out in accordance with legitimacy in public business. Today outsourcing is activated in the areas ranging from the most sophisticated kinds of service like information processing and consultancy to the most ordinary kinds of service like cleaning and transportation.

The aim of this study is to point out the implementations of outsourcing in private hospitals and Health Ministry hospitals and the evaluations of managers about these implementations as comprehensively and comparatively according to the features of hospitals and their managers in Turkey. Questionnaires which was composed of literature and previous studies was applied to the managers who are responsible management, support and medical functions. 556 hospitals joined the research that includes 818 hospitals.

At the end of the research it was determined that cleaning 73%, information processing 55% and eating 43% are the kind of services in which the hospitals joining the research made use of outsourcing. A relation statistically meaningful was determined among the ownerships of hospitals the service kinds in which they made use of outsourcing and the number of supplier firm personel. Also a relation statistically meaningful was determined between the views of managers and the reasons for outsourcing and among the the features wanted from supplier firms the features wanted to be found in outsourcing agreement the problems experienced in outsourcing the results obtained from outsourcing and the expected change at the amount of outsourcing in 2006.

Key Words: Hospital, Management, Outsourcing, Supplier Firm

04. Tablolar Listesi

<u>Tablo Nr</u>	<u>Tablo Adı</u>	<u>Sayfa Nr</u>
1.	Geleneksel Satın Alma ve Dış Kaynak Kullanımı Arasındaki Farklar	10
2.	Dış Kaynak Kullanım Biçimine Göre Hizmet Sağlayıcının Sorumluluk Seviyesi	29
3.	Hizmet ve İmalat Dış Kaynak Kullanımı Arasındaki Farklar	30
4.	Dış Kaynak Kullanım Sözleşmelerinde Esneklik Yöntemleri	42
5.	Fonksiyonlara Göre Küresel Dış Kaynak Kullanım Harcamaları	43
6.	Bölgelere Göre Küresel Dış Kaynak Kullanım Harcamaları	43
7.	Sektörlere Göre Küresel Dış Kaynak Kullanım Harcamaları	44
8.	ABD’de İşletme Destek Fonksiyonlarına Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanan Hastanelerin Yüzdesi	46
9.	ABD’de Klinik Fonksiyonlarında Dış Kaynak Kullanımından Yararlanan Hastanelerin Yüzdesi	47
10.	Hastanelerin Özelliklerine Göre Dağılımı	86
11.	Yöneticilerin Özelliklerine Göre Dağılımı	88
12.	Hastanelerin Dış Kaynak Kullandığı ve Dış Kaynak Kullanmadığı Hizmetlerin Dağılımı	89
13.	Hastane Yönetimlerinin Dış Kaynak Kullandıkları Hizmetlerden Memnuniyetlerinin Dağılımı	90
14.	Hastane Büyüklüğüne Göre Hastanelerin Dış Kaynak Kullandıkları Hizmetlerin Dağılımı	93
15.	Hastane Mülkiyetine Göre Hastanelerin Dış Kaynak Kullandıkları Hizmetlerin Dağılımı	97
16.	Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları, Gelir-Giderleri, Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki Korelasyon Analizi Tablosu	100
17.	Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları ve Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki Anova Analizi Tablosu	101
18.	Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları ve Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki Çoklu Karşılaştırma Tablosu	102
19.	Hastane Mülkiyeti, Gelir-Giderleri, Hizmet Alım Tutarları ve Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki İlişkiler Tablosu	103

20. Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı.....	104
21. Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı.....	107
22. Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı.....	109
23. Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı.....	112
24. Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı.....	114
25. Yöneticilerin Görevlerine Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı.....	118
26. Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı.....	120
27. Yöneticilik Sürelerine Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı.....	122
28. Hastane Mülkiyetine Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı.....	125
29. Hastane Büyüklüğüne Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı.....	127
30. Yöneticilerin Görevlerine Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı.....	130
31. Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı.....	133
32. Yöneticilik Sürelerine Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı.....	135
33. Hastane Mülkiyetine Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı.....	138
34. Hastane Büyüklüğüne Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı.....	140
35. Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanım Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı.....	143

36. Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı	145
37. Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı	147
38. Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı	149
39. Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı	151
40. Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı	153
41. Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı	155
42. Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı	157
43. Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı	159
44. Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı	161
45. Hizmet Alım Tutarlarındaki Artış Beklentisinin Hastane ve Yönetici Değişkenlerine Göre Dağılımı	163
46. Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri Arasındaki Dağılım	165
47. Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri Arasındaki Dağılım	169
48. Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri Arasındaki Dağılım	173
49. Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri Arasındaki Dağılım	178
50. Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri Arasındaki Dağılım	181

05. Şekiller Listesi

<u>Şekil Nr.</u>	<u>Şeklin Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1.	Ürün Süreç Matrisi	22
2.	Dış Kaynak Kullanım Süreci.....	32
3.	Dış Kaynak Kullanım Sözleşme Türleri.....	37
4.	Türkiye’de 2002 Yılında Çeşitli İşletmelerin Dış Kaynak Kullandığı Hizmetler	45
5.	Araştırma Modeli.....	79

GİRİŞ

Günümüzde sağlık harcamalarının ekonomik büyüme hızının da üzerinde artış göstererek önemli bir boyuta ulaşması, makro düzeyde sağlık politikacılarının; bu harcamaların önemli bir bölümünün hastanelerde gerçekleşmesi de mikro düzeyde hastane yöneticilerinin dikkatlerini sağlık harcamalarının üzerine çekmiştir. Bu durum, hem sağlık politikacılarını, hem de hastane yöneticilerini hasta bakım kalitesini düşürmeden, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltmak için kullanılabilecek stratejiler aramaya yöneltmiştir.

Hastanelerin yüzyıllar boyunca bir hayır kurumu özelliğini koruyarak çalışmalarını sürdürmeleri ve kazancı asıl amaç tutmamaları, yönetimlerine ilişkin felsefi anlayışın üzerinde önemli bir etken oluşturmasına rağmen; yapılan araştırmalar hastanelerin başka ekonomik işletmelerin birçok ortak niteliklerine sahip bulduklarını göstermektedir. Günümüzde de, özel hastaneler dışındaki hastanelerin kazanç amacı gütmeyen sosyal kurumlar olarak değerlendirilmeleri, onların ticari işletmelerde olduğu gibi işletme ekonomisinin kuramları ve işletmecilik biliminin ilkeleri içerisinde yönetilmeyecekleri görüşünün geniş biçimde savunulmasına ve bu görüşün taraftar toplamasına olanak tanımıştır. Buna rağmen bu görüş, tümüyle geçerli olmamasının yanı sıra değişen ekonomik ve sosyal nedenler dolayısıyla her geçen gün geçerliliğini yitirmektedir (ALPUGAN, 1981, s.197).

Hastanelerin ekonomik bir örgüt olduğunu, bu nedenle de ekonomik ilkeler içerisinde yönetilmesi gerektiğini savunanlar, bu görüşlerini temelde onların faktör ve mal pazarında bir çok yönden başka işletmeler gibi rekabet koşullarında çalışmalarıyla açıklamaktadır. Hastaneler, geçmişe oranla rekabetin daha yoğun olduğu bir ortamda çalışmaktadır. Kamu hastaneleri kazanç amacı gütmeseler de başka işletmeler gibi toplumun kıt kaynaklarını kullanmaktadır. Dolayısıyla onların da ekonomik ilkeler çerçevesinde yönetilmeleri, en azından, toplumun sağlık için ayırdığı kaynakların rasyonel kullanımı için zorunludur. Öte yandan, bir çok toplumun sağlık sistemleri içerisinde tek

başına bir sektör durumunda bulunan hastaneler; toplumun tüm kesimine hizmet sunan, sağlık sistemi içerisinde yapılan harcamaların büyük bir bölümünü tüketen, önemli sayılabilecek nitelikte işgücünü istihdam eden, sosyal güvenlik, eğitim ve sağlık sigortası gibi başka sosyal sektörlerle yakın ilişkileri bulunan, oldukça karmaşık bir örgüt yapısına sahip sosyo ekonomik kurumlar niteliğindedir. Bu olgular, hastanelerin işletme ekonomisinin kuramları ve işletme biliminin ilkeleri içerisinde yönetilmeleri gereğini ortaya koyar (ALPUGAN, 1991, s.60). Bu bağlamda hastaneler insanların en önemli ihtiyaçlarından olan sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla kurulmuş, sağlık hizmeti üreten hizmet işletmeleridir (MENDERES, 1994, s.2).

Bu gelişmelerin ve bakış açısının yanı sıra bazı hükümetler kamu kesiminin örgütsel yönetiminde özel sektör yönetim ilkelerini uygulamaktadırlar. “Yeni kamu stratejisi” adı ile tanınan bu strateji, rekabetin önemine ve performansın değerlendirilmesine büyük bir önem vermektedir. Sağlık sektöründeki reform kararları da, 1980’lerden başlayarak, bu düşünceleri dikkate almaya başlamıştır. Desantralizasyondan, girişimci alt birimlere, değişim mühendisliğinden, dış kaynak kullanımına kadar uzanan bu stratejiler 1990’lardaki sağlık reformlarının tasarımlarını etkilemiştir (SALMAN – FIGURES, 1998, s.13). Bu stratejilerden birisi olan dış kaynak kullanımı, tedarikçi bir işletmenin, satın alıcı başka bir işletme için mal veya hizmet sağlama uygulamasını ifade eder. Dış kaynak kullanım stratejisinin kamu kesimindeki uygulama biçimi ise hizmet ihaleleridir.

Dış kaynak kullanımı uygulamalarındaki amaç, işletmelerin, sadece kendi sahip oldukları yetenek ve becerileri esas alan işleri yapmaları, temel yeteneklerini kullanmadıkları işleri, bu konuda uzmanlaşmış organizasyon dışındaki başka işletmelerden almalarıdır (KOÇEL, 2005, s. 389).

Temel işi hasta bakımı olan hastanelerin de lüks oteller seviyesinde kat ve ön büro hizmetleri, büyük bir fabrikada bulunabilen teknik alt yapı hizmetleri, çok parametrelili satın alma hizmetleri, pazarlama ve halkla ilişkiler faaliyetleri, muhasebe ve finans hizmetlerine kadar bir çok destek ve işletmecilik fonksiyonu bulunmaktadır (ARTUKOĞLU, 1999, s.16). Hastanelerin temel yeteneği dışındaki bu faaliyet alanlarının dışarıdaki başka işletmelerin temel yeteneği olduğu düşünüldüğünde, bu faaliyetlerin, bu konuda uzmanlaşmış işletmeler yerine, hastane içinde yürütülmesi hastanelerin maliyetlerini artırabilmekte, hizmet kalitesinde sorunlara yol açabilmektedir. Dolayısıyla, bu hizmetlerin

dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanması hastane yöneticileri için düşünülmesi gereken bir yönetim stratejisi olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmanın birinci amacı da maliyetleri düşürmek, temel yeteneklere odaklanmak, hizmet kalitesini artırmak ya da diğer amaçlarla kullanılabilen dış kaynak kullanım yönetim stratejisinin Türkiye’de kamu ve özel sektör hastanelerindeki mevcut uygulamalarını tespit etmektir. Çalışmanın diğer bir amacı ise hastane yöneticilerinin dış kaynak kullanım stratejisi hakkındaki görüşlerini ve gelecekteki uygulamalarla ilgili beklentilerini örgütsel perspektiften teorik çerçeve sınırları dâhilinde ortaya koymaktır. Bu bakış açısı ile elde edilecek sonuçların, hizmet sunuculara olduğu kadar, hizmet sağlayıcıların gelecekle ilgili projeksiyonlarına da ışık tutabileceği düşünülmüştür.

Bu noktadan hareketle araştırma üç bölüm olarak kurgulanmıştır. Araştırmanın ilk bölümünde, dış kaynak kullanımı ile ilgili işletme yönetimi ve sağlık yönetimi alanındaki literatür taramasına dayalı olarak teorik yapı geliştirilmiştir. Bu bölümde dış kaynak kullanımının tanımı, dış kaynak kullanımının nedenleri ve faydaları, dış kaynak kullanımının gelişimini teşvik eden veya olumsuz yönde etkileyen faktörler, dış kaynak kullanımının riskleri ve olumsuzlukları, dış kaynak kullanımının türleri, dış kaynak kullanım süreci ve uygulama alanları irdelenmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde, dış kaynak kullanımının kamu kesimindeki hastane örgütlerinde hizmet ihaleleri biçiminde uygulanması nedeniyle, hizmet ihaleleri ayrı bir başlıkta ele alınmıştır. Bu bölümde, hizmet ihalelerinin çerçevesi çizilerek, sağlık sektöründe hizmet ihaleleri, hizmet ihalelerinin yararları ve sınırlılıkları, etkili bir hizmet ihalesi gerçekleştirebilmek için izlenmesi gereken aşamalar ve bu aşamalarda dikkat edilmesi gereken hususlar ile Türkiye’deki hizmet ihaleleriyle ilgili yasal mevzuata yer verilmiştir.

Araştırmanın üçüncü ve son bölümünde, teorik çerçeveye, farklı sektörlerdeki uygulamalara ve geçmiş çalışmalara dayalı olarak geliştirilen anket aracılığıyla toplanan verilerin; yüzde analizi, ki- kare analizi, korelasyon analizi, student t testi ve tek yönlü varyans analizi gibi çeşitli istatistik yöntemler kullanılarak değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiş, sonuç kısmında araştırma bulgularına ve konuyla ilgili teorik bilgilere dayalı olarak yapılan tespitler doğrultusunda öneriler geliştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. DIŞ KAYNAK KULLANIMIYLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

10. Dış Kaynak Kullanımı Kavramı

Dış kaynak kullanmak (to outsource) ifadesi, Oxford English Dictionary’de 1979 yılında; dış kaynak kullanımı (outsourcing) ifadesi ise Business Week dergisinde 1981 yılında çıkan bir makalede ilk kez yer almıştır. Dış kaynak kullanmak kavramı 1980’li yıllardan itibaren kullanılmaya başlansa da bir yönetim stratejisi ve iş modeli olarak 1990’lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Outsourcing, Türkçe kaynaklarda dış kaynak kullanımı, dış kaynaklardan yararlanma, dış edinim, dışsal tedarik, taşeronlaştırma, işi dışarıya verme olarak karşılık bulmuş bir kavramdır.

Dış kaynak kullanımı, bir işletmenin (alt sözleşmeci, tedarikçi, taşeron veya yüklenici) başka bir işletme (satın alıcı, müşteri, imalatçı veya sözleşmeci) için mal veya hizmet sağlama uygulamasını belirtmek amacıyla kullanılmıştır (GÖKDERE, 2000, s.22).

Dış kaynak kullanımı kavramı hakkında farklı yönleri öne çıkaran tanımlamaların bazıları aşağıda sıralanmıştır:

Dış kaynak kullanımı, en basit haliyle daha önce *organizasyon içerisinde üretilen bir mal ya da hizmetin* dışarıdan tedarik edilmesidir (LACITY-HIRSCHHEIM, <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title>, 2005).

Dış kaynak kullanımı, “İşletmenin devamlılık arz eden bazı içsel faaliyetlerini ve *karar haklarını*, bir anlaşmaya bağlı olarak, dışarıdaki tedarikçi firma veya firmalara devretmesidir (GREAVER, <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title>, 2005).

Dış kaynak kullanımı, daha önce işletme içerisinde yapılan/yönetilen bir işlemin ilgili *insan kaynağı ile birlikte* uzun süreli bir sözleşme kapsamında bir dış firmaya aktarılmasıdır (QUELIN-DUHAMEL, <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title>, 2005).

Organizasyonun içsel faaliyetlerinde amaç ve hedeflerin etkin bir biçimde gerçekleştirilebilmesi için ihtiyaç duyduğu üretim ve hizmetlerin tedarikinde *işin bir kısmını veya tümünü* dışsal tedarikçi ya da tedarikçilere devretme sürecidir (AKOMEDE vd, <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title>, 2005).

Dış kaynak kullanımı, işletmelerin gittikçe artan ölçüde, sadece *kendi sahip oldukları yetenek ve becerileri* esas alan işleri “core competence” yapmaları veya öz (temel, çekirdek) yeteneklerin kullanılmadığı işleri, organizasyon dışındaki başka işletmelerden almalarıdır (KOÇEL, 2005, s.387).

Dış kaynak kullanımı, bir konsept biçimi olarak, daha rekabetçi olan ve odaklaşan organizasyonlar için *üretim perspektifinden stratejik perspektife geliştirilen* bir kavramdır (ROBERTS, 2001, s.240).

Dış kaynak kullanımı, kritik destek beceriler için dışarıdaki uzmanların bir *networkunu* yaratmak ve öz ayırt edici yeteneklerinde odaklaşmak için kullanılan dahili bir organizasyon stratejisidir (ROBERTS, 2001, s. 240).

Dış kaynak kullanımı, kaynakların dışarıya transferi ve *ikincil önemdeki işlerin* işletme dışına kaydırılmasıdır (DÜREN, 1999, s.78).

Dışarıdan kaynak kullanmaya yönelmek, *işlerin verimsiz ve maliyet yükselten bölümlerinden*, yani hantallıktan kurtulmaktır (DÜREN, 1999, s.78).

Dış kaynak kullanımı tüm ticari faaliyetler için, sağlayıcının oldukça fazla kontrol ve idari takdir yetkisine sahip olduğu *uzun vadeli sonuçlara yönelik* bir ilişki olarak, gerekli iş faaliyetleri ve proseslerini gerçekleştirmek için dahili kapasitenin yerine harici ilişkileri kullanmaktır (CORBETT, 2003 a, s.9).

Dış kaynak kullanımı, işletmenin kendisine rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanmasına kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetleri ise bu konuda uzmanlaşmış organizasyon dışındaki işletmeler aracılığıyla *gerekli kalite standartlarına uygun* biçimde sağlamasına olanak sağlayan bir yönetim stratejisidir (OUTSOURCING INSTUTE, <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title>, 2005).

İşletmelerin *küçülme ihtiyaçlarını*, maliyetleri azaltma stratejisi ile birleştirmeleri sonucunda oluşan bir yönetsel yaklaşımdır (DÜREN, 1999, s.78).

Yukarıda farklı bakış açılarıyla ele alınan dış kaynak kullanımının farklı boyutlarını kapsayan bir tanım yapmak gerekirse, dış kaynak kullanımı, daha önce organizasyon içerisinde üretilen/sunulan ve organizasyonun temel yeteneği olmayan bir mal ya da hizmetin üretim ya da sunum sürecinin, daha düşük maliyette ve yüksek performans standartlarında sağlanması amacıyla, bu konuda uzmanlaşan dışarıdaki başka bir organizasyona, uzun vadeli iş ortaklığı anlayışına dayalı olarak bir sözleşmeyle devredilmesi biçiminde tanımlanabilir.

11. Dış Kaynak Kullanımıyla İlişkili ve Yakın Kavramlar

İşletmeler her dönem dışarıdaki işletmelere iş vermişlerdir. Örneğin belirli işler için mütahitler istihdam etmek veya iş yüklerinde üst ve alt noktaları ortadan kaldırmak gibi. İşletmeler yetenek ve kapasiteleri kendilerinininkini tamamlayan şirketlerle gerekli ilişkiler geliştirerek her zaman ortaklıklar kurmuşlar; binalar, insanlar veya teknoloji gibi kaynaklara ulaşabilmek için sözleşmeler düzenlemişlerdir. Aslında bu kavramlardan hiç biri yeni değildir. Ancak hiç biri bu gün dış kaynak kullanımı adını verdiğimiz kavramı tam olarak karşılamamaktadır (CORBETT, 2003 a, ss.8-9). Dış kaynak kullanımının sonucunda, organizasyon yapılarında ve iş yapış biçimlerinde meydana gelen değişimler doğrultusunda birbirini karşılıklı etkileyen süreçler ve kavramlar ortaya çıkmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır.

110. Dış Kaynak Sağlayıcıları

Dış kaynak sağlayıcıları, hizmet sunmaları için belirgin bir idari takdir yetkisi verilmiş, bir hizmetin günlük teslimini yöneten ortaklardır. Yarattıkları değer, işi anlayan, işin gereklerini sunabilen ve müşteri organizasyonlarına nasıl daha iyi hizmet sağlayabileceklerini araştıran uzun vadeli ortaklar olmalarından kaynaklanmaktadır (CORBETT, 2003 a, ss.9-10). Literatürde dış kaynak sağlayıcıları kavramının karşılığı olarak, dış kaynak kullanım ortakları, tedarikçiler, hizmet sağlayıcıları, taşeron, mütahit, yüklenici gibi aralarında nüanslar olan kavramlar da kullanılmaktadır.

111. Ortaklıklar (Partnerships)

Bilgi çağı organizasyonlarında görülen bir yönetim uygulaması da ortaklıklardır. Burada sözü edilen ortaklık, hukuki anlamda olmayıp, değişik mekanlardaki işletmelerin bir malın ya da hizmetin üretiminin çeşitli safhalarında birbirini tamamlayıcı şekilde ve sürekli işbirliği yapmalarıdır. Artan rekabet ve globalleşme, işletmelerin kendi tedarikçilerini bir ortak olarak görmeleri, yakın bir işbirliği içinde müşterilerine kaliteli ürün ya da hizmet sunmaya çalışmaları sonucunu ortaya çıkarmıştır. Böylece ortaklık, global bir ortamda, önemli bir rekabet aracı haline gelmiştir (KOÇEL, 2005, s.389). Örneğin, bir hastanenin servisi, bir başka hastanenin ise hasta hacmi ve tesisleri olabilir. Biri akut bakım hizmeti sağlarken, diğeri rehabilitasyon hizmeti sağlayabilir (CHYNA, 2000, s.13).

112. Temel Yetenek (Core Competence)

Temel (öz-çekirdek) yetenek ve beceri, bir işletmenin rakiplerine oranla çok iyi bildiği, bir işletmeyi başka işletmelerden ayıran, işletmenin vizyonunu gerçekleştirmede temel rol oynayan, rakipler tarafından kolayca taklit edilemeyen uzun vadeli başarının temeli olan bilgi, yetenek, iş yapma usulü, tekniği veya becerisidir (KOÇEL, 2005, s.387).

Temel alanda yetkinlik, kuruluşların faaliyet gösterdikleri çevreleriyle (örgütsel çevre, örgütsel alan) olan uyum sürecini ve bu kuruluşlarda zamanla oluşan bir ilerlemeyi açıklamaktadır (OUTSOURCING, 2005 a, s.18).

Günümüz yönetim uygulamalarını etkileyen bir gelişme olarak her işletme kendine has bir temel yetenek geliştirmelidir. İşletmeye rekabet gücünü verecek olan bu temel yetenektir. İşletmelerde, bu temel yetenekle ilgili doğrudan iş ve faaliyetler işletme bünyesinde yürütülmeli, diğeri tüm işlerde dış kaynak kullanılmalıdır. Bu şekilde hem organizasyon yapısı yalınlaşacak, hem organizasyon kademeleri azalacak ve hem de üst kademe yönetim stratejik konularda düşünmeye daha fazla vakit bulacaktır (KOÇEL, 2005, s.388).

Koçel bir bilgi, beceri veya yeteneğin temel yetenek sayılabilmesi için, genel olarak taşınması gereken özellikleri aşağıdaki gibi sıralamaktadır :

- İşletmenin kısa ve uzun dönemli yaşamı için temel sayılmalı,
- Taklit edilmesi güç olmalı,
- Rakipler tarafından kolayca görülmemeli,
- İşletmenin vizyon ve stratejik hedeflerini gerçekleştirmede vazgeçilmez nitelikte olmalı,
- Belirli bilgiler, kaynaklar ve süreçlerden oluşan bir karışımı temsil etmeli,
- Sonunda temel ürün niteliği taşıyacak nihai ürünlerin üretiminde kullanılabilmesi,
- İşletmenin küçülme, stratejik birlikler oluşturma, şebeke organizasyonuna katılma, dış kaynak kullanma gibi kararlar vermesinde temel rol oynamalıdır.

Görüldüğü üzere bir işletmenin sahip olduğu yeteneklerin temel yetenek niteliğinde olanlarının sayısı çok fazla olmayacaktır.

Temel yetenek konusuna bir örnek Kanada'daki Shouldice hastanesinden verilebilir. Bu hastane, 2. Dünya Savaşı sırasında askerleri tedavi etmek için geliştirdiği fitik ameliyatı tekniğiyle hastaları birkaç gün içinde iyileştirmeyi ve sorunun nüksetme ihtimalini yüzde onlardan yüzde birlere düşürmeyi başarmıştır. Böylece, hasta için hem gerçek maliyet (hastane ve ameliyat ücretleri), hem de fırsat maliyetleri (işten uzak kalınca kaybedilen gelir) büyük ölçüde azalmaktadır. Hizmet bu kadar standartlaştırılınca hastaların geliş süreçlerini kontrol altına alan düzenlemelerle (internette kişisel teşhis formu, randevu sistemi, ilk muayene, kayıt, gerekli tahlil, yönlendirme toplantısı, fiziksel aktivite) üç günlük süreç sonunda hasta taburcu edilmektedir. Aslında Shouldice Hastanesi her türlü hizmeti veren tam donanımlı bir hastane olmamasına rağmen, yalnızca fitik ameliyatı yapan ve Shouldice tekniğinin uygulandığı bir kuruluştur. Zor vakalar daha ilk internetten yapılan kişisel teşhis başvurusunda ayıklanarak hizmet sürecindeki değişkenlik sıfıra indirgenmektedir. Geliştirilmiş, dar kapsamlı, hastaların sıkı denetiminde olan yüksek güvenli sistem sayesinde; pahalı kaynakların, cerrahların, hemşirelerin ve ameliyathanelerin % 100'e yakın kullanılması mümkün olmaktadır (YÜCESAN, 2006 a, s.19). Görüldüğü gibi, her işletme, kendisine has temel yetenekler geliştirebilir.

Temel yetenek konusunda farklı bir bakış açısı ise işletmelerin kendilerini, belirli ürünleri üreten birimler olarak görmeleri yerine, bu ürünlerin üretilmesini sağlayan bilgi ve yeteneklere sahip birimler olarak görmeleridir. Böyle bir bakış, işletmelere çok değişik endüstri dalları ve pazarlar için ürün üretme imkanı vermektedir. Yani belirli, spesifik ürünlere odaklanmak yerine; değişik sektörlerdeki işletmelerin ürünlerinde

kullanabilecekleri bilgi ve yeteneklere odaklanmak, temel yetenek geliştirmek açısından daha yönlendirici olacaktır. Bu konudaki tipik örnekler şunlardır: Canon firmasının optik imaj alma ve mikro işlemci kontrolü konusundaki bilgisi, bunun fotokopi, lazerli yazıcılar, fotoğraf makineleri ve imaj taraması gibi alanlarda üretilen ürünlerde kullanılması ile sonuçlanmıştır. Dolayısı ile bu firmanın ürettiği ürünler değil, bunları üretebilmek için geliştirdiği ve sahip olduğu bilgi ve beceri bu firmanın temel yeteneğidir. Bu temel yetenek bazı temel mal ve hizmetlerin üretimi ile sonuçlanabilir (KOÇEL, 2005, s.388).

Bir başka görüşe göre, bir işletmenin sahip olabileceği tek bir temel yetenek, yenilik yapabilmektir. Bu yetenek işletmelere rekabet gücü sağlayan yetenektir. Dolayısı ile işletmeler sürekli olarak yenilik yapabilecek tarzda yeni ürün, yeni teknoloji, yeni süreç, yeni kullanım yerleri ve benzerlerini düşünmeli ve çalışmalıdır (KOÇEL, 2005, s.389).

Yetkinlikleri belirlemede, yöneticilere düşen görev örgüt içindeki uyumun yaratılmasını sağlamaktır. Yöneticiler örgütün geleceğe yönelik önceliklerini çalışanlarının katılımını sağlayarak tespit etmek ve bu önceliklerin tüm çalışanlar tarafından anlaşılmasını ve kabullenmesini sağlamak için çaba göstermelidirler. Aksi takdirde, çalışanların amacı ile örgütün amacı farklı olabilecektir. Bunun sonucu olarak istenen verim ve katılımcılık sağlanamayacaktır (OUTSOURCING, 2005 a, s. 19).

113. şebeke (Network) Organizasyonlar

şebeke organizasyonlar; bir mal ya da hizmeti üretebilmek için yapılması gereken iş ve faaliyetlerin ve bunun için gerekli olan kaynakların tek bir işletme bünyesinde toplanması yerine, farklı işletmelere dağıtıldığı, bir organizasyon yapısı olarak ifade edilebilir. Dış kaynak kullanımı diğer uygulamalardan bağımsız olarak ele alınacak bir yönetim uygulaması değildir. Tam aksine, işletmeler kendi temel yetenekleri üzerinde yoęunlařtıķa dış kaynak kullanımı artmakta, dış kaynak kullanımı arttıķa ortaklık ve şebeke organizasyonlar gelişmekte ve işletmeler küçülerek daha esnek ve çabuk hareket eder hale gelmektedirler (KOÇEL, 2005, ss.390-394). Bu çerçevede, giderek daha çok sayıda işletme, bir ağa bağlı, modüler işletmeler haline gelmektedir (DÜREN, 1999, s. 78). Kuruluşlar birinci sınıf ortaklara ağ ile bağlanarak giderek büyümektedirler (CORBETT, 2003 c, s.40).

114. Geleneksel Satın Alma (Purchasing)

Geleneksel satın alma; kontrolün ana kuruluşta kaldığı, tedarikçiye neyi, nasıl yapması gerektiğinin satın alan organizasyon tarafından söylendiği organizasyon tedarikçi ilişkisidir. Dış kaynak kullanımında organizasyon, tedarikçiye işleri nasıl yapması gerektiğini değil, hangi iş sonuçlarına ulaşmak istediğini söyler ve bu sonuçlara nasıl ulaşılacağını tedarikçiye bırakır.

Dış kaynak kullanımında geleneksel satın almadan farklı olarak bağımsız iki işletmenin “iş ortaklığı” denilebilecek stratejik bir ilişki vardır. Dış kaynak kullanım ilişkisinde daha yüksek performans ve/veya düşük maliyet hedefine yönelik olarak bağımsız iki organizasyonun ortak çabası söz konusudur. Riskin paylaşılıyor olması bu ilişkiyi geleneksel müşteri-tedarikçi ilişkisinden ayırmaktadır (YÜCE-MERSİN, 2006, ss.18-19).

Dış kaynak kullanımı bir bölümün satılmasından veya üretim ve hizmetin elden çıkarılmasından da farklıdır. Çünkü bu uygulama organizasyon için yapılması ve elde tutulması zorunlu olan faaliyetlerle ilgilidir (GÖKDERE, 2000, s.23).

Geleneksel müşteri satıcı ilişkisi ile dış kaynak kullanımı karşılaştırmalı olarak A.T. Kearney danışmanlarından Jon Africk'ten uyarlanan Tablo : 1'de gösterilebilir (YÜCE - MERSİN, 2006, ss.18-19):

Tablo : 1

Geleneksel Satın Alma ve Dış Kaynak Kullanımı Arasındaki Farklar

Geleneksel Müşteri-Satıcı İlişkisi	Dış Kaynak Kullanımı
Standart	Müşteriye özel
Genellikle tek boyutlu	Çok boyutlu
Amaç maliyetlerin en aza indirilmesi	Hizmet kalitesini ve esneklik ihtiyaçlarını dikkate alarak toplam sahip olma maliyetinin en uygun düzeye indirilmesi
Daha kısıtlı bir alanda uzmanlık gereksinimi	Daha geniş kapsamlı uzmanlık ve analitik yetenekler gereksinimi
1-2 yıllık sözleşmeler	Üst/orta yönetim düzeyinde tartışılan daha uzun süreli sözleşmeler
Sözleşme görüşmeleri kısa sürer.	Sözleşme görüşmeleri uzun sürer.
İşletmeler arasında bağ daha zayıf, hizmet sağlayıcı firmayı değiştirmek kolay	İşletmeler arasındaki bağ daha kuvvetli, hizmet sağlayıcı firmayı değiştirmek daha zor ve maliyetli

115. E-Ticaret (E-Business) ve E-Ticaret Süreçleri

E- ticaret ve e- ticaret süreçleri dış kaynak kullanımı ile aynı şey değildir. Dış kaynak kullanımı işletmenin spesifik bir fonksiyonunun taraflarca belirlenmiş bir ücret karşılığında gerçekleştirilmesi ve desteklenmesi amacıyla üçüncü bir tarafa devridir. E-ticaret ve E-ticaret süreçleri ise işletmenin menfaatleri doğrultusunda, bir işlemin sorumluluğunun dağıtılmasıdır (YOUNG-JUDE, 2005, s.30). Müşteri, tedarikçi ve iş ortakları ile internet üzerinden bağlanarak çalışmaktadır. Bu çalışma biçiminin amacı mevcut iş yapma yöntemlerini değiştirerek daha hızlı ve verimli bir ortam yaratmaktır (OUTSOURCING, 2005 b, s.60). İşletmenin gelirlerini doğrudan etkileyen faktörler olarak bilinir ve karar işletmenin finansal ölçümleriyle fazlaca ilgilidir.

E-ticaret ve E- ticaret süreçleri iç kaynaklar kullanılarak veya dış kaynak kullanılarak uygulanabilir ve yönetilebilir. İşletmenin genel amaçları doğrultusundaki bir süreci işletme bünyesinde tutma veya dış kaynak kullanma kararını vermedeki belirleyici faktör, işletmenin tanımlı hizmeti dış kaynak kullanımı hizmet sağlayıcısı kadar verimli ve etkin sağlamadaki başarısıdır (YOUNG-JUDE 2005, s.30).

116. Danışmanlık (Counseling)

Dış kaynak kullanımı ile danışmanlık arasındaki farkın tespit edilmesi hem zor hem de kolaydır. Zor olan kısım, pek çok işletmenin kendisini hem danışmanlık hem de dış kaynak kullanım hizmeti sunacak şekilde konumlandırmalarıdır. Danışmanlar bize bir şeyin nasıl yapılması gerektiğini tavsiye ederler. Hizmet sağlayıcıları da bunu fiilen yaparlar. Bazen bir danışman, ticari bir hizmet veya ürün teslim edecektir, bu danışmanların sağlayıcı gibi davrandıkları zamandır. Bazen bir hizmet sağlayıcısı da tavsiyelerde bulunabilir. Aradaki fark çok açıktır. Profesyonel hizmet şirketleri bu üç kategoriden birinde yer alır: danışmanlık şirketleri, sağlayıcı şirketler, melez şirketler. Gerçekte pek çok şirket hem danışman hem de sağlayıcıdır; ancak farklı müşterilerle farklı zamanlarda farklı roller üstlenirler (CORBETT, 2003 a, s.10).

117. Harici Görevlendirme (Outtasking)

Dış kaynak kullanım ilişkileri oldukça katma değerli, sürekli ve devamlıdır. Sadece bir seferlik iş ilişkisi değildirler. Dış kaynak kullanımı ilişkileri üst seviyede, genellikle

yıllarca süren, sabit bir süre için kurulan sözleşmesel ilişkiler olarak kabul edilmektedir. Kullanıcılar ve sağlayıcılar sunulan hizmeti tanımlamak için çalışırlar. Kullanıcı ve hizmet sağlayıcı arasında sıkı bir etkileşim ve oldukça fazla iletişim vardır, hizmetler müşterinin ihtiyaçlarına göre ayarlanır. Teknolojinizi kurması için bir sağlayıcı veya talep kapasiteyi aştığında bir üretim gerçekleştirmek için bir imalatçı ile anlaşmak veya paketleri bir gecede telsim etmek için kurye şirketini kullanmak dış kaynak kullanımı değildir (CORBETT, 2003 a, s.10).

Bununla birlikte literatürde bu uygulamaları bir dış kaynak kullanım yaklaşımı olarak değerlendiren görüşler de vardır. Örneğin, işletmelerin dış kaynak kullanımı bağlamında piyasa performanslarını artırmak amacıyla dikkate alabilecekleri stratejilerden biri fason üretimdir. İşletmelerin üretim miktarlarını değiştirmelerine imkan tanıyan yöntem olarak fason üretim işletmenin kendine özgü imalatını kısa süreli olarak tedarikçilere devretmesidir. Bu durumda işletme daha önce kendisi tarafından üretilen belirli ürünleri üretmemekte, ihale ederek yükünü hafifletmektedir (ÇOBAN-TUTKUN, 2004, s.39).

12. Dış Kaynak Kullanımının Gelişimi

Esasında dış kaynak kullanımı olarak adlandırılan yönetim uygulamaları çok eskilere gitmektedir. ABD’de dış kaynak kullanımının önemini anlaşılması kökleri 1920 ve 1930’larda General Motors ve Dupont gibi dev şirketler tarafından belirlenen geleneksel ABD şirket tanımının yeniden incelenmesiyle başlamaktadır. Bu modele dayanarak, şirket büyük çaplı dikey olarak entegre edilmiş kaynakların tamamını veya tamamı değilse bile gerekli kaynaklarını doğrudan yöneten ve bunlara sahip olan anlamında kendine yetebilen bir kuruluştur. Bu modelde ticari başarı geleneksel olarak üretim faktörlerine sahip olmak ve bunları doğrudan kontrol etmek ile eş anlamlı görülmektedir (CORBETT, 2003 a, s.9). Tüm işleri kendi bünyelerinde yapmak işletmeler açısından önemli bir gücün ifadesidir. İşlerin bir kısmının dış kaynak kullanımı yoluyla gerçekleştirilmesi bir yönetim stratejisi olarak benimsenmesinden değil, işletmenin her işe hakim olamamasından kaynaklanmaktadır (ÖZBAY, 2004, s.7).

1990’lı yıllar yönetim düşünce ve uygulamalarında pek çok yeni ve değişik görüşlerin ortaya çıktığı yıllar olmuştur. Bu yeni görüşler, işletmelerin yapılanmaları,

yönetim süreçleri ve işletme faaliyetleri ile ilgili konularda yerleşmiş bulunan pek çok uygulamayı anlam ve uygulama şekli itibarı ile değiştirmiştir (KOÇEL, 2005, s.375).

Küreselleşme ve teknolojinin etkisiyle oluşan işletme yapıları ve artan rekabet koşulları birbiriyle ilişkili “temel yetenek” ve “dış kaynak kullanımı” kavramlarını ortaya çıkarmıştır. Temel yetenekler, işletmede dikkatli şekilde belirlendikten sonra kalan işler dış kaynak kullanımına tabi tutulmuştur. Gün geçtikçe bu kavram işletmelerde yaygınlaşmış ve artık her alanda uygulanarak iş hayatını bir parçası haline gelmiştir (ÖZBAY, 2004, s.7).

Yurdumuzda özellikle inşaat sektöründe görülen taşeron kullanma veya imalat konularında fason üretim olarak bilinen işletmecilik uygulamaları birer dış kaynak kullanımı örneğidir (KOÇEL, 2005, s.390). Dış kaynak kullanımının, tarihsel gelişimine bakıldığında öncelikle yemek, güvenlik, çevre bakımı gibi hizmetlerin dışarıya verildiği zamanla muhasebe, insan kaynakları yönetimi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde yaygınlaştığı, günümüzde de bilgi teknolojileri, lojistik gibi alanlarda geliştiği görülmektedir (MERSİN, 2005 a, s.55).

Yıllar boyunca kuruluşlar giderek karmaşıklıktıkça kaynakları daha da uzmanlaşmış ve ürün tasarımı, mühendislik, imalat, insan kaynakları, enformasyon teknolojisi, dağıtım ve satış gibi şirket operasyonlarını çeşitli yönlerine yöneltilmiştir (CORBETT, 2003 a, s.9). Son dönemlerde dış kaynak kullanımı geleneksel imalat alanından hizmet bazlı odaklanmaya doğru uzun bir yol almıştır (PASCOE, 2004, s.20). Globalleşmenin etkisiyle dış kaynak kullanımı hizmeti veren ülkeler arasında Hindistan, Güney Afrika ve İrlanda gibi ülkeleri ön plana çıkmiştir. Bu ülkelerin ön plana çıkmasındaki başlıca sebepler ucuz ve kaliteli insan gücü, İngilizce lisanının konuşulması ve uluslar arası yatırımlar için sağlanan vergi avantajlarıdır.

120. Dış Kaynak Kullanımının Gelişimini Teşvik Eden Faktörler

Dış kaynak kullanımının gelişimini teşvik eden kurumsal ve makro düzeyde aşağıdaki gibi sıralanabilen bir çok faktör vardır.

1. Teknolojik Altyapının Yeterliliği : Dış kaynak kullanımı ihtiyaç duyulan en son teknolojik yeniliklere, eski varlıkları elden çıkartmanın zararı ya da yenileri alma maliyeti

olmaksızın sahip olmayı sağlamaktadır. Özellikle kablosuz ağ ve iletişim teknolojilerinin giderek geçerlilik kazanması, bir çok kuruluşu elde olan alt yapıyı değiştirme maliyeti yerine yeni teknolojiyi dış kaynaktan almaya yönlendirmektedir.

2. *Ölçeklenebilir ve Esnek Bir Altyapı İhtiyacı* : Bir çok işletme zor ekonomik koşullar altında küçülmeye gitmek ya da organizasyon yapısında ciddi değişiklikler yapmak zorunda kalmaktadır. İşletmelerin atıl olmayan, işletme ihtiyaçları ile ölçeklenebilecek, yeni hizmet modellerine hızla uyum sağlayacak araçlara ihtiyaçları vardır. Dış kaynak kullanımını bunu en hızlı garantileyen yöntemdir (CAPITAL, 2004 a, s.34).

Her şeyi yaptıkları ve gereken her şey oldukları için övünen kuruluşların iş yaklaşımında iki büyük engel vardır. Birincisi, modern bir kuruluşun karşılaştığı tüm görevleri gerçekleştirmek için gerekli dahili kapasiteyi oluşturma masraflarının oldukça yüksek olmasıdır. Acil müdahale için dahili tıbbi grubu oluşturmada gerekli giderler bu konuya belirgin bir örnektir. İkinci neden ise bir kuruluş ne kadar çaba sarf ederse sarf etsin modern bir kuruluşu işletmek için gerekli olan tüm faaliyetlerinde birinci sınıf olanakları sürdürememesidir (OUTSOURCING, 2005 c, s.26).

3. *Stratejik Ortak İhtiyacı* : İşletmeler öz kaynaklarını olabildiğince yoğun seviyede ana faaliyet alanlarına odaklı kullanmak istemektedirler. Öte yandan ana faaliyetlerini destekleyici araçların stratejik amaçlarına uygun olarak kullanmak için bu alanlarda uzmanlık sahibi stratejik ortakların yönlendirmesine ihtiyaç duymaktadırlar.

4. *Tahmin Edilebilir Maliyetler* : Dış kaynak kullanımını yeni teknolojilere sahip olma maliyetini hem düşürmekte, hem de daha rahat kontrol edilebilir hale getirmektedir. Ekonomik durgunluk da, teknolojiye büyük paralar ödeyerek almak yerine onu belirli ve yönetilebilir maliyetle dışarıdan temin etmeyi teşvik etmektedir.

5. *Önemli Organizasyonel Değişiklikler* : İşletmeler önemli organizasyonel değişimler geçirdikleri dönemde dış kaynak kullanımına daha fazla yönelmektedirler.

6. *İş Geliştirmeye Yönelik İç Düzenlemeler* : İşletmeler, stratejik destek almak için dış kaynak kullanımına daha fazla yönelmektedirler.

7. *Firma Birleşmeleri ve Halka Açılmalar* : Geçiş döneminin daha rahat yaşanması ve yeni alt yapının değişime daha uygun olması için dış kaynak kullanımı tercih edilmektedir (CAPITAL, 2004 a, ss.34-35).

8. *Özelleştirme* : Kamu hizmetleri, telekom, sağlık gibi sektörler özel sektör rekabetine açıldıkları zamanda rekabetçi pozisyon alabilmek için dış kaynak kullanımını tercih etmektedirler. Yeni bir hastane, su deposu atık su arıtma tesisi, kamyon filosu, sıhhi çöp öğütme tesisi ve büyük bilgisayar sistemleri büyük ve beklenmedik yatırım gerektiren yeni tesis veya alet alımına ihtiyaç duyulması durumunda devlet vergi toplayıp ya da borç alarak bu ihtiyaçları karşılamak yerine hizmeti özel sektörden alma yoluna gitmektedir (SAVAS, 1994, s.317).

9. *Küreselleşme* : İşletmeler uluslar arası pazarlara yayılmaya başladıkça, belli bir teknoloji standardını küresel platformda koruyabilmek için dış kaynak hizmeti talep etmektedir (CAPITAL, 2004 a, s.35). 21. yüzyılda örgütlerin karşı karşıya kaldıkları en önemli sorun yurt içi ve yurt dışı işletmelerle nasıl rekabet edebilecekleri ve bunlara karşı nasıl yetkinleşecekleridir. 1980’li yıllarda yaygınlaşmaya başlayan küreselleşme kavramı günümüzde devamlı olarak etkisini artırmaktadır.

Küreselleşmenin etkisiyle birlikte rekabet de küreselleşmekte ve artmaktadır. Günümüzde uluslar arası rekabeti yeterince karşılayamama yüzünden, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 600 bin kişinin işini kaybettiği belirtilmektedir. Böylesi bir ortamda insan kaynakları yönetimi, yabancı üreticilerle etkin bir biçimde rekabet etmede kritik bir rol oynamaktadır.

Artan rekabet ve küreselleşme, işletmelerin kendi tedarikçilerini birer ortak olarak görmelerini yakın bir işbirliği içerisinde müşterilerine kaliteli ürün veya hizmet sunmaya çalışmalarını sağlamakta, bu noktada dış kaynak kullanımı küresel ortamda önemli bir rekabet aracı haline gelmektedir (MERSİN, 2005 b, s.26).

10. *Küçük İşletmelerin Dış Kaynak Kullanımına Yönelmeleri* : Küçük ve orta boy işletmeler teknolojik yeniliklerden yararlanma ihtiyacını giderek daha fazla duymaktadırlar. Ancak küçük işletmelerin büyük yatırımlar yaparak bu teknolojilere sahip olmaları ekonomik ekolojilerine uygun değildir. Bu nedenle giderek daha fazla sayıda orta

ve küçük boy işletme dış kaynak kullanımını benimsemeye yatkın hale gelmektedir (CAPITAL, 2004 a, s.35).

121. Dış Kaynak Kullanımının Gelişimini Olumsuz Etkileyen Faktörler

Organizasyon yapılarına ve iş kültürüne bağlı birçok faktör, dış kaynak kullanımının gelişimini engellemektedir. Bu faktörleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür.

1. *İnsan Kaynakları Politikaları* : İşsizliğin artması kalifiye elemanın ucuza bulunmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu faktör organizasyonların hizmet sağlayıcıdan personel tedarik etme yerine kendi personelini kullanmayı tercih etmelerine neden olabilmektedir.

2. *Kontrolü Kaybetme Korkusu* : Bazı organizasyonlar ikinci bir organizasyonun iş süreçleri ve ticari sırlarının belli ayrıntılarına sahip olmasını, rekabetçi bilginin sızma ihtimalini dikkate alarak olumlu karşılamamaktadırlar (CAPITAL, 2004, s.36). Özellikle küçük işletme sahipleri, kişileri doğrudan yönetmeye alışkın oldukları için işlemlerini oluşturan proses ve teknolojilerin bir yabancıya geçmesi nosyonunu benimsemek bu kuruluşların yöneticileri için oldukça zor olmaktadır (CORBETTT, 2004 a, s.8).

Accenture'nin altı endüstriden 1163 tepe yöneticisiyle gerçekleştirmiş olduğu dış kaynak kullanımı araştırmasının bulgularına göre yöneticilerin, % 60 oranında operasyonel performans, % 30 oranında kişisel etki, % 23 oranında bilgi, % 20 oranında müşteri ve tedarikçi ilişkileri kontrolü kaybetmekten korktukları konular olarak ortaya çıkmıştır.

Hayati iş süreçlerini dış kaynak kullanımı ile sağlayan kuruluşların daha fazla kontrol sağladıkları alanlar süreç ve bilgi şeffaflığı, iş yönünü değiştirebilme becerisi, iş büyümesini hızlandırabilme becerisi, temel iş faaliyetleri, tedarikçi ve müşteri ilişkileri sektördeki konu, şirket içi sorumluluk olarak sıralanmıştır (OUTSOURCING, 2004 a, s.15).

3. *Yönetim Felsefesi ve Gelenekler* : Bazı organizasyonlar değişimden korkarlar. İş modellerini değişime sürükleyeceği düşüncesiyle dış kaynak kullanımından vazgeçerler.

4. *Dış Kaynak Kullanımı Kontratlarının Karmaşık Doğası* : Hangi operasyonların dış kaynakla gerçekleştirileceğine karar vermek bazen organizasyonlar için zor bir süreçtir.

Çünkü bu karar eleman politikalarından yönetime kadar bir çok konuyu etkileyecektir. Bazen böyle bir kararın alınmasında doğrudan bir danışmana başvurmak öncelikli ihtiyaç ve maksimum faydanın hangi operasyonları dış kaynağa yönlendirerek sağlanacağını dışarıdan bir uzmana incelettirmekte fayda vardır. Kontratın da böyle uzman tarafından hazırlanması daha verimli sonuçlar doğuracaktır.

5. *Geçmişteki Olumsuz Deneyimler* : İstenen kalitede ya da içerikte servisin daha önce başka bir dış kaynak hizmet firmasından alınmamış olması ileriye dönük olarak da dış kaynak kullanım eğilimini olumsuz etkilemektedir

6. *Hizmet Firmalarının Sürekliliği* : Günümüzde birçok teknoloji firması mali sorunlar nedeniyle iflas etmekte, kapanmakta ya da küçülme kararı almaktadır. Böyle bir geçişin yaşanması bu firmadan hizmet alan kuruluşlar için tehdit oluşturmaktadır (CAPITAL, 2004 a, s.36).

13. Dış Kaynak Kullanımının İlkeleri

Dış kaynak kullanımında aşağıda sıralanan prensiplere uymak, dış kaynak kullanım uygulamalarının başarısını artıracaktır.

1. *Yalnızca En İyi Hizmet Sağlayıcılarla Çalışılmalıdır* : Bir iş dış kaynak sağlayıcıya verilirken, sağlayıcıya iyilik yapmaktan ziyade, sağlayıcının organizasyona en iyi hizmeti vermesi gereken bir firma olarak değerlendirilmesi gereklidir (DÜREN, 2000, s. 80). Bu amaçla mükemmel hizmet sağlayıcılar seçilmeli, kontrol edilmeli ve mevcut müşterileriyle görüşülmelidir (CORBETT, 2004 a, s.8).

2. *Hizmet Sağlayıcının İlgisi Monopolleştirilmelidir* : En iyi sağlayıcıların pek çok müşterisi olacaktır. Önemli olan, bu müşteriler içinde ilk tercih sırasına oturmayı başarmaktır (DÜREN, 2000, s. 80).

3. *Hizmet Sağlayıcıdan Sonuç Odaklı Olması İstenmelidir* : Sağlayıcının sunduğu hizmet çözümü çıktı üzerinde yeterince odaklaşıyorsa dış kaynak kullanımına karar verilmelidir. Birlikte gerçekleştirilen alt seviyedeki hizmetleri nasıl tanımladıkları, organizasyona kattıkları değeri nasıl ölçtükleri potansiyel partnerlere sorulmalıdır. Sağlayıcının ölçmeye karşı başlangıçta bir kıyaslama setini kabul etmesi önemlidir. İleride

başarmaya çalışılan şey ölçülmesi ve tanımlanması durumunda final sonuçları daha anlamlı olacaktır (LANSER, 2003, s.52).

4. Hizmet Sağlayıcıdan Mükemmellik İstenmelidir : Dünya pazarlarındaki gelişmeleri göz önüne alarak sağlayıcılardan imkansızı yapmaları istenmelidir. Bu da iyi firmalarla çalışma gereğinin bir başka nedenidir (DÜREN, 2000, s. 80). Çünkü hizmet sağlayıcınız hayatını kazanmak için mükemmellik yaratmaktadır (CORBETT, 2004 a, s. 8).

5. Hizmet Sağlayıcılara Finansal Güçlerini Korumak İçin Destek Verilmelidir: Hizmet sağlayıcının iyi hizmet vermesi ileri teknolojiye yatırım yapmasına bağlıdır. Organizasyonun hizmet sağlayıcının bu yatırımlarına destek vermesi, aynı zamanda kendi alacağı hizmetin kalitesini de yükseltecektir (DÜREN, 2000, s. 80).

6. Hizmet Sağlayıcının Kültürel Çizgisi Organizasyonla Aynı Olmalıdır : Bir organizasyon iniş çıkışsız bir performans seviyesini başarması için partneriyle ortak bir organizasyon kültürü olmalıdır. Partnerinin sunduğu stratejiler ve metotlar, bunların harekete geçirilmesi durumunda organizasyonun vizyonunu, değerlerini ve misyonunu aksettirmesi gerekir. Bir başka deyişle hizmet sağlayıcının organizasyonun düşündüğü şekilde düşünebildiğini göstermesi gereklidir. Her iki organizasyon kültürel olarak iyi uyumlaşırsa asıl ortaklık ve işbirliği bunu doğal olarak takip edecektir (LANSER, 2003, s.52).

7. Taşeron Kavramı Aşılmalıdır : Sağlayıcı, taşeron firma olarak görülmemeli, dış ortak anlayışı tercih edilmeli, karşılıklı güven ve bağımlılık vurgulanmalıdır. Bu hizmet sağlayıcıyı organizasyona bağlayıcı bir yaklaşım olacaktır (DÜREN, 2000, s. 80). Dış kaynak kullanmaya başladıktan sonra hizmet sağlayıcı kuruluşunuzun bir parçası haline gelmiştir. Onlara bu düşüncüyü göz önünde bulundurarak davranılmalıdır (CORBETT, 2004 a, s.8). Organizasyon bünyesine dış kaynak kullanılan hizmeti entegre etmek için sağlayıcıyla birlikte çalışılmalıdır. Veri sonuçlarının nasıl kullanacağı, uygulanabilir hedeflerde nasıl mutabakat varılacağı potansiyel partnerlere sorulmalıdır. Bilgi bir organizasyona ya da diğer organizasyona saklanmamalı, paylaşılmalıdır. Yönetici personelden hekimlere her iki organizasyondaki geniş unsurlara karşı oluşturulan güven üretimdeki büyük işbirliğidir. Bu seviyedeki güvenle her iki organizasyondaki çalışanlar

ortak hedefler için ortak bir çerçevede çalıştıklarını hissedeceklerdir (LANSER, 2003, s.52).

8. *Hizmet Sağlayıcıyla Sıkı İletişim Kurulmalıdır* : Dış kaynak kullanımı çalışanları korkutabilir. Doğru ve dürüst iletişimle bu söylentiler aşılmalıdır.

9. *Problemler ve Kazancı Artırmayı Engelleyen Şeyler İçin Dış Kaynak Kullanılmalıdır* (CORBETT, 2004 a, s.8).

14. Dış Kaynak Kullanımının Nedenleri

Coopers ve Lybrand'ın gerçekleştirdiği bir ankete göre, dış kaynak kullanımının en önemli nedenleri; dışarıdan gelenlerin daha etkin olması, kendi ürünleriniz ve hizmetleriniz üzerinde yoğunlaşabilme ve maliyetleri azaltmaktır. Bunların üçü de işin verimsiz ve maliyet yaratan bölümlerinden kurtulmak için iyi nedenlerdir. Bu yöneticilerin, işin gerçekten yaptıkları kısmı üstünde yoğunlaşabilecekleri anlamına gelmektedir (JOHNSON, 1996, s. 42).

Dış kaynak kullanımının paradan tasarruf sağladığı bir gerçek olmakla beraber dış kaynak kullanımında tek neden bu değildir. Dış kaynak kullanımının uzun vadede sağladığı bir çok fayda daha vardır. Bu nedenler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

140. Maliyetleri Kontrol Etme

Maliyetleri azaltmak, dış kaynak kullanımının tek nedeni olmamakla birlikte en önemli nedenlerinden biridir (CAPITAL, 2004 a, s. 18). Dış kaynak kullanımının sağladığı bir çok maliyet avantajı vardır. Bunlar sermaye maliyetleri, işgücü maliyetleri ve sabit maliyetlerle ilgilidir.

Dış kaynak kullanımının bir çok yazarın birleştiği temel nedenlerinden biri sabit maliyetleri işin boyutlarıyla ilgili orantılı değişken maliyetlere çevirmesidir (BİLGİN, www.eee.metu.edu.tr/~bilgen, 2006). Dış kaynak kullanımında yeni bir yatırım yaparak belli bir maliyete katlanmak yerine, gerçekleştirilmek istenilen faaliyet hizmet sağlayıcıya yaptırılarak maliyetler açısından önemli bir avantaj sağlanmaktadır (GÖKDERE, 2000, s.45). Sermayeyi başka bir yerde yatırmaya olanak sağlaması, işin başlangıcında büyük masraflara girmeye engel olmaktadır. Ayrıca, sermayeyi doğrudan gelir getiren faaliyetlere

yönlendirmek dış kaynak kullanan işletmeyi yatırımcılara daha cazibeli gösterir (CAPITAL, 2004, s. 18).

Günümüzde hastane işletmeleri için hastalara tanı ve teşhis konulmasında çok önemli bir yere sahip olan görüntüleme hizmetleri (CT, MRI vb.) hekim ve hastalar tarafından yoğun bir şekilde talep edilmektedir. Küçük ve orta boy bir hastane için çok büyük sermaye yatırımı anlamına gelen bu teknolojilere sahip olmadan ulaşabilmede dış kaynak kullanımının faydalı bir strateji olduğu söylenebilir (İŞÇİ-ARTAN, 2005, s.254).

Hizmet sağlayıcıların ölçek, uzmanlık, tecrübe gibi avantajları da onları cazip kılmaktadır (GÖKDERE, 2000, s.45). Hizmet sağlayıcılar müşterilerinin herhangi birinin tek başına sahip olduğundan çok daha büyük bir ölçeğe sahiptirler. Örneğin, birden çok işletmenin yardım masası operasyonlarının birleştirilmesi ile bir çok işletmenin sunucularını merkezi bir operasyon merkezinde barındırıp, yönetmek ile yine hem alan hem de insan kaynağını daha verimli kullanmak mümkün olmaktadır. Bu sebeple hem satın alma hem de işletim maliyetleri düşük olmaktadır (MERSİN, 2005 a, s.56).

Kısa vadeli ve tali projelerde personel istihdamı ve eğitimi çok pahalı olabilir ve geçici olarak istihdam edilen personel de her zaman beklentileri karşılamayabilir. Dış kaynak kullanımı sayesinde işletmeler kadro genişletmenin yarattığı maddi manevi masraflardan kurtulmaktadır. Hizmet sağlayıcı firmalara devredilen işler için harcanan emek, zaman ve para azalmakta, organizasyon bu tasarrufu kendi esas faaliyetini iyileştirmeye yöneltebilmektedir (DÜREN, 1999, s.81). Böylece insan kaynaklarını en iyi ihtiyaç duyulan yere odaklamaya imkan tanımaktadır (CAPITAL, 2004 a, s. 19).

Dışarıdaki şirketler, verimi artırmak için gerekli zor işleri yapmaya istekli hatta heveslidirler ve daha etkindirler. Çünkü hizmet işlerinin ve hizmet işçilerinin verimini artırmak onlara finansal yararlar getirmektedir. Bu finansal yararları elde etmek için yeni yöntemler bulmaya hatta büyük sermaye yatırımlarına gitmeye hazırdırlar. Oysa hizmetleri dışarıdan satın alan hiçbir kuruluş, bunları yapamayacaktır. Sonuçta hizmet işlerinin, beden işleri ve fatura çıkartmak gibi büro işleri, dışarıda ki şirketlere verilmesi verimliliği artıracaktır. Örneğin, ABD’de bakım firmasının bakımını üstlendiği hastanelerde, yatak toplamak için gereken zamanın üçte iki oranında azaltılması ve benzeri uygulamalar

sayesinde verim son 15 yılda üç katına çıkmıştır. Bakım, destek ve büro işleri gibi hizmet işleri ise hastane maliyetlerinin yarısını oluşturmaktadır (DRUCKER, 1993, ss. 138-140).

Her şeyi kendi yapan organizasyonların daha fazla araştırma, geliştirme, pazarlama ve dağıtım masrafı olacaktır ve bu maliyetlerin hepsi de bir şekilde müşterilere yansıtılacaktır. Dış kaynak sağlayan bir firmanın maliyet yapısı ve ekonomik yeterliliği, organizasyonunuza önemli bir rekabet avantajı sağlayabilir (CAPITAL, 2004 a, s. 19).

Piyasalardaki ani dalgalanmalar ve talepteki değişimlerle başa çıkabilmek için kuruluşlar farklı durumlarda maliyetlerini nasıl değişeceğini bilmek isterler. Bir çok kuruluş hem bilgi eksikliği hem de tecrübe eksikliği nedeni ile maliyetlerini belirleme ve ileriye yönelik değişimi tahmin etmede zorlanmaktadır. Öte yandan hizmet sağlayıcı firma alanında uzmanlaşmış, deneyim sahibi olmuş olduğundan risklerini ve maliyetlerini daha iyi yönetebilmektedir. Stratejik dış kaynak kullanımı ve yeni elektronik iletişim, modelleme ve izleme tekniklerini kullanarak kuruluşlar yaratıcılık döngülerini ve maliyetlerini % 60-90 oranında düşürürken bir yandan da yatırımlarını ve risklerini aynı oranlarda azaltmaktadır (QUIN, 2005, s.46).

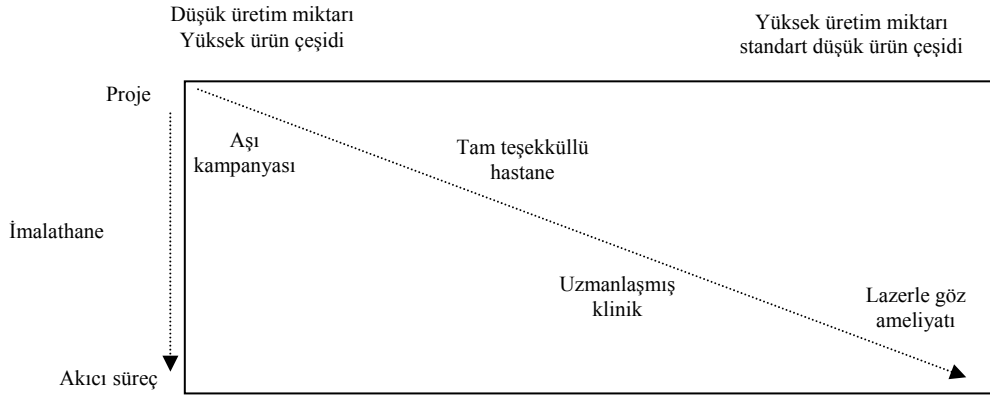
Dış kaynak kullanımı maliyetlerin düşürülmesi için önemli olmakla birlikte maliyetlerin kısa sürede düşürülmesi kolay değildir. Hizmet sağlayıcılar gerekli deneyim ve süreç bilgisine sahiptir ancak birer sihirbaz değildirler. Dış kaynak kullananların uzun yıllardır uğraştığı benzer sorunlarla karşılaşabilirler (PASCOE, 2004, s.21).

141. Temel Yeteneklere (Ana İşe) Odaklanma

Her işin sınırlı kaynağı, her yöneticinin ise sınırlı vakti ve dikkati vardır. Dış kaynak kullanımı, işte odaklanılan noktaları, tali faaliyetlerden, müşteriye yönelik faaliyetlere doğru yöneltmeye yardımcı olabileceği gibi yöneticilerin de kendi önceliklerini daha net bir şekilde düzenlemelerine yardımcı olacaktır (CAPITAL, 2004 a, s. 19).

Temel yetenekler, işletmelere önemli bir rekabet avantajı sağlayarak, pazarda tekeli konuma gelmelerine ve yeni pazarlara girmelerine olanak tanır (GÖKDERE, 2000, s. 46). İşletmeler dış kaynak kullanarak sahip olduğu tüm olanak ve kaynakları belli bir noktaya konsantre ederek uzmanlaşabilir. Konusunda ülkenin ya da dünyanın en iyi işletmesi olabilirler.

Şekil : 1’de sağlık sektöründen verilen örnekte tek bir etkinliğe odaklanan bir klinikle, çok amaçlı bir hastane karşılaştırılmaktadır. Çok amaçlı sağlık görevlileri tarafından gerçekleştirilen bir aşı kampanyasında her projenin sonunda ortaya tek bir ürün çıkmaktadır. Tam teşekküllü bir hastane ise değişik bölümleriyle kalp hastalarından trafik kazası vakalarına kadar çok değişik çeşitli ihtiyaçları karşılamak üzere kurulmuştur. Özellikle acil serviste çabuk cevap verme yeteneği çok önemlidir. Diğer tarafta yalnızca tek bir etkinliğe odaklanan yalnızca lazerle miyoplüğün düzeltilmesi işlemi için kurulmuş klinik vardır. Özet olarak ürün-süreç matrisinde diyagonalden sapmak ya maliyetlerin yükselmesi ya da esnekliğin kaybedilmesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır .



Şekil :1

Ürün Süreç Matrisi

Kaynak : YÜCESAN, 2006 b, s.18.

142. Teknolojik Yenilikleri Takip Etme

Dış kaynak kullanımının önemli nedenlerinden birini de işletmelerin kendi temel yeteneklerini daha etkin kullanabilecekleri yeni teknolojiler sağlama, yeni bilgilere ulaşma olarak ele almak gerekir. Yeni ürün geliştirme, tasarım, imalat, dağıtım, pazarlama, tanıtım gibi fonksiyonların dış kaynak kullanımına tabi tutulmasıyla, bu konularda işletme yeni teknolojilere ulaşma olanağına kavuşacaktır (KOÇEL, 2005, ss. 390-391).

Özellikle hastaneler gibi ileri teknoloji kullanan işletmeler rekabet gücünü sürdürebilmek amacıyla geri kalmış teknolojisini hızla yenilemek zorundadır. Kullandığı

teknolojiyi sürekli olarak yenileyebilen hastanelerin rakiplerine göre daha avantajlı konuma geleceği düşünülmektedir (İŞÇİ-ARTAN, 2005, s.253).

İşletmelerin dış kaynaklar vasıtasıyla yeni teknolojiler sağlaması bu önemli konunun hizmet sağlayıcı firma ile yapılan sözleşmede yer almasıyla mümkündür. İşletmelerin dış kaynaklar vasıtasıyla teknolojiyi takip edebilmelerini mümkün kılan üç seçenek bulunmaktadır.

Birinci seçenek, işletme hizmet sağlayıcı firma ile hizmet sağlayıcı firmanın yöneteceği, geliştireceği ve uygulayacağı yeni teknolojileri içeren spesifik bir sözleşme yapabilir. İkinci seçenek, işletme yeni teknolojiyi kendisi yönetirken ve geliştirirken hizmet sağlayıcı firmanın uzmanlığından yararlanır. Üçüncü seçenekte ise işletme hizmet sağlayıcı firma ile ortaklığa dayalı bir ilişkiye girebilir. Ve sözleşmeye yeni teknolojilerin geliştirilmesi sonucundaki risklerin ve ödüllerin paylaşılması yönünde şart koyabilir (ARSLANTAŞ, 1999, ss.19-20).

143. Riskleri Azaltma

Her iş yatırımı, belirli miktarda bir risk taşır. Pazarlar, rekabet, hükümet tüzükleri, finansal koşullar ve teknolojilerin hepsi büyük bir hızla değişmektedir. Hizmet sağlayıcıları bu riskleri işletme için üstlenir, yönetirler ve genelde kendi uzmanlık alanlarında bu risklerle nasıl başa çıkacaklarına daha iyi karar verirler (CAPITAL, 2004 a, ss. 19-20). Bu nedenle, hizmet sağlayıcı firmalarla çalışmak yatırım maliyetleri ve kriz dönemleri ile ilgili riskleri dağıtmakta işletmeyi daha esnek hale getirerek, çevrenin değişen koşullarına uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır.

144. Kaynak Dağıtımını Düzenleme

Her işletmenin sınırlı kaynakları vardır. Dolayısıyla, işletmeler bu sınırlı kaynakları en iyi şekilde değerlendirmek isterler. Dış kaynak kullanımı, işletmelere kaynaklarından optimum şekilde yararlanma fırsatı tanır. Böylece işletmeler kaynaklarını önem taşımayan fonksiyonlardan müşteriye hizmet verebilecek kritik fonksiyonlara yönlendirme olanağına kavuşmuş olur. İşletme kaynaklarını kendisine değer yaratan fonksiyonlara yönlendirirken tamamen müşteri üzerinde odaklaşma fırsatı bulmuş olur (ARSLANTAŞ, 1999, s.24).

145. İlave Kaynak Sağlama

İşletme, temel olmayan fonksiyonlarını gerçekleştirirken kullandığı teçhizatı, binaları, araçları, gereçleri ve izin belgesini; dış kaynak kullanımında hizmet sağlayıcı işletmeye satabilir. İşletmesini tasfiye eder ve sözleşmenin bir parçası olarak tesislerini genellikle hizmet sağlayıcı firmaya satar (KARAYILMAZLAR, 1995, s.24). Kaynaklarının hizmet sağlayıcı işletmeye transfer edilmesi ya da satılması sonucunda işletmeler nakit paraya kavuşmaktadır. Aktiflerin içerdiği değerler göz önünde bulunduğu bu satış işletme için önem teşkil etmektedir. Dış kaynak kullanımı işletmenin böyle bir durumu göz önüne alması hizmet sağlayıcı firma ile uzun süreli bir beraberliği düşünmesi anlamına da gelmektedir (ARSLANTAŞ, 1999, s.23).

Ayrıca dış kaynak kullanımı yoluyla bazı hizmetlerin dışarıdan alınması dışarıya yeni hizmetlerin satışına da olanak sağlar. Bu durumla ilgili olarak DuPont ve İngiltere Gelirler İdaresinin arasındaki hizmet alım sözleşmeleri örnek gösterilebilir. Bu iki kuruluş sözleşmelerine hizmet sağlayıcının alıcının alt yapısını kullanarak üçüncü kuruluşlara da hizmet sağlayacağı koşulunu koymuşlardır (BİLGİN, www.eee.metu.edu.tr/~bilgen/, 2006).

146. Kaliteyi Artırma

Bir çok işletme dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarını, toplam kalite yönetimi tekniklerinden biri olarak kullanmaktadır. İşletmeler, seçilmiş bir hizmet sağlayıcı firma ile dış kaynak kullanarak herhangi bir fonksiyon için istediği kalite seviyesine ulaşabilir. Dış kaynak kullanım uygulamalarının kalite sistemi olarak başarılı olabilmesi ancak işletmenin temel yetenekleri dışındaki faaliyetlerini kendisinden daha kaliteli yapacak hizmet sağlayıcı firmaların bulunması ile mümkündür. Bunun için hizmet sağlayıcı firmaların yaptıkları işte uzman olmaları ve işletmenin ihtiyaçlarını karşılayacak bir prosese sahip olmaları gerekmektedir (ARSLANTAŞ, 1999, s.25).

147. Yeni Projelerin Süratle Uygulanmasını Sağlama

Dış kaynakları iyi kullanan bir organizasyonun bir projeye hemen başlayacak kaynağı bulunur. Aynı projeyi kendi içinde yapmaya kalkışmak amacıyla doğru insanları bulmak, onları eğitmek ve ihtiyaç duydukları desteği sağlamak haftalar bazen aylar

alabilir. Üstelik bir proje, büyük bir sermaye yatırımı gerektiriyorsa örneğin, bir dizi dağıtım merkezi kurmak gibi, bu başlangıç süresi daha da uzun olabilir (CAPITAL, 2004 a, s. 19).

Özellikle müşteri hizmetleri alanında servis hızı önem kazanan bir kriter haline gelmektedir. Dış kaynak kullananların konularında uzmanlaşmış hizmet sağlayıcılardan hizmet sağlamaları durumunda önemli ölçüde hız kazanılmaktadır (ÖZBAY, 2004, s.16).

148. Küçülme ve Esnekliği Artırma

Günümüzde işletmelerin değişen koşullara hemen cevap verebilecek esnekliğe kavuşmaları gerekmektedir. İşletmelerin katılık eğiliminden kurtularak hareket kabiliyetinin yüksek esnek birimler haline gelmelerini sağlayan gelişmelerden biri de, dış kaynak kullanımı olmuştur. İşletmelerin, dış kaynak kullanımı faaliyetlerini artırmaları, işletme yapılarını küçülmesini ve yalın hale gelmesini sağlamaktadır. Küçülmenin sonucu olarak işletmeler, daha çok karar alabilen, çevredeki değişimlere hemen reaksiyon verebilen, müşterinin ihtiyaçlarını daha çabuk gerçekleştirebilen esnek birimler haline geleceklerdir (ASLANTAŞ, 1999, s.21).

149. Kurumsal İmajı Güçlendirme

Bir kuruluşun başarısını tespit ederken büyüklük her zaman için birincil faktör olmuştur. İnsan ve mali kaynaklar açısından daha büyük kuruluşlar her zaman en fazla fizik, makine ve daha fazla pazar gücüne sahip olmuştur. Büyük kuruluşlar kaynakları her zaman bir problem veya olanakla ilgili kullanırlar. Büyüklük güç demektir. Bu genel düşünce uygun dış kaynak kullanımı olanakları mevcut olduğu için artık geçerli değildir. Daha küçük kuruluşlar birinci sınıf sağlayıcılara erişebilir ve bu ilişkileri paylaşabilirlerse olduklarından büyük görülürler (CORBETT, 2003 c, ss.40-41).

Bir çok küçük işletmenin gücü, daha büyük kuruluşların kendi içlerinde yürüttüğü destek hizmetlerini vermeye yetmeyebilir. Dış kaynak kullanımı küçük işletmelere büyük işletmelerin sahip olduğu ekonomik yeterlilik, verimlilik ve deneyimin aynısına sahip olarak kendilerinin de “büyük” bir kuruluşmuş gibi davranmalarına yardımcı olabilir (CAPITAL, 2004 a, s. 19). İşten ayrılma, hastalık, izin gibi kaynak sürekliliğini tehdit eden durumlarla mücadele edebilmek ve beklenmedik durumlar için önlemler geliştirmek bir

hizmet sağlayıcının fazla ek kaynak gerektirmeden yönetebileceği konulardır (MERSİN, 2005 a, s.57).

Modern kuruluşlarda kilit nokta pazara büyük kuruluşların yapacağı etkiyi yapmak için ortakların yeteneklerini paylaşmaktır. Bu ilke küçük çaplı kuruluşların daha büyük görünmesini sağlar ve ayrıca büyük çaplı kuruluşların küçülmesini ve pazarda aynı veya daha büyük etkiye sahip olmasını sağlar. Dış kaynak kullanımı ve teknoloji küçük çaplı kuruluşlara kendilerinden kat kat büyük kuruluşlarla aynı mevkide rekabet etme şansı verir (CORBETT, 2003 c, s.41).

15. Dış Kaynak Kullanımında Yaşanan Sorunlar

Dış kaynak kullanımının faydaları olduğu kadar, bazı dezavantajları da söz konusu olabilmektedir. Özellikle hizmet sağlayıcıyla uyumlu bir organizasyon kültürünün oluşturulamadığı, dış kaynak kullananın dış kaynak kullanımı kararını hatalı verdiği, organizasyon için önem arz eden bilgilerin rakiplerin eline geçtiği, dış kaynak kullanım kararının zaman aldığı ve yetişmiş insan gücünü kaybedildiği durumlarda çeşitli dezavantajlar ortaya çıkmaktadır.

1. Dış Kaynak Kullanımı Kararının Hatalı Verilmesi : Dış kaynak kullanımı hem hizmet alanı, hem de hizmet sağlayıcı firmayı mali ve yönetsel alanlarda çeşitli sıkıntılara sürükleyebilmektedirler. Dolayısıyla çeşitli kaynakları kullanma kararları organizasyonun hedefleri dikkate alınarak, edinilen tecrübeler ve gerçekçi planlamalar doğrultusunda alınmalıdır (KARACAOĞLU, 2001, s.31). Dış kaynak kullanım kararı çarpıtılmış başarı hikayelerinden, basın yayın organlarındaki reklamlarından etkilenecek verilmemelidir (CORBETT, 2006, s.51).

2. Uyumlu Birlikteliğin Sağlanamaması : Dış kaynak kullanan ile hizmet sağlayıcı arasında çıkabilecek sorunlara ortak bir yaklaşım benimseyebilmedir. Aksi halde dış kaynak kullanım başarısız bir stratejiye dönüşecektir (KARACAOĞLU, 2001, s.30).

3. Dış Kaynak Kullanımının Zamanında Uygulanmaması : Bazı hizmet sağlayıcıların çok farklı yönetim kültürleri ve yöntemleri bulunabilmektedirler. Bu durum dış kaynak kullanımında zaman kaybına neden olabilmektedir. Bunu sonucunda dış kaynak kullanımından beklenen performans elde edilememektedir (KARACAOĞLU, 2001, s.32).

4. *Gizli Bilgilerin Rakiplere Sızdırılması* : Dış kaynak kullananın belirlemiş olduğu stratejinin ve iş planlarını hizmet sağlayıcı tarafından bilinmesi, hizmet sağlayıcı firmanın gizlilik arz eden bilgileri öğrenebilmesine bir anlaşmazlık ortaya çıkması durumunda bu bilgiler dış kaynak kullanan kuruluşa karşı bir koz olarak kullanılabilmesine (KARACAOĞLU, 2001, s.30) hatta üretilen çözümlerin rakiplere satılabilmesine (QUIN, 2005, s.45) olanak tanımaktadır.

Sağlık endüstrisinde hasta bilgileri ve verileri, hasta raporları, yasal zorunluluklardan ve hasta haklarından dolayı büyük bir dikkatle ele alınmak durumundadır. Hasta verileri kağıt üzerinde ya da dijital olarak korunmak zorundadır. Gelecekte daha çok veri sağlık bilgi sistemlerine kaydedilecektir (HEINZL, 2001, s.6). Dolayısıyla hastane işletmeleri bu endişelerle dış kaynak kullanmama eğiliminde olabilir.

5. *Kamuoyu Desteğini Yitirmek* : Büyük işletmelerin dış kaynak kullanımı uygulamasıyla çok sayıda çalışmanı işten çıkartması ve bunun yerel halk üzerindeki sosyolojik etkileri işletmenin kamu oyu önündeki saygınlığı ve güveni kaybetmesine yol açabilir (CORBETT, 2006, s.51).

6. *Nitelikli Personelin Kaybedilmesi* : Dış kaynak kullanımı nitelikli işgücünün kaybedilmesi gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Çalışanların başka birimlerde ya da hizmet sağlayıcı firmada görevlendirilmesi sonucunda, nitelikli personel çalıştığı kuruluşa geri dönmek istemeyebilmekte, bu durum diğer çalışanların örgütsel bağlılığı üzerinde olumsuz etki yapabilmektedir (KARACAOĞLU, 2001, s.32). Çalışanların morali ya da bölümler arasındaki işbirliğini üzerindeki etkisi nedeniyle, çalışanlar arasında çok istenen bir yöntem olmayan dış kaynak kullanımı konusundaki bu engeller dış kaynak kullanım sürecinin gerektiği gibi yönetilmesi ile aşılabılır (PASCOE, 2004, s.22).

7. *Dış Kaynağa Aşırı Bağlılık* : Kritik bilgilerin hizmet sağlayıcıda kalması hizmet sağlayıcıya aşırı bağlılığa sebep olabilir (QUIN, 2005, s.45). Uzun vadeli olarak bir hizmet sağlayıcıya bağlı kalmak alternatifleri yeterince değerlendirememeye, fiyat pazarlığında güç kaybetme gibi endişeleri beraberinde getirmektedir (MERSİN, 2005 a, s.57).

8. *Hizmet Sağlayıcı İşletmenin İş Durumundaki Değişmeler* : Hizmet sağlayıcı işletmenin işlerinin bozulması ve bunun dış kaynak kullanımı ilişkisini etkilemesi bir risktir. Hizmet sağlayıcı finansal bir riske girebilir, teknolojisini yenileyemeyebilir, stratejik yapısında geçirdiği değişiklik sonucu farklı hizmet türlerine yönelmek zorunda kalabilir. Bu durum dış kaynak kullanımı anlaşmasına konulan, fesih veya devredilen fonksiyonu geri çekmek gibi, ön koşullarla önlenabilir.

9. *Hizmet Sağlayıcı İşletmenin Başarısızlığının Hizmet Alan İşletmeye Mal Edilmesi* Özellikle dış kaynak kullanımı sonucunda çekirdek fonksiyonlarda görülen başarısızlık durumunda projeyi destekleyen yöneticiler işlerini kaybedebilir (CORBETT, 2006, ss.51-52).

16. Dış Kaynak Kullanımının Biçimleri

Dış kaynak kullanımının, bir çok biçimi olmakla beraber, üç ana kategoriye ayrılabilir. Dış kaynak kullanım sözleşmesinin bir ucunda iş sözleşmesi (labor contracting) ya da harici görevlendirme (outtasking), diğer ucunda ise tam dış kaynak kullanımı (complete outsourcing) bulunmaktadır. İki ucun arasında ise karma dış kaynak kullanımı (mixed outsourcing) vardır.

Genel anlamda dış kaynak kullanımı; yönetim becerileri, çalışanlar, teknoloji, sistemler, prosedürler, materyaller, ekipman ve fiziksel olanakların bir kombinasyonunu içeren hizmet karışımıdır..

İş sözleşmesinde ev sahibi organizasyon, hizmet sağlayıcı tarafından sağlanan işçilerin bazısı ya da tümü dışında tüm elementleri sağlar. Dış kaynak kullanımının diğer tarafında, hizmet sağlayıcının hüner gerektiren tüm elementleri sağlaması ve kullanıcının yalnızca program yöneticisi olarak bir bağlantı sağlaması söz konusudur. Bu durumda hizmet sağlayıcı çeşitli hizmetler için tam sorumluluğa sahiptir. İki uç arasında hem kullanıcı, hem de mütahit, hizmet karmasının çoklu bileşenlerini sağlar. Örneğin, bina bakımında, mütahit, insan, yönetim, ve teknoloji sağlarken, ev sahibi organizasyon bina, ekipman ve bazı kaynakları sağlayabilir. Bu durum karma dış kaynak kullanımı olarak adlandırılmaktadır.

Tablo : 2' de iş sözleşmesi, karma dış kaynak kullanımı ve tam dış kaynak kullanımı arasındaki ilişki hizmet sağlayıcının sorumluluk seviyesi gösterilmiştir. (ALLEN-CHANDRASHEKAR, 2000, s, 26).

Tablo : 2

Dış Kaynak Kullanım Biçimine Göre Hizmet Sağlayıcının Sorumluluk Seviyesi

	İş Sözleşmesi (Labor Contacting)	Karma Dış Kaynak Kullanımı (Mixed Outsourcing)	Tam Dış Kaynak Kullanımı (Complete Outsourcing)
Hizmet Sağlayıcı Sağlar	<ul style="list-style-type: none"> - Bazı çalışanlar 	<p>Aşağıdakilerin Bazısı Ya da Tümü</p> <ul style="list-style-type: none"> - Çalışanlar - Süreç ve sistemler - Teknoloji ve ekipman - Malzeme - Bina - Yönetim/denetleme: 	<ul style="list-style-type: none"> - Çalışanlar - Süreç ve sistemler - Teknoloji - ekipman - Malzeme - Bina - Denetleme
Ev Sahibi Organizasyon Sağlar	<ul style="list-style-type: none"> - Bazı çalışanlar - Süreç ve sistemler - Teknoloji - ekipman - Malzeme - Bina - Yönetim/denetleme 	<p>Aşağıdakilerin Bazısı Ya da Tümü</p> <ul style="list-style-type: none"> - Çalışanlar - Süreç ve sistemler - Teknoloji - ekipman - Malzeme - Bina - Yönetim/denetleme 	<ul style="list-style-type: none"> - Program yönetimi

Kaynak: ALLEN-CHANDRASHEKAR, 2000, s, 26.

İş sözleşmesi ve bir dereceye kadar karma dış kaynak kullanımı, çoklu işgücünün entegrasyonu nedeniyle daha iddialıdır. Hizmet sağlayıcı hizmet karmasının çeşitli elementlerini sağladığından bireysel kaynakları izleme ve kontrol etme gibi idari meseleler kompleksliği artırır. Hizmetlerde dış kaynak kullanıldığı zaman, karma bir iş gücünün yönetimi yalnız tek başına komplekslik elementi değildir. Hizmetlere karşılık, mal satın alındığı zaman hizmet sağlayıcının kalite performansını değerlendirmek ve beklentileri konuşmak daha az subjektiftir.

Tablo : 3 hizmet ve imalat dış kaynak kullanımı arasındaki bazı farklılıkları tarif etmektedir (ALLEN-CHANDRASHEKAR, 2000, ss. 26-27).

Tablo : 3

Hizmet ve İmalat Dış Kaynak Kullanımı Arasındaki Farklar

Faktör	İmalat	Hizmet
Beklentilerin Tanımlanması	Açık ifade edilmiş. Mühendislik çizimleri ve standartları ile tarif edilmiş.	Genellikle kesin olmayan çoğu beklentilerle ilgili geniş tanımlamalar.
Kalite	Ölçülebilir ve objektif kriterlere dikkat çeker.	Bazısı objektif ve çoğu subjektif algı temelli kriter
Kontak noktaları	Birkaç. İletişim proje yöneticileri ya da satın almada olduğu gibi birkaç insan tarafından yönlendirilir.	Çok. Hizmet üreticisi çoğunlukla program yöneticileri gibi son kullanıcılara direkt etkileşir.
Ev sahibi organizasyondan fiziksel ayrılma ve mütahit binaları	Uluslar arası olsa bile ev sahibi organizasyondan ayrılma normaldir. Bunu maliyetleri kontrol etmek için herhangi bir mütahidin kullanımı izler.	Çoğu hizmetler ev sahibi organizasyonun yerinde üretildiği ve depolanamadığı ve envanter kaydedilemediği için ayrılma zordur.
Tahmini talep	Son müşteri talebi için tahminlerin doğruluğuna bağlı	Her ikisi de dinamik olan dahili öncelikler ve harici taleplere bağlı
İş hacmi/maliyet tespiti	İş tatmini tüketilen birimlerin sayısının bir fonksiyonudur. Bu nedenle maliyetleri tanımlamak kolaydır.	İş memnuniyeti durumu hesap verilme, izlenilme ihtiyaçları yüzünden spesifikdir.

Tablo : 3 Devam

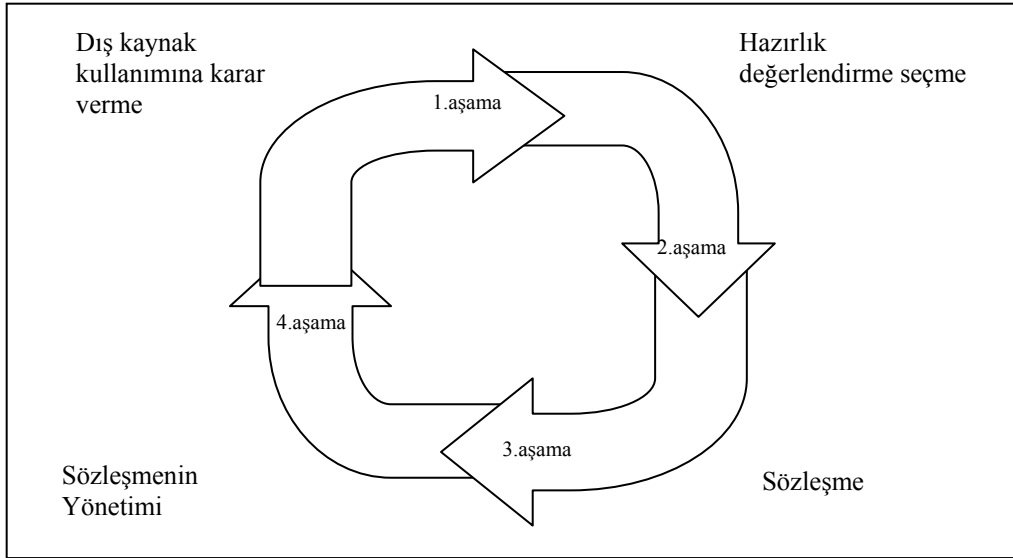
Faktör	İmalat	Hizmet
Bilgi /Veri güvenliği	Bilme ihtiyacı temelinde öğrenme enformasyon mütahitle paylaşılabilir.	Mütahit işçileri çeşitli hizmetler süresince enformasyon güvenliğini açığa vurabilir.
Problem Çözümü	Açık bir sorumlulukla formal prosedürler kolayca tayin edilebilir.	Tanımsız belirsiz beklentiler ya da personeller arasında sorunlar yüzünden problemler sıklıkla olduğu için bir süreci yaratmak zordur. Problem çözümü daha çok esneklik gerektirir.
Mütahitler Arasında Değişim	Üretimde etkisi dikkate alınmaksızın mütahitlerin değişimi planlama ile genellikle mümkündür. Değişim sürecince envanter sürdürülebilir.	Yeni Sözleşmeli İşçiler başlatıldığı ve hizmetler stoklanamadığı için kesinti sıklıkla kaçınılmazdır.

Kaynak: ALLEN-CHANDRASHEKAR, 2000, s.27.

Tablo : 3'te de görüldüğü gibi hizmetler için dış kaynak kullanmak, imalat dış kaynak kullanımına göre bir çok faktör açısından daha zordur.

17. Dış Kaynak Kullanım Süreci

Dış kaynak kullanımı uygulamalarını bir süreç olarak görmek mümkündür. Dış kaynak kullanımı belli bir başlangıç noktası olan değişik faaliyetlerin gerçekleştirildiği ve sonunda bir tercihin yapıldığı bir süreçtir (ASLANTAŞ, 2005, s.41). Bu sürecin aşamaları dış kaynak kullanılacak alanlara karar verme, hizmet sağlayıcıyı seçme, dış kaynak kullanım sözleşmesi yapma ve sözleşmeyi yönetme olmak üzere dört aşamada incelenebilir (MARGILIÇ, 2006, s. 40).



Şekil : 2

Dış Kaynak Kullanım Süreci

Kaynak : MARGILIÇ, 2006, s. 40.

(L.Stone, Gartner Group, Outsourcing and IT Services Summit 2003'den alınmıştır)

170. Dış Kaynak Kullanılacak Alanların Belirlenmesi

Quin, artan önem sırasına göre dışarıya verilecek işler şöyle sıralamaktadır (QUIN, 2005, s.45):

1. Geleneksel fonksiyonel hizmet departmanlarının tümü ya da bu departmanların yaptığı işlerin bir bölümü (bilişim, muhasebe, personel, vb).

2. Tamamlayıcı, bütünleştirici, dağınık yapılan ya da birden fazla bölümde birbirinin tekrarı olarak yapılan işleri kontrol edecek, organize edecek fonksiyonlar.

3. Dış kaynakların daha fazla deneyim ve bilgi birikimine sahip olduğu özel uzmanlık, yetenek gerektiren ve bunların kullanımı ile yaratıcılığın artacağı disiplinler, sistemler, alt sistemler.

Dış kaynak kullanımı için uygun alanların seçilmesi karmaşık bir sorundur. Karar bazen bellidir, kimi zamansa ekonomik ve toplumsal hareketin gerekçeleriyle sınırlı ve sürekli örgüt kültürünün etkisi altındadır. Yönetici işaretlenmemiş bir aday listesiyle

karşılaştığında en iyi öneri tasarlanan amaçtan yola çıkmaktır. Sorumluluk alanınızdaki iş birimlerinin ve iş etkinliklerinin arzu edilen son durumu nedir?

Dış kaynak kullanımı hizmetlerini alan bazı taraflar için arzu edilen en son durum hakkında düşünmek demek, müşterilere en yüksek değeri sağlayan etkinliklere odaklanmak için daha fazla zaman kalması demektir. Diğer hizmet alıcılar kendi çalışanlarının başaramadığı ve kendi bünyelerinde olmayan düzeyde beceri ve uzmanlık gerektiren etkinliklerden kurtulmanın yollarını ararlar. Her durumda sorumluluk alanındaki iş etkinlikleri içerisinde en uygun adayları değerlendirirken değişiklik peşinde koşmanın amaç ve nedenleri ile organizasyonun hizmet sağlayıcılar kullanarak en yüksek değere ulaşabileceği alanlar değerlendirilmelidir. Sorumluluk alanındaki iş etkinlikleri içerisinde dış kaynak kullanımı için en uygun adayların saptanması için altı yol önerilir (CORBETT, 2004 b, ss. 12-13) :

1. Kilit Önemde Olmayan Yetkinlik Alanlarının Seçimi : Dış kaynak kullanımı için en belirgin adaylar, doğası gereği tümüyle yönetsel ya da destekleyici nitelikteki etkinlikler, yani işin kilit önemdeki etkinliklerinden en uzak olanlardır.

2. Değişim İhtiyacının En Fazla Olduğu İş Süreçlerinin Seçimi : Dış kaynak kullanımı için en uygun alanlar değişim karşısındaki direncin en zayıf olacağı ve değişim ihtiyacının en fazla olduğu alanlardır. Kurulusta çalışma biçimlerini kökten değiştirme fırsatını hoşnutlukla karşılayıp böylesi bir fırsata kapı aralayacak ve dışarıdaki sağlayıcı ile ortaklık oluşturacak elemanlar olabilir. Kendilerinin iş yükleri nedeniyle bunalmış hisseden sürekli eksik elemanla çalışan, çalışanları elde tutmayı başaramayan ve değişim odağına bel bağlamış birimler değişimi hoşnutlukla karşılarlar. Öte yandan sürekli düşük performans gösteren iş etkinlikleri daha fazla yönetsel dikkat ve değişim gerektiren alanları temsil ederler. Dış kaynak kullanımı uygun bir değişim seçeneğidir.

3. Başarı Şansı Yüksek Olan İş Süreçlerinin Seçimi : Araştırmalar sürekli olarak en çok dış kaynak kullananların ve dış kaynak kullanımı ile en fazla başarı elde edenlerin geçmişte de dış kaynak kullananlar olduğunu göstermektedir. Dış kaynak kullanımı deneyimi olan kuruluşlar ve yöneticiler yeni durumda da dış kaynak kullanımı eğiliminde olmaktadır. Dış kaynak kullanımı konusundaki erken başarılar bu aracın kullanılmasının yararı konusunda güven oluşturur. Ve aynı zamanda kuruluşa gittikçe artan düzeyde değer

katan yollarla dış kaynak kullanımı uygulamalarını olanaklı kılan süreçlerde deneyim kazandırır. Organizasyonlarda başarı şansının en yüksek olduğu alanlar çeşitlilik arz eder ve durumsal etkenlerin bir bileşimi olabilir. Çoğu kez iyi bir başlangıç yeri sınırlı ve iyi tanımlanmış bir iş etkinlikleri kümesi ve pek çok kuruluşun dış kaynak kullandığı bordro ya da uygulama geliştirme gibi değer atfetmenin kolay ve iş kapsamının oluşturulabilir olduğu bir kümedir.

4. Değişimin Yol Almakta Olduğu Bir İş Sürecinin Seçimi : Değişim, dış kaynak kullanımına gitmek için önemli bir fırsat sunar. Değişim ve değişen iş koşulları, değişim ihtiyacını zaten tanınmış ve değişim karşısındaki direncin büyük ölçüde üstesinden gelinmiş olduğu için çoğu kez dış kaynak kullanımı için büyük bir fırsat sunar. Örneğin, Egghead Software, şirket genel merkezini Washington eyaleti dışına taşıdığı zaman taşınma konusunda gönülsüz olan insan kaynaklarındaki çalışanlar pek çoğu ayrılmayı ve taşınmayı tercih ettiğinden, Egghead bu değişikliği dış kaynak kullanımını insan kaynaklarına tanıştırmak için bir fırsat olarak kullanmıştır. Yeniden biçimlendirme çabalarının yararları azalmaya yüz tuttuğunda çoğu kez yeniden biçimlendirme dış kaynak kullanımı konusundaki talep izler.

5. Kuruluşa İş Dönüşümü Yaratacak İş Süreçlerinin Seçimi : Dış kaynak kullanımı hizmet sağlayıcıların, hizmet alıcıya dönüşüm yaratmak için en yüksek itici gücü kullanabileceği alanlara dayanan, güncel bir yoldur. Yöneticiler, dünya ölçeğinde bir hizmet sağlayıcının yeni becerilerine ve süreçlerine gittikçe daha fazla ilgi göstermektedir. Bu yöneticiler daha önce örgüt içi sınırların ve kısıtlamaların engel olduğu, kendi kuruluşlarının en ileri hedeflerini de kafalarında tasarlarlar.

6. Kesintili ve Ayrılabilir İş Süreçleri Seçimi : Dış kaynak kullanımına aday alanların kuruluşun kesintili ve ayrılabilir etkinliklerini içermesi gerekir. Bunlar, organizasyon dışı bir kuruluşun kendi çalışanlarıyla sürecin üstesinden gelebileceği ve birbirleriyle bağlantılı çok fazla etkinlik içermeyen alanlardır. Örneğin, dış kaynak kullanımı için kesintili iş süreçlerine bir aday, bir hastanenin kayıt hizmetleri olabilir. Hizmet sağlayıcının işi ayrı ve kesintilidir. Bu iş zamana ve duyarlı ve önemli olabilir, ancak bir süreç olarak bağımsız bir iş etkinliğidir. Bir kuruluşun iş akışı içerisinde çıkarılması daha kolay olan etkinlikleri dış kaynaklara vermek suretiyle organizasyon sürekli müdahale gerektiren ve organizasyonun

kilit önemdeki yetkileri açısından daha merkezi önemde olan etkinliklerle çalışmaya daha fazla zaman ayırabilir.

171. Hizmet Sağlayıcı (Tedarikçi) Firmanın Seçimi

Hizmet sağlayıcı pazarındaki firmaların tümü güvenilir ve etkin olması durumunda işletmelerin tümü temel yetenekleri dışındaki tüm faaliyetlerini kararsızlık yaşamadan dış kaynak kullanımı ile temin edebilirlerdi. Ancak hizmet alanlar için bu seçim bir çok riski de beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet sağlayıcı firmanın seçimi aşaması uzun ve uğraş gerektiren aşamalardan biridir (QUIN, 2005, s.46).

Dış kaynak kullanımında hizmet sağlayıcının seçimi, faaliyetlerin istenen bir biçimde gerçekleşmesini sağlar. Alternatif işletmeler arasından en uygun olanın seçilebilmesi için öncelikle teklif formunun hazırlanması gereklidir. Hizmet sağlayıcı firmaların bu teklif formuna verecekleri cevapların dikkate alınması, referanslarının kontrol edilmesi ve yerinde ziyaret edilerek faaliyetlerinin incelenmesi sonucunda en doğru seçim yapılmış olacaktır.

Teklif formu, hizmet sağlayıcı firmaların işi aldıklarında uygulamayı düşündükleri çözüm yollarını içeren teklif formlarını sunmalarını sağlar. Teklif formu kullanılması hizmet sağlayıcı firmaların gerçekçi uygun fiyat ve koşullar sunmasına, teknolojisinin ve uzmanlığının yeterli olduğu konusunda işletmeyi bilgilendirmesine, süreç boyunca forma bağlı kalmasına yardımcı olur.

Teklif formu; genel açıklamalar, özgeçmiş, genel koşullar, beklenen servis düzeyleri, seçim metodu olmak üzere toplam beş bölümden oluşur. Genel açıklamalar bölümünde işletmenin dış kaynak kullanım amacı ve teklif formunun yazılma nedenleri yer alır. İşletmenin ihtiyaçları, gerçekleştirmek istediği faaliyetler ve çözmeye çalıştığı sorunlar açıkça belirtilir. Özgeçmiş bölümünde işletmenin misyonu, vizyonu, örgütsel yapısı, faaliyet gösterdiği sektör ve kuruluş yeri tanımlanır. Genel koşullar bölümü genellikle teklif formunun en büyük bölümünü oluşturur. Bu bölümde tedarikçi firmaların tekliflerini sunarken yerine getirmesi istenen koşullar, faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi için tedarikçi firmanın sahip olması gereken donanımlar ve standartlara uygunluğunu belirleyen donanımlar, tekliflerin değerlendirilmesinde izlenecek program ve yapılacak sözleşmenin

içeriği yer alır. Beklenen servis düzeyi bölümünde, faaliyetlerin gerçekleştirilmesi esnasında tedarikçi firmalardan beklenen hizmet tanımlanır. Seçim metodu bölümünde ise, tedarikçi firmanın seçiminde dikkat edilecek kriterler belirtilir.

Hizmet sağlayıcı firmalardan gelen tekliflerin değerlendirilme süreci hizmet sağlayıcı firmaların teklif formuna verdikleri cevaplar ile başlar. Hizmet sağlayıcı firmalardan gelen teklifler işletme, hizmetler ve fiyat olmak üzere üç başlık altında değerlendirilir. İşletme başlığı altında hizmet sağlayıcı firmanın pazardaki ünü, finansal durumu kalite programı, esnekliği, yerleşim yeri, çalışanların yeteneği, teklif formuna uygunluğu, çalışanlarının uygulamaları gibi unsurlar yer alır.

Hizmetler başlığı altında hizmet sağlayıcı firmanın anlama yeteneği, önerdiği çözüm, metodolojisi, yönetimi, teknolojisi, yürütme ve geçiş planı gibi unsurlar yer alır.

Fiyat başlığı altında hizmet sağlayıcı firmanın önerdiği fiyat, işletmenin üstlendiği risk, elde edeceği fayda gibi unsurlar yer alır. Hizmet sağlayıcı firmaların teklif formuna verdikleri cevaplar ile elde edilen bilgiler doğrultusunda her bir unsur tek tek değerlendirilerek hizmet sağlayıcı firmaların toplam puanları hesaplanır. En yüksek puanı alan alternatif hizmet sağlayıcı firmalar arasından işletmeye en uygun olanı seçilir. İşletmeler birlikte çalışacakları hizmet sağlayıcıları sağlanacak faaliyetlerin niteliğinin kendi ihtiyaçları doğrultusunda olduğuna emin olarak seçmelidirler. Sağlanacak hizmetlerde konusunda uzman olmayan ya da işletmenin ihtiyaçlarını doğru belirleyip uygun çözümler sunamayan hizmet sağlayıcı firmaların yol açabileceği zararlar, kazançlardan daha büyük olabilir. Hizmet sağlayıcı firmaların kurumsallığı, referansları, personeli, sermayesi gibi unsurlar firmanın güvenilirliğini belirleyecektir (ARSLANTAŞ, 2005, s.42;GÖKDERE, 2000, ss.70-79).

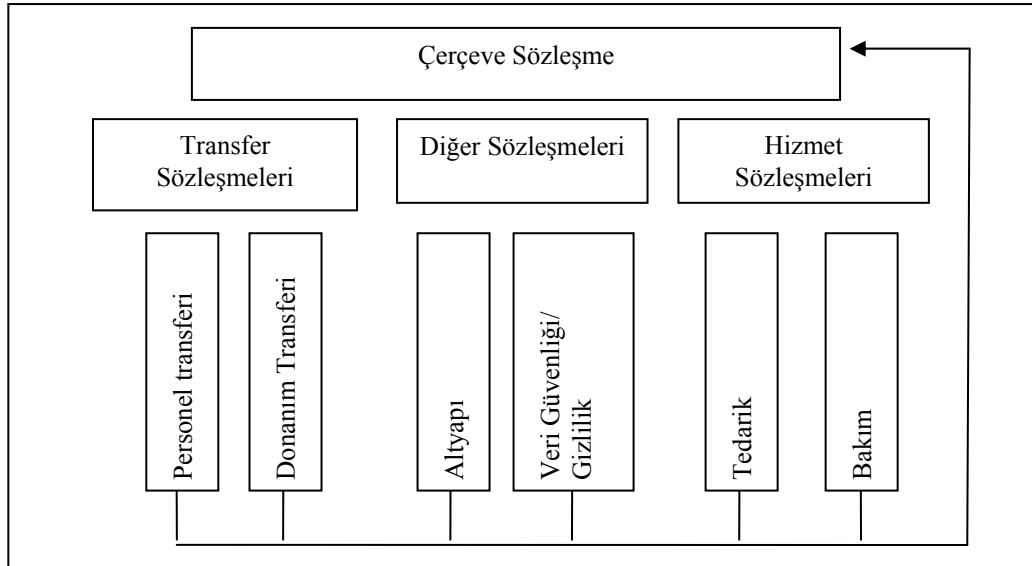
172. Dış Kaynak Kullanım Sözleşmeleri

Sözleşme, hizmet alıcı ile hizmet sağlayıcı arasındaki ilişkiyi belirleyen ve taraflarca imzalanmış belgedir (MARGILIÇ, 2005, s.42). Sözleşmeler karmaşık dış kaynak kullanımı konularında taraflar arasında güveni ve işbirliğini sağlamalıdır. Belirtilen bu uyumu sağlamak için her zaman tek bir sözleşme yeterli olmayabilir. Bu durumda çerçeve sözleşme, hizmet sözleşmeleri, transfer sözleşmeleri gibi birden fazla sözleşme türünü uygulamak gerekecektir.

1. *Çerçeve Sözleşme* : Birden fazla alt sözleşmeyi içeren sözleşmeler için kullanılan tanımlamadır. Genellikle büyük ölçekli dış kaynak kullanımı projelerinin çerçeve sözleşme ile ele alındığı görülür. Böylece yönetilmesi güç büyük ve hantal sözleşme yerine küçük ve anlamlı bölümlere ayrılmış bütünlüğü olan ve kontrol edilebilir bir sözleşme grubu ile proje ele alınır. Çerçeve sözleşme diğer alt sözleşmelerin birbirleri ile ilişkilerini ve genel kuralları içerir.

2. *Hizmet Sözleşmeleri* : Tedarik ve bakım hizmetlerini içeren sözleşmelerdir. Buna örnek olarak bir işletmenin bilgisayar alt yapısının tedarik edilmesi ve bakım hizmetlerinin verilmesi gösterilebilir.

3. *Transfer Sözleşmeleri* : Yapılacak iş ya da verilecek hizmet kapsamında söz konusu demirbaş ya da insan kaynağı transferlerini kapsayan sözleşmelerdir. Sözleşme içeriğinde transfer edilecek demirbaşların hangi değer ölçüsü kullanılarak transfer edileceği, hangi değer transfer edileceği, hangi değerden transfer edileceği, insan kaynağının transferini tanımlayan sözleşmelerde ise transfer edilen kişilerin listesi, maaşları sosyal hakları ve geçerli iş kanunu tarafından zorunlu tutulan hususlar belirtilmelidir. Diğer sözleşme tipleri ise bunlar dışında kalan kira güvenlik benzeri sözleşmelerdir (MARGILIÇ, 2006, s.41).



Şekil : 3

Dış Kaynak Kullanım Sözleşme Türleri

Kaynak: MARGILIÇ, 2006, s.41.

Sözleşmeler iş süresince karşılıklı yükümlülükleri belirleyici bir belge olduğundan dikkatli bir şekilde incelenip imzalanmalıdır. Sözleşmelerin başarısı ve ömrü sözleşme öncesinde yapılan hazırlıkların ve hazırlanan süreçlerin kalitesi ile ilişkilidir. Sözleşme içeriği hizmet sağlayıcının ve hizmet alıcının gerçekleri ile tutarlı olmalıdır (MARGILIÇ, 2005, s. 41). Sözleşme içerisinde sözleşmenin süresi, kapsamı, hedeflenen hizmet seviyeleri, kritik başarı faktörleri, ceza ödül kriterleri belirlenmiş olmalıdır (MARGILIÇ, 2005, s. 42 ; MERSİN, 2005 b, s.28).

1720. Hizmet Düzeylerinin Tanımlanması

Bir dış kaynak kullanımı projesinde ilk adım hizmet alıcının beklentisinin doğru olarak algılanması ve tanımlanmasıdır. Bir dış kaynak kullanımı projesinin sağlıklı yürümesi ve başarısı her iki tarafın projenin hedefleri konusunda uzlaşmaya varması ile mümkündür. Proje ne zaman başarılı kabul edilecek? İşlerin yolunda gittiği nasıl anlaşılacak? Sorularının yanıtları sözleşme aşamasında açıkça tanımlanmış olmalıdır.

Hizmet düzeyi anlaşmaları (Service Level Agreement) bir dış kaynak kullanımı projesinde hizmetin kalite düzeyini de belirleyen performans hedeflerini tanımlamaktadır. Hizmet düzeyi anlaşmalarında göstergeleri ve o göstergeler için hedef değerleri belirlerken işin nasıl yapıldığına değil her zaman iş sonuçlarına odaklanmak önemlidir.

Hizmet seviyeleri, taraflar arasındaki sözleşmede parametreleri ile birlikte tanımlanmaktadır (RAYSMAN-MILSTEIN-LLP, 2005, s.29) :

1. Gösterge tanımı
2. Hedef değer
3. Ödül hak kazanma için üst sınır
4. Ölçüm dönemi
5. Ölçüm yöntemi

Bu tanımlamaları yaparken mümkün olduğunca varsayılan endüstri standartları dikkate alınmalıdır. Mevcut yapıdaki değerler ölçülüp bunların iyileştirilmesine yönelik hedefler konulmalıdır. Mevcut değerlerin biliniyor olması sözleşme yürürlüğe girdikten sonraki gelişme ve iyileşmenin somut olarak ölçülmesi için önemlidir.

Tanımlanacak hizmet düzeyleri hedef belirlemede genel kabul görmüş SMART metodolojisine uygun olmalıdır.

1. Spesifik (Specific) : Hedefler açık net anlaşılır ve beklentiyi tam olarak tanımlamalıdır.
2. Ölçülebilir (Measurable)
3. Ulaşılabilir ve Sürdürülebilir (Achievable)
4. Gerçekçi (Realistic) : Eldeki kaynaklarla elde edilebilir ve elde edilmesi katma değer yaratır olmalıdır.
5. Zaman (Time) : Hangi zaman dilimine ulaşılacak ve ölçümlenecektir.

Örnek olarak teknik destek hizmeti veren bir çağrı merkezi operasyonu ele alınacak olursa hizmet seviyelerini tanımlarken önce iş sonuçlarının ne olduğu belirlenmelidir. İş sonucu müşterinin çağrı merkezini aradığında çağrıya ulaşabilmesi, soruna, olabildiğince ilk aramada çözüm bulabilmesi ve telefonu kapattığında iyi bir hizmet aldığını hissetmesidir.

Hizmet seviyesi tanımlamalarında projenin ilk başındaki geçiş evresinde hizmet sağlayıcının gerekli hazırlıklarını tamamlamasına zaman tanıma ve geçiş sürecinde bazı sıkıntılar ve aksaklıklar yaşayabileceği varsayımıyla cezaların geçerli olmayacağı bir süre belirtilebilir. Eğer sunulan hizmette öğrenme eğrisinin bir etkisi söz konusu ise dönemsel olarak hizmet seviyelerinde bir iyileşme öngörüsü yapılarak bu öngörüye uygun hedefler konulabilir. Her dönem, hizmet seviyesi değeri iyileşirken, iyileşme oranı azalan bir yapıda olacaktır.

1721. Cezalar ve Ödüllerin Belirlenmesi

Dış kaynak kullanımı sözleşmelerinde tanımlanan hizmet seviyeleri hizmet sağlayıcının taahhütleridir. Hizmet sağlayıcı, taahhütlerini kendinden kaynaklanan nedenlerle yerine getirmediği takdirde, hizmet alanın kayıplarına ve uğradığı zararlara karşılık belirli cezaları ödemekle yükümlü olacaktır. Ancak özellikle cezaların tanımlanmasında suç-ceza dengesine dikkat edilmelidir.

Cezalar caydırıcı olmakla beraber, hizmet sağlayıcının varlığını tehdit edecek düzeyde yüksek olmamalıdır. Amaç cezalar yoluyla gelir elde etmek değil, uzun vadeli sorunsuz bir ilişki yürütmektir.

Yüksek cezaların söz konusu olduğu durumlarda hizmet sağlayıcı ceza karşılığı risk marjı gibi bileşenleri maliyet modeline ekleyecek ve doğal olarak fiyatlarda bir artış söz konusu olacaktır. Hizmet alıcının maliyetlere ek olarak bu etkiyi de göz önünde bulundurmasında fayda vardır.

Cezanın yanı sıra beklenenin de üzerinde bir performans ile bir maliyet avantajı ya da kalitede iyileşme söz konusu olduğunda hizmet sağlayıcının bir ödül alması adil paylaşım olacaktır. Ödül maddesinin konması ceza maddesini kabul ettirilmesi açısından yararlı olacaktır. Ödüllerde de cezada olduğu gibi denge unsuru gözetilmeli başarı ile ödül orantılı olmalıdır (RAYSMAN-MILSTEIN-LLP, 2005, s.30).

1722. Hizmet Seviyesinin Geçerli Olmadığı Durumlar

Her iki tarafın da üzerinde anlaşıldığı ve hizmet seviye taahhüdünün geçerli olmadığı durumlar olabilir. Örneğin talepteki ani yükseliş gibi. Öngörülemeyen ve engellenemeyen durumlar gibi tarafların kontrolü dışındaki durumlarda ceza maddelerinin işlemeyeceği ama tarafların hizmet kalitesini belirli düzeyde tutmak için ellerinden gelen çabayı göstereceği sözleşmede belirtilmelidir (RAYSMAN-MILSTEIN-LLP, 2005, s.30).

1723. Hizmet Düzeyinin Raporlanması

Hizmet alıcının hizmet vereni denetlemesi ve yönetmesi için kullanabileceği en önemli araç hizmet düzeyleri raporlarıdır. Hizmet düzeyi raporlamasının kimin tarafından, hangi sıklıkla, hizmet alanındaki hangi sorumlu kişilere yapılacağı net tanımlanmış olmalıdır.

Hizmet alan, kendi içerisinde alt yüklenicinin performansının gözlenmesi ve yönetilmesinde sorumlu birim ya da kişiyi tanımlamış olmalıdır. Hizmet düzeyi raporları genelde performansta bir sıkıntı yoksa hizmet alan tarafından yeterli özen ve dikkatle incelenmemektedir. Bu durumda hizmet sağlayıcı tarafında da raporların zamanda sunulması, içeriği ve doğruluğu ile ilgili önem ve öncelik azalmaktadır. Ancak sağlıklı bir

ilişki açısından performansta herhangi bir sıkıntı olmasa bile raporlardaki değerler analiz edildiğinde çok önemli ipuçları elde edilebilir. Hizmet düzeyleri tutturulmasına karşı aydan aya performansta kötüye doğru bir gidiş var mı? Yakın gelecekte hizmet düzeylerinin tutturulması söz konusu mu? Şimdiden önlem alınabilir mi? Hizmet düzeyleri sürekli hedeflerin çok üzerindeyse hedefler çok düşük belirlenmiş olabilir mi? Rapordaki veriler tam olarak doğru ve güvenilir midir? Hizmet düzeyine bağlı hizmet faturalaması söz konusu ise faturalar doğru olarak hazırlanıyor mu? Hizmet seviyesine bağlı ödül ceza uygulamaları doğru olarak yapılmış mı? soruları sorulmalıdır (RAYSMAN-MILSTEIN-LLP, 2005, s.31).

1724. Sözleşmede Dikkat Edilmesi Gereken Diğer Konular

Bir dış kaynak kullanımı sözleşmesinin temelini oluşturmak çok önemlidir. Doğru yapılanma başarının garantisi değildir. Sözleşmenin yazılması sırasında aşağıdaki noktalara da dikkat edilmelidir (GÖKDERE, 2002, ss.81-82):

1. *Standart Sözleşmeler İmzalanmamalıdır* : Başarılı bir dış kaynak kullanımı sözleşmesinin temel noktası işletmeye özgü olmasıdır. Genellikle piyasada bulunan sözleşmeler standart sözleşmelerdir ve tek taraflı hazırlanmıştır. Hizmet sağlayıcının yada işverenin standart sözleşmeleri işletmelerin subjektif niteliklerini dikkate almazlar. Standart sözleşmenin ihtiyaca cevap vermemesi dış kaynak kullanımı uygulamasını karmaşaya sokabilir.

2. *Tamamlanmamış Sözleşme İmzalanmamalıdır* : İşletme veya hizmet sağlayıcı iş ilişkisine girme konusunda müzakereleri erkenden bitirme eğiliminde olabilirler. Taraflardan biri, sözleşmenin bütün ayrıntıları belirlenmeden, hukuken sözleşme hazırlığı sona ermeden sözleşmeyi imzalamaya zorlayabilir. Bu durumda yeterli olgunluğa erişmemiş sözleşmenin imzalanması gelecekte taraflara ağır zararlar verebilir.

3. *Sözleşmeler Uzmanlarla Hazırlanmalıdır* : Sözleşme aşamasında hizmet sağlayıcının bir avantajı vardır. Genellikle hizmeti sağlayan tedarikçiler bir çok sözleşme yapmış olmasına rağmen, dış kaynak kullananlar ilk kez sözleşme yapacaktır. Bu nedenle hizmet alıcı hizmet sağlayıcı ile dengeli bir konumda olabilmek için kendini kuvvetli hissettirecek yollar seçmekte ve kendi ekibinde konu ile ilgili birden çok uzman

bulundurmaktadır. Aynı durum hizmet sağlayacak tedarikçi içinde geçerlidir. Teknik uzmanlar temel hizmetlerin değerlendirilmesinde, hukuk uzmanları ise istenen düzeyde hukuki normlara yakalanmasına katkı sağlar.

4. *Dış Kaynak Kullanım Sözleşmeleri Esnek Olmalıdır* : Günümüzde sözleşmeler durağan belgeler olmaktan çok, canlı ve esnek belgeler olarak hazırlanmaktadır. Her ne kadar içeriği tamamlanmamış ve halen pazarlıkları süren sözleşmeler esnek sözleşmeler olarak tanımlansa da sözleşme esnekliğini sağlamanın çeşitli yolları vardır. Hazırlanan sözleşmenin esnekliği hizmet alan işletmeye çeşitli avantajlar sağlamaktadır (MARGILIÇ, 2005, s.42).

Tablo : 4' te dış kaynak kullanım projelerinde uygulanabilen sözleşme esnekliği sağlama yöntemleri yer almaktadır.

Tablo : 4
Dış Kaynak Kullanım Sözleşmelerinde Esneklik Yöntemleri

Yöntem	Açıklama
Fiyat esnekliği – Fiyat listesi oluşturarak, – Pazarlıkla ya da – Maliyetleri açarak	İlk anlaşılan fiyat değişimleri ile birlikte güncellenir.
Pazarlık esnekliği	Sözleşmede bulunan pazarlık esnekliği kuralı sözleşme süresi boyunca sözleşmenin bir kısmını ya da tamamını değiştirme olanağı sağlar.
Sözleşme Süresi Esnekliği	Taraflar kısa ya da uzun süreli sözleşmeleri tercih edebilirler. Kısa süreli sözleşmeler taraflarca daha esnek bir yapı sunar.
Fesih Hakkı Esnekliği	Sözleşmenin taraflardan birinin ya da karşılıklı olarak her ikisinin sözleşmeyi feshetme hakkını sağlamasıdır.
Başarı Güdümlü Sözleşme	Tedarikçiye yapılacak ödemenin hizmet alan organizasyonun başarısı ile doğru orantılı belirlendiği durumdur.

Kaynak: MARGILIÇ, 2005, s.42.

18. Dış Kaynak Kullanımının Uygulanma Alanları

Günümüzde dış kaynak kullanımı, tüm sektörlerde kullanılan ve kullanımı giderek artan bir fenomen haline gelmiştir. Dış kaynak kullanımıyla ilgili olarak 1999-2001 yıllarındaki üç yıllık bir dönemi, bütün sektörleri ve işlevleri kapsayan bir anket çalışmasından elde edilen sonuçlar Tablo : 5' te gösterilmektedir.

Tablo : 5

Fonksiyonlara Göre Küresel Dış Kaynak Kullanım Harcamaları (Milyar \$)

	2001	2003	2001-2003 (%Yıllık Bileşik Büyüme Hızı)
Piyasa Araştırması	5	12	% 57
Ürün operasyonları	1945	2565	% 15
Servis operasyonları	489	517	% 3
Müşteri ilişkileri Yönetimi	193	253	% 14
Satış	218	307	% 19
Pazarlama	125	134	% 4
BT ve İletişim Teknolojileri	341	491	% 20
İnsan Kaynakları	47	77	% 28
Kurumsal Hizmetler	39	57	% 21
Bina Operasyonları	182	296	% 28
Finans Muhasebe	35	88	% 59
Yönetim Destekli Servis	164	304	% 36
TOPLAM	3783	5100	% 16

Kaynak: OUTSOURCING, 2004 b, s.38.

Tablo : 5 'te de görüldüğü gibi dünya üzerindeki tüm yöneticilere yönelik olarak yürütülen küresel kaynak kullanım raporunun sonuçlarına göre dış kaynak kullanım harcamalarıyla ilgili olarak tüm fonksiyonlarda dış kaynak kullanımı harcamaları artmaktadır. Tablo : 6'da küresel dış kaynak kullanımının bölgelere göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo : 6

Bölgelere Göre Küresel Dış Kaynak Kullanım Harcamaları (Milyar \$)

	2001	2003	2001-2003 Değişim
ABD	2581	3141	% 10
Avustralya	92	104	% 6
Kanada	220	308	% 18
Avrupa	607	1185	% 40
Asya	283	363	% 13
TOPLAM	3783	5100	% 16

Kaynak : OUTSOURCING, 2004 b, s.40.

Tablo : 6' da görüldüğü üzere ABD dış kaynak kullanım hizmetlerinin müşterisi olma açısından küresel piyasada ağırlıklı bir konum taşımaktadır. ABD'nin küresel harcamalar içindeki payı 2001 yılı itibariyle toplam harcamaların % 68'ini, 2003'te % 62'sini bulmaktadır. En hızlı gelişme ise Avrupa'da gerçekleşmektedir. Avrupa'nın küresel harcamalar içerisindeki 2001 yılında % 16 olan payı, 2003'te önemli bir artışla % 23'e yükselmiştir. Tablo : 7'de ise sektörlere göre küresel dış kaynak kullanım harcamaları gösterilmiştir.

Tablo : 7
Sektörlere Göre Küresel Dış Kaynak Kullanım Harcamaları (Milyar \$)

	2001	2003	2001-2003 (%Yıllık Bileşik Büyüme Hızı)
Kolejler ve Gönüllü Kuruluşlar	17	33	% 40
Bilgisayar ve Veri Hizmetleri	386	392	% 1
Bilgisayar Yazılımları	377	438	% 8
Bilgisayar, Network, Ofis Ekipmanları	317	447	% 19
Finans, Bankacılık, Sigortacılık	365	555	% 23
Geniş Yelpazeli Dış Kaynak Kullanımı Hizmetleri	80	177	% 49
Kamu	113	231	% 43
Sağlık Hizmetleri	79	130	% 28
İlaç	162	210	% 14
Danışmanlık ve Hukuk	46	79	% 31
Telekomünikasyon	120	124	% 2
Tüm Diğer Sektörler	1722	2285	% 15
TOPLAM	3783	5100	% 16

Kaynak : OUTSOURCING, 2004 b, s.39.

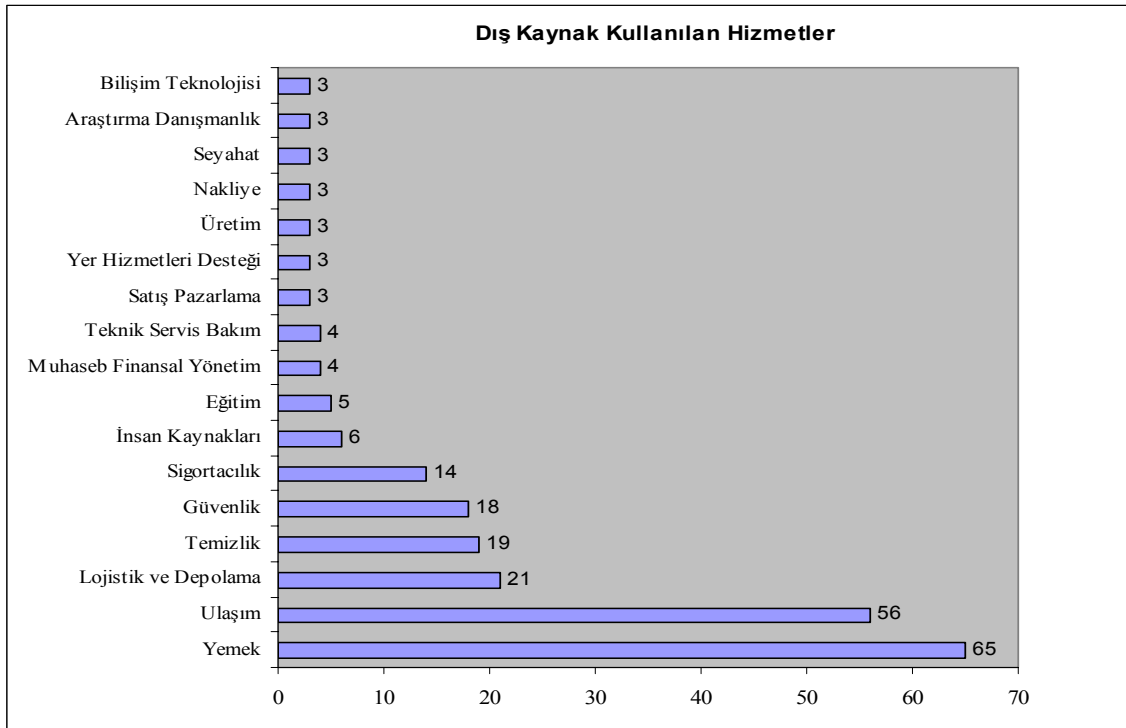
Tablo : 7'de de görüldüğü gibi bilgisayar ve bilgi işlem hizmetleri ile ilgili sektör dış kaynak kullanımının en yaygın kullanıldığı sektördür (CAPITAL, 2004 b, s. 8).

Küresel dış kaynak kullanımıyla ilgili diğer önemli tespitler, dış kaynak kullanımında halen büyük kuruluşların ağırlıklı yer tutmakta olduğu, bunun gelecekte de sürmesinin beklendiği ve önümüzdeki iki yılda büyük kuruluşlara göre orta ve küçük boy kuruluşların dış kaynak kullanımındaki büyüme hızlarının biraz daha yüksek olacağı yönündedir.

Günümüz kuruluşlarının dış kaynak kullanımı yoluyla yeniden yapılanması hızlı bir biçimde sürmektedir. İş dünyasında en büyük otomobil üreticilerinden yeni gelişen

işletmelere kadar kuruluşlar bir biri ardı sıra faaliyetlerinin gittikçe artan bölümü için dış kaynak kullanımına başvurumaktadırlar. Öte yandan, dış kaynak kullanımı önemli bir küresel sektör olarak öne çıkmış bulunmaktadır. Bu alan Fortune dergisinin tanıdığı 69 sektör kategorisinden biri durumundadır. Sektörün öncülerine bakıldığında bunların 2001 yılında gelir olarak 75 milyar \$ aşkın bir kazanç elde ettiği görülmektedir. Aslına bakılırsa her kuruluş uğraş alanının en az bir bölümünde dış kaynak kullanımı hizmetlerinin hem müşterisi hem de sağlayıcısıdır.

“Türkiye’de İnsan Kaynakları Yönetim Dergisi” tarafından dış kaynak kullanımı hizmetlerinin en çok hangi alanda kullanıldığı belirlenmesi amacıyla çeşitli alanlarda faaliyet gösteren 151 kuruluşun yöneticilerine yönelik olarak yaptırılan çalışmada aşağıdaki grafikteki sonuçlar elde edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre en çok dış kaynak kullanılan hizmetler % 65 ile yemek hizmetleri, ikinci olarak da % 56 ile ulaşım hizmetleri olarak belirlenmiştir (OUTSOURCING, 2003, s.28). Bu durum ülkemizdeki dış kaynak kullanımının sektörel olarak küresel normlarda olmadığını göstermektedir.



Şekil : 4

Türkiye’de 2002 Yılında Çeşitli İşletmelerin Dış Kaynak Kullandığı Hizmetler

19. Hastane Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanım Uygulamaları

Sağlık hizmetleri endüstrisinde dış kaynak kullanımı, çoğunlukla klinik olmayan destek hizmetlerinde (çamaşır hizmetleri gibi) bir maliyet kazanç tekniği olarak kullanılmaktadır. Hastanelerde klinik hizmetlerde dış kaynak kullanımının, klinik olmayan destek fonksiyonlara göre daha az yaygın olduğu görülmektedir (BILLI-PAI-SPAHLINGER, 2004, s.292). Shinkman sağlık sektöründe en çok dış kaynak kullanılan fonksiyonların % 29 ile bilgi teknolojisi, % 20 ile finans ve % 19 destek hizmetleri alanında olduğunu öne sürmektedir (SHINKMAN, 2000, s. 46).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastane ve sağlık networkleri 12. yıllık sözleşme yönetimi araştırmasına göre 2002 yılında dış kaynak kullanımından yararlanan hastanelerin işletme destek ve klinik fonksiyonlardaki dış kaynak kullanım yüzdeleri ve gelecek iki yılda dış kaynak kullanımı için değerlendirilen hizmetlerin yüzdeleri Tablo : 8' de gösterilmiştir (HOPPSZALLERN, 2002, s.49).

Tablo : 8

ABD'de İşletme Destek Fonksiyonlarında Dış Kaynak Kullanımından Yararlanan Hastanelerin Yüzdesi

İşletme Destek Fonksiyonları	Mevcut Dış Kaynak Kullanımı (%)	Dış Kaynak Kullanımı İçin Değerlendirme (%)
Haşere kontrol	80	0
Tehlikeli/medikal disposal atık	77,3	1,3
Klinik/Biyomedikal mühendislik	54,7	2,7
Genel atık yönetimi-	53,3	1,3
Çamaşırhane/Çamaşır	49,3	4
Hasta tatmin ölçümü	48	2,7
Posta hizmetleri	45,3	0
Kopyalama (Fotokopi)	38,7	4
Geçici hizmetler	36	0
Bilgi teknolojileri uygulama desteği	34,7	1,3
Mülk koruma	33,3	1,3
Yiyecek hizmeti	32	2,7
Bilgi teknolojileri Network /sistem desteği	29,3	1,3
İnternet/intranet	28	4
Uniform (Tek tip) hizmetler	26,7	1,3
PC desteği	25,3	0
Tesis yönetimi	24	4
Ekipman bakımı	21,3	4

Tablo : 8 Devam

İşletme Destek Fonksiyonları	Mevcut Dış Kaynak Kullanımı (%)	Dış Kaynak Kullanımı İçin Değerlendirme (%)
Veri işleme	17,3	1,3
Bilgi teknolojileri departmanı	17,3	0
Finans ve Yatırım hizmetleri	16	0
Ev idaresi /	14,7	6,7
Güvenlik	14,7	0
Telekomünikasyon	13,3	1,3
Hesap tahsili/hasta hesapları yönetimi	10,7	4
Gayri menkul varlık yönetimi	10,7	2,7
Hasta taşıma	9,3	0
Alacak takibi (claims processing)	8	5,3
Elektrik /güç kaynağı/ enerji yönetimi	8	1,3
Park yönetimi	8	1,3
Tesisat işlemleri/bakımı	5,3	2,7
Malzeme yönetimi	5,3	1,3
Risk yönetimi	2,7	0
Medikal kayıtlar	1,3	4
Merkezi tedarik/Dağıtım	1,3	1,3

Kaynak : HOSPITAL-HEALTH NETWORKS, 2002, s.52.

Tablo : 8’de görüldüğü üzere ABD’deki hastanelerin destek hizmetleriyle ilgili alanda en çok dış kaynak kullanımından yararlandıkları hizmet türlerinin; haşere kontrol ve tehlikeli medikal atıkların toplatılması olduğu, gelecekte ise ev idaresi hizmetleri, alacak yönetimi, tesis yönetimi, ekipman bakımı gibi alanların dış kaynak kullanımında öne çıkacağı öngörülmektedir.

Tablo : 9

ABD’de Klinik Fonksiyonlarında Dış Kaynak Kullanımından Yararlanan Hastanelerin Yüzdesi

Klinik Fonksiyonlar	Mevcut Dış Kaynak Kullanımı (%)	Dış Kaynak Kullanımı İçin Değerlendirme (%)
Klinik ekipman bakımı	65,3	1,1
Magnetik rezonans görüntüleme	50,5	1,1
Anesteziyoloji	39,6	6,3
Diyaliz	35,8	4,2
Konuşma patalojisi	35,8	1,1
Acil tıp	35,4	0
Sürekli medikal ekipman	31,6	1,1
EEG teşhisleri	29,5	2,1
Klinik bilgi teknoloji uygulamaları	24,2	4,2
Nükleer tıp	23,2	3,2
Beslenme diyet	22,1	0

Tablo : 9 Devam

Klinik Fonksiyonlar	Mevcut Dış Kaynak Kullanımı (%)	Dış Kaynak Kullanımı İçin Değerlendirme (%)
Rehabilitasyon / terapi	22,1	1,1
Klinik IT Network/sistem desteği	21,1	3,2
Eczacılık	18,9	0
Davranışsal sağlık/psikiyatrik hizmetler	17,9	2,1
Kardiyopulmoner teşhisler(diagnostic)	17,9	2,1
Zarar verici madde/kimyasal bağımlılık	17,9	2,1
Klinik veri deposu	16,8	9,5
Evde sağlık bakımı	16,8	4,2
Fiziksel terapi	15,8	2,1
Neonatal bakım	13,7	1,1
Görüntü arşivleme/yönetimi	12,6	11,6
Pediyatrik acil tıp	11,5	1,0
Klinik destek kararı	10,5	6,3
Laboratuvar	10,5	0
Yatan hasta bakım yönetimi	7,4	5,3
Yara bakımı	7,4	2,1
Medikal çağrı merkezi	6,3	3,2
Radyoloji	5,3	1,1
Gelişmiş hemşirelik becerisi	4,2	1,1
Yoğun bakım	4,2	1,1
Rehabilitasyon bölümü	2,1	3,2
Birleşik hasta hizmetleri	1,1	0
Solunum terapisi	1,1	0
Sterilizasyon süreci	1,1	1,1

Kaynak: HOSPITAL-HEALTH NETWORKS, 2002, s.52.

Tablo : 9’da görüldüğü gibi ABD’deki hastanelerin klinik hizmetlerle ilgili alanda en çok dış kaynak kullanımından yararlandıkları hizmet türlerinin klinik ekipman bakımı ve magnetik rezonans görüntüleme olduğu gelecekte ise görüntü arşivleme/yönetimi, klinik veri depolama, anesteziyoloji ve yatan hasta bakım yönetimi gibi alanların dış kaynak kullanımında öne çıkacağı öngörülmektedir.

Yatan hasta bakım yönetiminde dış kaynak kullanımının öne çıkmasının nedenleri olarak günümüzde yatan hastaların hassas bakıma ihtiyacı olması, tıbbi personelin böyle bir programı istemesi, yatan hasta hekimlerinin bir hastanenin sağlayacağı destekten fazlasına ihtiyacı olması, en iyi uygulamaların hasta bakımındaki değişimleri azaltması ve

hastanelerin sonuçları ölçmek için veriye ihtiyacı olması olarak ifade edilmektedir (GREENO, 2001, s.50).

Türkiye’de hastane hizmetlerinde dış kaynak kullanım yönetim stratejisi ile ilgili olarak yapılan saha araştırmalarının sonuçları kronolojik olarak aşağıda sıralanmıştır.

1994 yılında F.Tatar, M. Tatar ve Şahin’in kamu hastaneleri üzerinde yürüttüğü 123 cevaplayıcıdan elde ettiği araştırma sonuçlarına göre % 44,6 oranında temizlik, %16 oranında mutfak yemek, %15,2 oranında bakım onarım, % 3,6 oranında çamaşır, % 6,3 oranında bilgi işlem, % 2,7 oranında maaş tahakkuk, % 8,9 oranında telefon santral, % 0,9 oranında asansör bakım hizmetlerinin dışarıya ihale edildiği belirlenmiştir.

Yerebakan’ın 2000 yılında 32 özel hastane üzerinde yürütmüş olduğu çalışma içinde özel hastanelerin % 83,3’ünün dış kaynak kullanımından yararlanmadığı ve düşük oranlarda da olsa dış kaynak kullanılan başlıca hizmetlerin güvenlik, ambulans, yemek, temizlik, çamaşır hizmetleri olduğu belirlenmiştir (YEREBAKAN, 2000, s. 123).

Ergin’in 2002 yılında Sağlık Bakanlığı’na ait hastaneler üzerinde yürüttüğü çalışmada 236 hastaneden 167’sinin yani % 70,8’inin hizmet ihalesi yoluyla dışardan hizmet satın aldığı tespit edilmiştir. Döner sermaye kaynaklı dışardan sağlanan hizmetlerin % 26,3 oranında temizlik hizmetleri, % 16,1 oranında temizlik ve çamaşır hizmetleri, %12,2 oranında tıbbi cihaz bakım onarım hizmetleri, % 9,6 oranında bilgi işlem hizmetleri, % 9 oranında bakım-onarım hizmetleri, % 7,2 oranında bilgi işlem hizmetleri, % 11,7 oranında yemek hizmetleri, % 3,9 oranında telefon santral hizmetleri, % 2,4 oranında maaş tahakkuk hizmetleri olarak dağıldığı görülmüştür. Genel bütçe kaynaklı olarak yapılan 11 adet hizmet alımında ise % 54,5 oranında bakım onarım hizmetleri başta gelmektedir. Dernek vakıf kaynaklı hizmet alımlarında da % 17,6 oranında bakım onarım hizmetlerinin en çok satın alınan hizmetler olarak belirlenmiştir (ERGİN, 2003, s.51).

İşçi ve Artan tarafından 2003 yılında SSK, Üniversite, Sağlık Bakanlığı ve özel olmak üzere toplam 45 hastanenin üzerinde yapılan çalışmada ise hastanelerin % 36’ sının görüntüleme, laboratuvar, bilgi işlem ve tıbbi cihaz kiralama gibi yoğun teknolojinin kullanıldığı alanlarda dış kaynak kullandıkları tespit edilmiştir (İŞÇİ-ARTAN, 2006, s.256).

İKİNCİ BÖLÜM

2. DIŞ KAYNAK KULLANIMI YÖNTEMİ OLARAK HİZMET İHALELERİ

20. Hizmet İhalelerinin Tanımı

Dış kaynak kullanımı yönetim stratejisi, kamu kesimi örgütlerinde hizmet ihaleleri aracılığıyla uygulanmaktadır. Hizmet ihaleleri, kamu hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarının mal ve hizmet satın alımlarını gerçekleştirdikleri bir yöntemdir.

İhale yöntemi, sorumlu kamu kuruluşunun hizmeti kendi örgüt ve personeliyle yürütmek yerine, bir sözleşmeye dayalı olarak özel kişi ya da firmalara yaptırmasıdır (MUTER, 1994, s149). Hizmet ihaleleri aslında hizmetin özel sektör tarafından sunulduğu ancak yerel veya merkezi kamusal kaynaklar tarafından finanse edildiği bir yöntemdir (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.79 ; HARTLEY-HUBY, 1993, s.422). Bu yöntemde devlet üretimin kontrolünü önemli ölçüde elinde tutarken finansmanını ise vergi, harç ve diğer finans yöntemleriyle sağlamaktadır (MUTER, 1994, s149).

Hizmet ihaleleri, basit bir satın alma yöntemi olmasına rağmen, hizmet ihalelerini diğer satın alma yöntemlerinden ayıran önemli bir özellik hizmeti satın alan kurumun aynı zamanda ürünün ya da hizmetin üretilmesi için gerekli kaynaklara sahip olmasıdır. Kurum kendi kaynakları ile hizmeti kendi üretmek yerine başka bir kurumdan sağlamayı daha avantajlı bulmaktadır (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.79).

21. Sağlık Sektöründe Hizmet İhaleleri

Sağlık sektöründe hizmet ihaleleri klinik ya da klinik dışı hizmetlerin sunumunun kısmi ya da tüm sorumluluğunun özel sektöre kaydırılmasını ancak hizmetin finansmanın kamu sektöründe gerçekleştirilmesini içerir (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.79). Hizmet ihaleleri medikal ve medikal olmayan girdilerin satın alınmasından kamu

alıcılarının fonlaması için üreticilerin rekabet ettiği dahili piyasa düzenlemelerine kadar uzanan aktivitelerde kullanılmaktadır (VİNİNG-GLOBERMAN, 1998, s.77). Sağlık sektöründe hizmet ihaleleri uygulamaları yoğunlukla “otelcilik hizmetleri” olarak adlandırılan çamaşır, temizlik ve mutfak gibi hizmetlerde kullanılmasına karşılık son yıllarda dahili piyasalar oluşturmak amacıyla gerçekleştirilen reformlarda klinik hizmetlerin de ihale edilmesi gündeme gelmiştir (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.79).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hizmet ihaleleri iki değişik biçimde yapılmaktadır:

1. *Örgütsel Hizmet İhaleleri* : Hastanelerdeki test ve teşhis hizmetleri gibi alanlarda yapılan spesifik düzeydeki örgütsel hizmet ihaleleridir.

2. *Kurumsal Hizmet İhaleleri* : İngiltere, İsveç, Yeni Zelanda gibi çoğu ülkelerde görülen, bölgesel seviyede sözleşme yapan (satın alan)/üretici (yüklenici) bölünmelerini kapsayan ihalelerdir. Coğrafi bölge belirli bir alana bölünerek dahili piyasalar oluşturulur, bölgesel ve alt bölgesel yönetim yapıları kurulur ve bu birimlere sabit bir sağlık hizmetleri bütçesi tahsis edilerek bu birimlerin hizmetleri için sözleşme yapılır (VİNİNG-GLOBERMAN, 1998, s.77).

22. Hizmet İhalelerinin Yararları ve Sınırlılıkları

Literatürde hizmet ihalelerinin yararları ve sınırlılıkları üzerine iki farklı görüş vardır. Bu görüşleri savunanların üzerlerinde durdukları noktalar aynı olmakla birlikte aralarındaki fark hizmet ihalesinin yararlarına inananların görüşlerini serbest piyasa koşullarının işleyişine ve kamu sektörünün verimsizliğine dayandırmalarıdır. Hizmet ihalesine karşı olanlar ise hizmet ihalelerinin teorikteki faydalarının uygulamada engelleyen bir çok güçlük bulunduğunu öne sürmektedirler (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.79).

220. Hizmet İhalelerinin Yararları

Hizmet ihalelerinin, hizmet sunanlar arasındaki rekabet, bürokrat ve politikacıların bütçeyi kullanma özgürlüklerini sınırlama, piyasa (özel sektör) mekanizmalarının işgücüne yönelik uygulamaları, ölçek ekonomisi ve benzeri bazı öğelerin seçici olarak ele alınarak kullanılmasından (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, ss.79-80), modern araçların

kullanımı, daha iyi yönetim ve organizasyon gibi tüm faktörlerden (HARTLEY-HUBY, 1993, s.446) dolayı maliyet düşüşü ve tasarrufu sağlanacağı savunulmaktadır.

Kamu ve özel kuruluşların motivasyonu ve performansı arasındaki teorik fark çok sayıda akademik çalışmada incelenmiştir. Bu durumu inceleyenler arasında Niskanen, Allison, Borcharding, Wolf, Bailes, Downs, Rainey, Meyer, Fitch, Drucker, Benetti ve Johnson gibi bir çok isim vardır. Bu yazarların görüşleri Savas tarafından aşağıdaki gibi sıralanmıştır. Buna göre hizmet ihaleleri;

1. Rekabetçi güçleri ortaya çıkarmakta ve etkin olmayan üreticilere piyasa baskısı getirmektedir.
2. Daha iyi yönetime olanak tanımakta politik kurumlarda görülen bir çok etkiden sıyırılmaktadır.
3. Karar veren kişi tarafından kararın getirdiği kazanç ve kayıplar doğrudan hissedilmektedir.
4. Devletin kendi iş gücünde olmayan bazı becerileri kullanmasını sağlamak ve ücret kısıtlamaları ile sivil hizmet kısıtlamalarını ortadan kaldırmaktadır.
5. Program büyüklüğünü, değişen talep ve fonlara göre artırma ve azaltma esnekliğini sağlamaktadır.
6. Yeni ihtiyaçlara daha çabuk cevap verilmesine ve yeni programların denenmesine olanak tanımaktadır.
7. Büyük sermaye yatırımlarını önlemekte, maliyeti, oldukça sabit ve tahmin edilebilir bir seviyede tutmakta ve yıllara yaymaktadır.
8. Ölçek ekonomisine imkan tanımaktadır.
9. İşin bir kısmını ihale etme, maliyetlerin karşılaştırılmasına imkan sağlamaktadır.
10. İyi yönetime neden olmaktadır. Hizmetin maliyeti sözleşmenin fiyatında görülebildiği halde devlet hizmetinin maliyeti bu denli açıklıkla belirlenmemektedir.

11. Tek bir üreticiye bağımlılığı azaltmakta (devlet tekeli), dolayısıyla hizmetin grev, yavaşlama veya kötü liderlik gibi olaylara duyarlılığını azaltmaktadır.

12. Azınlık gruplar için şans yaratmaktadır.

13. Devletin büyüklüğünü, en azından çalışan sayısını, sınırlandırmaktadır.

14. Özel sektörü toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için yaratıcı yollar bulmaya itmektedir (SAVAS, 1994, s. 141-142).

221. Hizmet İhalelerinin Sınırlılıkları

Hizmet ihalesinin sınırlılıkları; ihaleye girenler arasında rekabetin sağlanmasına ilişkin güçlükler, rekabetin verimliliğe yol açmasına ilişkin güçlükler ve etkili yönetime ilişkin güçlükler olarak ifade edilebilir (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.81).

Hizmet ihalesinin faydalı olmadığı yönündeki görüşler aşağıdaki gibi sıralanabilir (SAVAS, 1994, s. 142):

1. İhale sırasında rüşvet olayları olabilir.
2. Özel sektör sendikaları arasında zararlı davranışlar olabilir.
3. Devlet kar amacı gütmeyiz; fakat özel şirketler kar amaçlıdır.
4. Sözleşmeyi yönetme ve performans değerlendirmesinin maliyeti yüksektir.
5. Kalifiye üreticiler az olduğu için rekabet olmamaktadır.
6. Devlet çalışanlarının işten çıkartılması ve işsizlik maliyetleri yüksektir.
7. Devlet hizmetini genişletmenin marjinal maliyeti düşüktür.
8. Bazı sözleşmelerde etkinliği düşüren maliyet ve sabit ücret kuralları vardır.
9. Yapılması gereken sonraki ihalelerde etkin bir rekabet söz konusu değildir.

Devletin faaliyet alanından çekilmesinden sonra ihaleyi alan özel şirketin davranışlarına mahkum olunmaktadır.

10. Sözleşmede liyakata göre işe alma kuralına riayet edilmez. İş vermede kıdemlilere öncelik tanıma kuralı yıkılır; böylece moral bozukluğuna neden olur. Devletin ihtiyacı olan yetenekli kişileri elinde tutamamasına, böylece nitelikli eleman sayısının azalmasına yol açar.

11. Sözleşme sahiplerine karşı istenmeyen bir bağlılığı gerektirir. Kamuoyu, sözleşmecinin personelinin grev yapması, işi yavaşlatması veya firmanın iflas etmesi riskiyle karşı karşıya gelir.

12. Sözleşmelerde, kontratın yeterli biçimde yazılması zor olduğundan, sonuçta devletin sorumluluk ve kontrol zaafi ortaya çıkar.

13. Sözleşme, ölçek ekonomisini gerçekleştirme fırsatını sınırlar.

14. Özel şirketlerin politik gücü artmakta, dolayısıyla daha çok kamu harcaması için bir lobi oluşmaktadır.

15. Sözleşme, çoğu devlet çalışanı olan azınlıklar arasında ölçsüz iş kaybına neden olabilir.

16. Sözleşme mütahit firmanın özerkliğinin azalmasına neden olur (örneğin, kar amacı gütmeyen özel bir sosyal hizmet kurumuyla beraber çalışırken). Bu arada, uzun vadede, sözleşmeyi yapan sosyal amaçlı kamu kurumunun eleştirici ve toplumsal vicdanı yansıtıcı rolü ve etkinliği zayıflayacaktır.

17. Özellikle sağlık hizmetlerinde özel kuruluşlar insandan önce kârlarını düşünecekleri için hastaları riske atacaktır (HARTLEY-HUBY, 1993, s.428).

Bu iddia ve karşı iddiaların çoğu doğrudan çelişki içindedir. Nitekim, mütahit firmanın devlete karşı özerkliğini yitirdiği söylenmekte, buna rağmen devletin yeteri kadar kontrolü altında ve denetiminde olmayacağı iddia edilmektedir. Sözleşmenin ölçek ekonomisini hem sağladığı hem sağlayamadığı iddia edilmiştir. Hem sivil hizmet engellerinin üstesinden gelmekte hem de kıdem sistemini alt üst etmektedir. Devletin esnekliğini artırmakta ve azaltmaktadır. Devlete kıt olan yetenekli personeli vermekte, aynı zamanda devletin yetenekli personeli kaybetmesine neden olmaktadır. Verimlidir ve verimsizdir.

23. Hizmet İhalelerinde Deneysel Kanıtlar

Hizmet ihalesini savunanların ve karşı çıkanların iddialarını deneysel kanıtlara dayandırmış olmaları önemlidir. Literatürde her iki kesim için ayrı kanıt sunmak mümkündür.

Örneğin, İngiltere, Kanada ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda hizmet üretim maliyetlerinin özellikle rekabete dayalı açık artırmalarda % 20-30 oranında tasarruf sağladığı bulunmuştur. ABD'deki 66 büyük şehirde ihale edilen sözleşmelerin yıllık maliyet tasarrufları % 16-20 arasında olduğu görülmektedir. Kanıtlar, maliyet azalmasının büyük ölçüde verimlilik artışından kaynaklandığını göstermektedir. Cevap verenler % 24-27 arasında hizmet kalitesinin geliştiğini tahmin ettiğini öne sürmektedir. Ancak hizmet ihalesi uygulama maliyetlerini içeren bu çalışmalar, sözleşme durumunda daha yüksek olması beklenen pazarlama ve fırsatçılık maliyetlerini içermemektedir. Ayrıca özellikle, maliyet artı sözleşmeler kullanılmışsa hizmet ihalelerinin hiç birinde daha düşük üretim maliyeti beklenemez. Maliyet artı sözleşmede deneysel kanıt bunu desteklemektedir.

Domberger, Meadowcraft ve Thompson, özel olarak sağlık sektöründe sağlıkla ilgili hizmetler için rekabete dayalı tekliflerin maliyetleri % 18-27 arasında azalttığını tespit etmişlerdir. Yemek servisine odaklanan bir başka çalışmada İngiliz Ulusal Denetim Ofisi, rekabete dayalı tekliflerin maliyetleri yaklaşık % 10 oranında azalttığını, Milne ve Mcgee iç hizmetlerde maliyetin % 17 düştüğünü, yiyecek içecek tedarik maliyetinin işçilik maliyetleri için % 5-11 arasında düştüğünü bulmuşlardır. (VİNİNG-GLOBERMAN, 2003, ss.83-84).

Dünya Sağlık Teşkilatının yürüttüğü çalışmalara göre mutfak, güvenlik, temizlik ve çamaşır hizmetlerinin özel sektör tarafından yüklenilmesi göreceli olarak daha başarılıdır. Örneğin, İran'da bazı hizmetlerin ihale edilmesi maliyetleri düşürmüştür. Zimbawe'de ise çamaşır hizmetlerinde % 400 üzerinde maliyetler artmasına rağmen hizmet daha etkili vermeye başlamıştır. Devlet hastanelerinde hasta bakım ücretlerinin sigorta şirketlerinden tahsil edilmesi işinin özel şirkete verilmesi, maliyetleri artırmasına rağmen, tahsil edilen para miktarını artırmıştır.

Bir başka örnekte, Lesotho’da mutfak hizmetlerinin ihaleye çıkarılmasında rekabet ortamının olmaması nedeniyle beklenen faydaların ortaya çıkmadığı görülmüştür. Yerel özel sektörün az gelişmiş olması ve yeni işletmelerin bu alana girmesindeki güçlükler nedeniyle ihaleye sadece iki kişi katılmış ve bunlar güçlü durumda oldukları için rekabetçi bir ortamda belirlenecek fiyatın çok üzerinde fiyat belirlemişlerdir

Davidson tarafından verilen örnekte, Batı Londra’daki bir hastanede temizlik ihalesinde büyük bir rekabet sonucunda fiyat % 40 kırılmış ancak daha sonra yapılan incelemelerde bu politikanın hastanenin temizliğinde olumsuz etkileri olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde, Güney Londra’da özel bir çamaşır şirketinin hastanenin enfekte olmuş çamaşırları için ayrı olanaklar sağlamadığı görülmüş ve yine başka bir çamaşır ihalesinde, özel sektörde yıkanan çamaşırların sadece % 15’inin belirlenen temizlik kriterlerini karşıladığı ortaya çıkmıştır.

İngiltere’de sağlık sektöründe 1982’den sonra özellikle yardımcı hizmetliler sınıfında işsiz kalanların sayısının 1987’de 25000’ e ulaştığı tespit edilmiştir (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, ss. 80-83).

Sonuç olarak hizmet ihalelerini savunanların ve karşı çıkanların görüşlerini dayandırdıkları bir çok örnek ve karşı örnek bulunmaktadır.

24. Hizmet İhalelerinin Etkinliği

Hizmet ihalelerinden beklenen etkinliğin sağlanabilmesi için bir takım koşulların sağlanması gereklidir. Bunlar devletin rolü, ihale edilen hizmetin niteliği ve ihalenin nasıl yönetildiğiyle ilgilidir.

İhale düzenlemesinde ideal olarak devlet kamu mal ve hizmetleri için demokratik biçimde saptanmış taleplerin açıklayıcısı, yetenekli bir satın alma aracısı, özel sektörden satın aldığı mal ve hizmetlerin dikkatli ve bilinçli bir gözlemcisi, vergilerin verimli bir toplayıcısı, sözleşme sahiplerine ödemelerin zamanında ve tam olarak ödenmesini sağlayan bir dağıtıcı olmalıdır.

Hizmet ihale sözleşmeleri aşağıdaki koşullar altında uygun ve etkilidir.

1. Yapılması gereken iş tam olarak tanımlanmıştır.
2. Bir çok potansiyel üretici vardır. Rekabetçi bir ortam ya mevcuttur ya da yaratılabilir durumdadır.
3. Devlet, mütahit firmanın performansını görme şansına sahiptir.
4. Sözleşme belgesinde uygun terimler kullanılmış olup yaptırım özelliği sağlanmıştır (SAVAS, 1994, ss. 90-141).

240. Hizmetin Tanımlanması

Bazı hizmetler, fazla karışıklığa veya yanlış anlamaya yol açmayacak şekilde belirlenebilir. Bazı hizmetler ise bir çok insanın hizmet kapsamı konusunda değişik anlayışlar sergilemesine imkan verecek nitelikte karmaşıktır (SAVAS, 1994, s.122). Örneğin, bir hizmet sağlayıcısı tarafından sunulan yiyeceğin kalitesini ölçmek ve belirlemek kolaydır. Kompleks tıbbi hizmetlerin kalitesini ölçmek ve belirlemek ise kısmen zordur (VİNİNG-GLOBERMAN, 1999, s.84).

Bazı hizmetler diğerlerinden daha fazla tanımlanabildiği için bu tip hizmetler için uygun olan düzenlemeler, başka hizmetler için daha az uygun veya uygun değildir. Belirtilen hizmetler akılcı hizmet isteklerinin hazırlanmasına, isteklere uygun öneriler sunulmasına ve performansın değerlendirilmesine imkan tanımaktadır. Hizmetler, tüm detaylarıyla açıklanabilen çeşitlerden sadece genel hatlarıyla tanımlanabilenlere kadar bir seri oluşturmaktadır. İyi tanımlanamayan hizmetler sözleşme yoluyla kolay sağlanamamaktadır.

Eğer bir hizmet açıkça tanımlanamazsa, herhangi biri onu yeterli düzeyde nasıl sağlayabilir? Bir hizmetin neyi gerektirdiği yeterince açık değilse, bir devlet kurumundan veya herhangi başka birinden bunu yeterli düzeyde yapması nasıl beklenebilir ve yeterli düzey ne demektir? Bu gerçekten kolay bir iş değildir. Yani, yakından denetim, yoğun gözetim, müşteriden üreticiye güçlü bir geri besleme, üretici kurumun alt ve üst düzeyleri arasında büyük bir koordinasyon, hızlı düzeltme, uygulama ve müşteri ile üretici arasında beklentileri imkanları ve yapılanları dengelemek için sürekli pazarlık gerekmektedir. (SAVAS, 1994, ss, 122-124).

241. Rekabetçi Bir Pazarın Sağlanması

Rekabetçi bir pazar, herhangi belirli bir hizmeti sağlamak için yalnızca birkaç firmanın piyasada olduğu fakat çoğu firma, kar amaçsız organizasyon ya da kamu organizasyonu tarafından ödenen fiyatın yüklenici tarafından hedeflenmiş ortalama maliyeti geçmesi durumunda hazır olacağı bir yerdir. Örneğin ödeme ve temel muhasebe hizmetleri pazarları, çoğu firmalar hizmetleri sağlamak için temel yeteneklere sahip olduğundan son derece rekabetçidir (VINING-GLOBERMAN, 1999, s.86). Hizmet ihaleleri'nin etkililik ve etkinliğinin en temel belirleyicilerinden biri rekabettir. Rekabetin derecesi hizmetin etkililiğini gösterecektir. Rekabet müşterinin bir seçimi olduğunun göstergesidir ve demokratik toplumlarda vatandaşın seçimi temel bir kuraldır. Eğer aralarında seçim yapmak için yeterince üretici varsa hizmet sözleşmeleri rekabeti en çok güdeleyen ve böylece ekonomik etkinliği en fazla sağlayan sistemlerden bir tanesidir (SAVAS, 1994, ss.124-125).

İhale edilecek herhangi bir hizmet için rekabet eden bir çok kuruluşun bulunması en idealidir. İngiltere'deki yerel sağlık otoriteleri çoğunlukla beş altı firma ile etkin rekabeti mümkün görmektedirler (HARTLEY-HUBBY, 1993, s.428). Bazı durumlarda rekabetin derecesi halen hizmet sağlayan firmaların sayısından daha önemli olabilir (VINING-GLOBERMAN, 1999, s.86).

Yukarıda bahsedildiği gibi, bazı hizmetler için bir çok üretici mevcuttur veya kolaylıkla bu alana girmeleri için ikna edilebilmektedir. Bazı hizmetler için ise az üretici vardır veya büyük sermaye yatırımı gerektirdiği ya da diğer bazı engellerden dolayı daha çok üretici çekmek çok zordur. Bu faktörler de, sözleşmenin işleyişini etkileyecektir. (SAVAS, 1994, s.124).

Bahsedilen durumlar sözleşme ve sözleşme sonrası aşamada farklı sorunlar yaratır. Sınırlı rekabet, potansiyel tedarikçileri sözleşme müzakereleri boyunca marjinal maliyetin üzerindeki bir fiyatla hizmetleri sunmaya teşvik eder. Daha yüksek fiyat, kısmi hizmet ihalesinin geçiş ücreti olduğu için bir pazarlık maliyeti olarak da düşünülebilir. Düşük rekabet sözleşme müzakereleri sonrasındaki aşamada ise hizmeti satın alan ve olası üçüncü

tarafların karşılaştığı fırsatçılık risklerini artırır. İlk olarak yeni bir tedarikçi hızlı biçimde yerine geçememekte, ikinci olarak dışsallıklar sözleşme ihlal riskini artırmaktadır. Örneğin, hastane ödeme hizmetlerini yapan bir firmanın hizmeti geri çekmekle tehdit etmesi tüm ödeme çeklerini tehlikeye sokabilir. Bununla birlikte kamu ya da yarı kamu kurumları kendi üretimlerini gerçekleştirerek dışsallık problemlerini elimine edemez. Örneğin, kamu hastane çalışanlarının temel hizmetleri geri çekmesi, grev yapması ya da sabotajın değişik biçimleri ortaya çıkabilir.

Bununla birlikte rekabetle ilgili yaşanan problemleri aşmakta kullanılabilecek bazı yaklaşımlar vardır.

Yüksek sabit maliyetler, yeni tedarikçilerin fiziki girişinde bir engel oluşturuyor ve potansiyel tedarikçilerin sayısı sınırlı iken özellikle küçük ve coğrafik olarak yayılmış nüfusların ölçek ekonomileriyle birleştirilerek ölçek ekonomisi sağlayacak kadar geniş bölgelere ayrılması bunlardan birisidir. Sağlık hizmetleri için ödeme yapanların, değişim anlaşmaları ve hastaların sağlık hizmeti almak için coğrafi sınırları geçebilmesi sayesinde, mevcut coğrafi pazarın büyüklüğünü genişleterek rekabeti artırması mümkündür.

Bir başka alternatif potansiyel yaklaşım ise kamuda sözleşme yapanların hizmet üretimi ile ilgili varlıklara kendisinin sahip olması ve üreticiler içinse geri ödemesi olan kliniksel ve ilişkili varlıklara sahip olmaktır. Pratikteki bir mesele olarak bu tahminen binaların ve kısmen nitelikli pahalı ekipmanın mülkiyetlerini sürdürmek için satın alıcıları zorlayacaktır. Değişimde, hizmet sağlama hakkını kazanmış üreticilere bunlar kiralanmış olacaktır. Böylece büyük sabit sermaye yatırımları yapmaya ihtiyaç duyan kimseler azaltılarak rekabet artırılabilir (VİNİNG-GLOBERMAN, 1999, s.87).

Hizmetin bölgelerin parçalanmasına uygun olmaması durumunda, hizmet fonksiyonel bölümlere ayrılabilir, evrak işleri ve bilgi işlem hizmetleri buna uygundur. Yapılması gereken, bir çok küçük ihale açmak; tekliflerin hazırlanmasına uzun zaman tanımak, ihaleden herkesin haberdar olmasını sağlamak, teklif verenlere yeterli bilgiyi iletmek, tek bir şirkete bağımlılığı önleyecek ve ihaleye katılanların önemli bölümünü başarılı kılarak, başarısız olanların bir dahaki sefere ihaleye katılmalarını teşvik edecek kadar çok teşviki ödüllendirmek, kazananların ilgilerini canlı tutmak; bir şirketin bir

seferde en fazla kaç ihale alabileceğini belirleyen düşük bir sınır koymak ve sorunları halledip, ödemeleri çok hızlı yapmak suretiyle şirketlerin ihalelere ilgisini canlı tutmaktır.

Aynı bölgede hem devlet hem de özel sektör aynı hizmeti sağlarsa rekabet daha da keskinleştirilebilir. Belediyenin özel şirketlerle beraber ihaleye katılıp içeriye teklif vermesine “içeriye ihale (contracting in)” adı verilmiştir. Böylece artan rekabet işlerin verimli yürütülmesini ve maliyetlerin ülke ortalamasının altında kalmasını sağlamaktadır. Ayrıca özel şirketin performansını kendi çalışanlarına örnek gösterip çalışma biçimlerine benimseterek özel sektörün verimlilik düzeyini yakalamakta bir diğer katkısı olmuştur (SAVAS, 1994, ss. 360-361).

Kısacası yukarıda rekabetle ilgili görüşler, sağlık hizmetinin doğal tekellerin bazı özelliklerine sahip olduğunu ileri süren ve yüksek başlangıç maliyetleri, ölçek ekonomisi, ve benzeri güçlükler nedeniyle rekabetin gerçekleşmesinin şüpheli olduğunu ifade eden görüşlere (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.81) karşın hastalara yerel bir bölgede hizmet verilmesinin ve üreticilerin yerleşimde sabit olma zorunluluğu bulunan durumlar dışında, ölçek ekonomilerinin ve sabit maliyet yatırımlarının rekabetin bir engeli olmadığını (VİNİNG-GLOBERMAN, 1999, s.88) öne sürer.

242. Hizmet Maliyetlerinin Belirlenmesi

Sözleşme yönteminin en önemli avantajlarından biri maliyetlerin azaltılmasıdır. Güvenilir bir maliyet karşılaştırması yapmak kolay olmayan ve çokça hataların yapılabildiği bir süreçtir (SAVAS, 1994, s.362). Kamu sağlık kurumlarının amacı belirli nitelik ve nicelikteki hizmetlerin dağıtım maliyetlerini minimize etmek olmalıdır. Bu nedenle maliyetlerin dikkatli belirlenmesi gereklidir.

2420. Hizmet İhalelerinde Karşılaşılan Maliyet Türleri

Hizmet ihalelerinde karşılaşılan maliyetler sağlık hizmetlerinin üretimi ile ilgili yönetsel maliyetler ve girdiler için kaynak harcamalarını, yani üretim maliyetlerini içerir. Deneysel kanıt hizmet ihalelerinin maliyetleri düşürme potansiyelinin olduğu ancak buradan elde edilen kazançların yönetsel maliyetlerdeki artıştan çok olması gerektiği yönündedir (VİNİNG-GLOBERMAN, 1999, s.81).

24200. Üretim Maliyetleri

Üretim insan ihtiyaçlarını karşılayacak mal ve hizmetleri meydana getirmek üzere üretim faktörlerinin (doğal kaynak, emek, sermaye, müteşebis) uygun bir biçimde birleştirilme sürecidir (YAZICI, 2007, s. 215). Üretim maliyetleri ise çıktı üretmek için gerçekte kullanılan kaynakların (toprak, işgücü ve sermaye) fırsat maliyetleridir (opurtinity costs). Ekonomik teori üretim maliyetlerinin rekabet olduğunda normalde daha düşük olabileceğini ileri sürer. Fakat teori ve kanıt da, yarışmacı özel bir çevrede kar orijinli firmaların daha düşük maliyetler ortaya çıkardığını öne sürer. Üretim maliyetlerinin, iki nedenden dolayı, hizmet ihalelerinde rekabet nedeniyle daha düşük olması muhtemeldir.

İlk olarak iç üretim, etkin olmak için çok düşük bir seviyede üretimi gerektirebilir. Yani kamu organizasyonu minimum etkinlik seviyesinde mal ve hizmet üretebilmesi için kendisi malı/hizmeti yeterince kullanmaz. Çoklu alıcılara mal ve hizmet satan bağımsız bir üretici minimum etkin ölçeği başarabilir. Üretim maliyetlerinin – sermaye pazarlarına giriş, bilgi öğrenme, yönetsel sistemler gibi maddi olmayan faktörlerde bulunabilen çok önemli ölçek ekonomileri- geniş biçimde kavranması gerekir. Ölçek ekonomilerinin, yalnızca ölçek ekonomilerini kullanan “tek başına” üretim için değil özel sektör üretimi için yeterli bir argüman olmadığına dikkat edilmelidir. Bununla birlikte uygulamada ölçek ekonomilerinin avantajlarını sağlamayı bazı politik yetkilere bağlayabilen kamu organizasyonlarını tasarlamak çoğunlukla zordur. Diğer bir deyişle kar amaçsızlar bu boyutta rekabet edemeyebilirler.

İkinci olarak kamu arzı, teknik olarak fizibil olan minimum üretim maliyetlerini başaramayabilir. Kamu monopolü etkinlik dürtülerini iki biçimde engeller. İlk olarak müşteriler için rekabetçi performans kriterlerini elimine eder. İkinci olarak hizmetin toplam vergiler vasıtasıyla ödenmesi muhtemeldir. Bu yüzden kamu tedarikçisinin etkinliği ve fiyatı belirsizdir. Kanıt, hastanelerde kar amaçsız durumdan kar amaçlı bir duruma değişimin etkinlik gelişmelerine yol açtığını desteklemez. Bu kanıt rekabetin can alıcı öge olduğu fikrini destekler. Rekabetçi bir pazarda kârı maksimize eden firmalar olası en düşük marjinal maliyette fiyata zorlanmış olacaktır. Bu yüzden etkin olmayan uygulamalar elimine edilecektir. Kâr amaçsız hastaneleri ve hekimleri kapsayan kâr amaçsız

organizasyonların amaç fonksiyonu komplekstir. Çok farklı amaç fonksiyonları sunulmuştur. Bu yüzden rekabetin etkisi hakkında bazı teorik belirsizlikler vardır. Bununla birlikte kanıt sağlık hizmetlerinde rekabetin daha düşük maliyetleri ve/veya fiyatları desteklediğini öne sürmektedir. Özellikle hastane hizmetlerindeki daha büyük rekabet yoğunluğunun fiyatları düşürdüğü kanıtlanmıştır. Bu kanıt potansiyel olarak mukavele edilen anlaşmaların çoğunun bakım, teknoloji, yönetim ve diğer fonksiyonlarla ilgili fakat tıbbi konularda olmadığı için hizmet ihalelerini yararlarını geniş biçimde tabii ki tanımlamamaktadır (VİNİNG-GLOBERMAN, 1999, s.82).

24201. Yönetmelik Maliyetler

Bir hizmetin ihale yoluyla gördürülmesi kamu sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Hizmetlerin düzenlenmesinde (regülasyonunda) olduğu gibi, hizmet kalitesinin izlenmesi ve ihaleyi üstlenenlerin ihale şartlarına uyup uymadığını belirlemek için bir yönetmelik birime gerek vardır (TATAR-TATAR-ŞAHİN, 1997, s.82). Bahsedilen bu kapsamdaki maliyetler hizmet ihalelerinin yönetmelik maliyetleridir. Yönetmelik maliyetler pazarlık ve fırsatçılık maliyetleri olmak üzere iki türdür.

Pazarlık Maliyetleri (Bargaining Costs); (1) başlı başına sözleşme müzakereleri sırasında artan maliyetleri, (2) sözleşme sonrası aşamada beklenmeyen durumlar olduğu zaman sözleşmedeki değişimler için müzakere maliyetleri, (3) performans diğer tarafa bağlı olduğunda izleme maliyetleri ve (4) tarafların ön anlaşmalı çözüm mekanizmalarını kullanmayı istememeleri durumunda artan anlaşmazlık maliyetleri olmak üzere farklı maliyet türlerini kapsar. Sözleşme süresince yalnızca ilk maliyet türü gözüküyorken gerçekte bu maliyetlerin tümü maliyetlere katılabilir ve sözleşme aşamasında konu olabilir.

Sözleşme tarafları kendi çıkarları ile hareket ettiği zaman pazarlık maliyetleri artar, fakat iyi niyetle hareket ettikleri zaman artmaz. Hizmet ihalelerinin marjinal pazarlık maliyetleri; organizasyon dışındaki maliyetleri pazarlık yapmaya ihtiyaç olmamasıyla, ihale yapmanın avantajıyla ilgilidir. Organizasyon içerisindeki pazarlıklar örneğin, aşırı ücretler, bonuslar ya da dahili transfer ücretleri maliyetlidir. Bu yüzden konuyla ilgili olan marjinal pazarlık maliyetleridir (VİNİNG-GLOBERMAN, 1999, s. 81).

Fırsatçılık maliyetleri(opportunism costs);Fırsatçılık, daha fazla kendi tarafında olması için tasarlanmış bir işin, anlaşma şartlarını değiştirmek için bir tarafça hareket etmektir. Fırsatçılık maliyetleri, bir taraf kişisel olarak aynı zamanda kötü niyetle davrandığı zaman artar. Kârı getiren, organizasyonlar arasındaki alışverişler olduğu için fırsatçılığın organizasyon içindekinden daha çok hizmet ihalelerinde olması daha muhtemeldir. Bunu organizasyonun kâr amaçlı olup olmaması farklılaştırır. Ayrıca organizasyon içindeki çalışanların, fırsatçı organizasyon üyelerini geri ödemek için daha iyi fırsatlara vardır. Fırsatçılık, organizasyon içinde de oluşabilir. Bu yüzden ilgili olan marjinal fırsatçılık maliyetleridir. Fırsatçılığın çoğunlukla ihale sonrasında olduğu düşünülmüştür. Fakat bazı sözleşme öncesi davranışlar fırsatçılık benzeri karakterlere sahiptir.

Pazarlık ve fırsatçılık maliyetleri arasında analitik olarak kesin bir ayrım yapmak mümkünken, pratikte davranışlarının belirsizlik gibi beklenmeyen değişimlerden kaynaklandığını ileri süren fırsatçı tarafların ilgi alanında olması nedeniyle pazarlık ve fırsatçılık maliyetlerini ayırmak zordur. Çoğunlukla diğer taraf, talebinin beklenen ya da beklenmeyen durumlardan kaynaklanıp kaynaklanmadığını söyleyemez. Yasal pazarlık ve fırsatçılığı ayırmadaki yetersizlik hizmet ihalesi maliyetlerini yükseltir (VİNİNG-GLOBERMAN, 1999, ss. 81-82).

2421. Hizmet İhalesi Maliyetlerinin Belirleyicileri

Hizmet ihalesinin maliyetlerinden olan pazarlık ve fırsatçılık maliyetlerinin toplamını yani yönetsel maliyetleri belirleyen faktörleri görev kompleksliği (task complexity), varlık uzmanlığı (asset specificity) ve rekabet (contestability) olarak sıralamak ve tartışmak mümkündür. Rekabetin hizmet ihaleleri üzerindeki etkisi yukarıda tartışıldığı için bu kısımda tekrar ele alınmayacaktır.

24210. Görev Kompleksliği (Task Complexity)

Görev kompleksliği (ürün/hizmet kompleksliği) bir işin koşullarını ve terminolojisini izlemek ve belirlemekteki zorluk derecesini tarif eder. Görev kompleksliğinin derecesi geniş biçimde tanımlanır:

- Her iki sözleşme tarafını eşit biçimde etkileyen, oyuna sınırlı rasyonelliğin katılma olasılığını artıran, sözleşmeyi çevreleyen belirsizlik,

- Sözleşmede bir tarafın diğer tarafın sahip olmadığı bilgiye sahip olması durumundaki potansiyel bilgi asimetrisi,

- Diğer örgütsel ya da sağlık sektörü faaliyetlerini etkileyen dışsallıkların var olma olasılığı

Sağlık hizmeti alım satım işinin, ikincil ve üçüncül koşul ve sınırlamalarını izlemenin ve belirlemenin zor olduğu yaygın olarak ileri sürülmektedir. Mukavele yapanların bakış açısından bu işlemler hem alım - satım işini çevreleyen önemli belirsizlik olduğu için hem de yükleniciler uygun alım - satım işinin niteliği hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu için kompleks olabilir. Ortak endişe, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yüksek ve hastaların ihtiyaçlarına özel olmasını sağlamanın mukavele yapanlar için zor olacaktır.

Hastalara özel sağlanan bakımın kalitesini belirlemek ve değerlendirmedeki zorluklar önemsiz değildir. Bununla birlikte konuyla ilgili sözleşme yapanları bekleyen esas zorluk çalışma saatinden sonraki çalışmalarda hasta gruplarına spesifik yükleniciler tarafından sağlanan hizmetin mevcut kalite seviyesini ve beklenen kalite arasındaki sapmaları izlemektir. Mevcut kanıt çoğunlukla alternatif üreticilerin varlığının herhangi bireysel bir hizmet sağlayıcının fırsatçı biçimde hareket etme dürtüsünü, gizlice hizmet kalitesini düşürmek gibi, çoğunlukla azalttığı için problemin bazı muhaliflerin öne sürdüğü kadar katı olmayabileceğini ileri sürmektedir. Bu noktada bazı kanıtlar Keijser ve Kirkman Liff'in Arizona Sağlık Bakım Maliyet Kontrol Sistemi incelemesinde sunulmuştur. Yazarlar sistemin rekabetçi fiyat verme süreci altında hem sözleşme planlarını hem de yüksek kalite çıktılarını garanti altına almak için "kalite güvencesi" ve "kullanım yönetimi" mekanizmalarını içine aldığına dikkat çekmektedir. Teklif verenlerce sağlanan kullanım yönetimi mekanizmaları ve kalite güvencesini detaylı tarifleri kamu ajansı için çalışan doktorlar tarafından incelenmiştir. Kamu ajansları hizmet ihalesi sürecini yerine getirmek için geliştirilmiş yönetim bilgi sistemlerini geliştirmek zorunda olduğu için uyarlanan teklif verme sistemi hem maliyet kontrolü hem de kalite kontrolünde oldukça etkili görünmüştür (VINING-GLOBERMAN, 1999, ss. 84-85).

24211. Varlık Spesifikliği (Asset Specificity)

Varlık, alternatif kullanımlarda çok daha düşük değerlere sahipse ve bir hizmetin üretimine gerekli yardımı yapıyorsa spesifikdir. Fiziki varlık spesifikliği, lokasyon spesifikliği, insan varlığı spesifikliği ve geçici spesifiklik (temporal specificity) gibi çeşitli spesifiklik türleri vardır (VİNİNG-GLOBERMAN, 1997, ss.88-89).

Örneğin, fiziki varlık uzmanlığı klinik hizmetleri sağlamak için ihtiyaç duyulan ekipmanı, klinik ofisleri, dializ ekipmanları, position emisyon tomografisi gibi cihazları; insan varlığı uzmanlığı, hekimler, hemşireler, teknisyenler ve benzeri eğitilmiş sağlık hizmetleri personeli içerir (BILLI-PAI-SPAHLINGER, 2004, s. 294).

Varlık spesifikliğinin tüm biçimlerinde problem temel olarak aynıdır. Genellikle sahip olduğu varlıkları, sabit varlıkları (capital assets), bazı durumlarda, insan sermayesi varlığını (human capital assets) çok az kullanan ya da alternatif kullanımı hiç olmayan sözleşmeler, fırsatçılık için potansiyeli artıran sabit maliyetlerdir

Varlıkları teslim eden sözleşme tarafı için gecikme hayati önemdedir. Sözleşme aşamasında hangi fiyatın teklif edildiğinin önemi yoktur. Diğer taraf marjinal maliyetleri gizleyen daha düşük fiyat teklifi sunarak ve oyunun kuralına aykırı hareket ederek fırsatçı biçimde davranabilir.

Lokasyon spesifikliği ile ilgili değişimde geçici spesifiklik ana problemdir. Spesifik olarak kurumsal seviyede sözleşme yapanlar/satın alıcılar, yükleniciler/üreticiler tatmin etmeyen performans gösterdiğinde dahi sağlık hizmetinin dağıtımını kesmeyi zor bulabilir. Diğer sağlık hizmeti üreticilerinin fazla kapasitesi olduğu zamanda dahi çoğunlukla hastaları dışarı yollamak zordur. Alternatif üreticiler mevcut üreticiden önemli bir uzaklıkta bulunduğu zaman bu artabilir. Üreticiler, politik sebeplerle oluşabilse dahi, bölgeleri dışındaki üreticilerle kontak kurmakta gönülsüzdürler. Sonuçta süren durum, daha yüksek ödemelerin yeniden müzakere edilmesi için ısrar etme ve ödemelerin rekabetçi olmadığını ileri sürme gibi fırsatçı biçimde davranacak üreticiler için bazı alanlar sağlar.

Hizmet sağlayıcılar spesifik varlıklara sahip olduğunda, sözleşme yapanlar potansiyel fırsatçı davranışlar konusunda endişelenmelidir. Örneğin Toronto Laboratuvarı

bir yılda 11 milyonun üzerinde numuneyi işler ve son derece otomatik sistemlere sahiptir. Otomasyonun üretimdeki ölçek ekonomilerini son derece artırması, bu yüzden daha düşük birim üretim maliyetleri olması, muhtemeldir. Fakat, fiziki varlık spesifikliğindeki gecikme yüklenicisi daha hayati yapar. Bu yerel satın alıcıların, büyük bir laboratuvarı fiziki olarak kurabilmesi son derece maliyetli olduğu için fırsatçılığa kaçmasıdır. Diğer bir deyişle yeni otomasyon tesisleri, daha düşük maliyette çok daha fazla hastaneye hizmet vermesine izin veren çok daha büyük kapasiteye sahip olmaya yönelir. Daha düşük üretim maliyetleri, daha yüksek ulaşım maliyetleriyle rekabet edebilir. Bu, rekabeti artırır ve gecikme potansiyelini azaltır.

Pazarlık ve fırsatçılık maliyetleri sözleşme süresince ya da sözleşme sonrasında oluşabilmesine rağmen sözleşme aşamasındaki maliyetlere dikkat çekmek fizibil ve etkilidir. İki taraf çok aşamalı bir oyundur. Sözleşme yapan taraf diğer taraf için oyunun her aşamasında optimal stratejinin ne olacağını önceden tahmin edebilir ve bunun için geriye doğru sonuç çıkararak her aşamada kendi optimal stratejisini belirler. Örneğin, mukavele yapan 1. aşamada rekabetin yüksek olduğu, 2. aşamada ve sonraki aşamalar da rekabetin düşük olmasını beklediği bir oyunu oynadığını varsayar. Bu yüzden mukavele yapan 1. periyot stratejisine bu beklentiyi dahil etmelidir. Optimal sonuç tüm potansiyel fırsatçılık maliyetlerini ve pazarlık maliyetlerine hitap eden ve bu maliyetleri bekleyen birinci periyottaki sözleşmedir.

Çok aşamalı oyunun fiili dersi, sözleşme yapanın gelecekteki gelişmeler hakkında uygun beklentileri formüle edebildiği ve planlayabildiğidir. Böyle yapmak için sözleşme yapanlar maliyetlerini azaltacak stratejilerde olduğu gibi fırsatçılık ve pazarlık maliyetlerini etkileyen faktörler vasıtası ile düşünmesi gereklidir. Temelde sözleşmeye ait taahütler, sözleşme sonrasında oluşan olaylarla yalnızca tetiklenebilmelerine rağmen, beklenen pazarlık ve fırsatçılık maliyetlerinin minimize edildiği 1. aşama da yerine getirilmelidir. Bu yüzden planlanan ve gerçekleşen mekanizmalar arasında ayırım yapmak faydalıdır (VİNİNG-GLOBERMAN, 1997, ss.88-89).

243. İhale Şartlarının Gerçekçi Belirlenmesi

Hizmetlerin satın alınması için kullanılacak sözleşme şartnamelerinin, tekliflerin kalitesini ve sayısını etkilediğinden, dikkatle hazırlanması ve sade bir dille yazılması

gerekir. Çok sayıda firmanın teklif vermesi isteniyorsa, ancak hukukçu ve muhasebeci grubu tarafından anlaşılabilir derecede ağır ve kapsamlı dokümanlar çıkarmaktan kaçınılmalıdır.

Şartnamelerin performans gereklerinin ötesinde firmanın işi nasıl yapması gerektiğini ya da ihaleyi alan kuruluşun hizmetleri üretmek için kullanacağı girdileri belirtmesi yanlış bir yoldur. Sadece çıktılar ait özellikler belirtilmeli, hizmetlerin yerine getirilmesinde yaratıcılığa ve yeniliğe imkan tanınmalıdır (SAVAS, 1994, s.367).

İhaleye ciddi teklifler verilmesini ve başarılı olmasını sağlamak için geçici teminat mektubu (bid bond), performans senedi istenmelidir. Geçici teminat ihaleyi kazananın işi reddetmemesi, performans senedi ise sözleşme süresi içinde şirketin iflas etmesi durumu içindir. Tekliflerle birlikte onaylanmış çeklerin verilmesi yaygınlaşmaktadır. Bu, piriminin ihaleyi açan kuruluş tarafından ödendiği bir sigorta poliçesi olarak düşünülebilir (SAVAS, 1994, s.368).

244. İhalenin Yönetimi

Hizmet ihalelerinin yürütülmesi sürecinde ihaleyle ilgili olarak aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi ihalenin sonuçlandırılmasıyla ilgili görevlilere yardımcı olacaktır.

1. İhale olabildiğince geniş bir şekilde duyurulmalı, sözleşmenin yenilenmesi ihaleyi alan kuruluşun etkin hizmet vermesi şartına bağlı olmalıdır (AKTAN, 1993, s.80).
2. İhale şartnamesi çelişkili, yanlış anlaşılabilir ve hatalı koşullar içermemelidir.
3. İhalede başarılı olabilecek katılımcıları saf dışı bırakabilecek sınırlandırıcı koşullardan kaçınılmalıdır.
4. Tekliflerin iyi şekilde değerlendirilebilmesi için ihale tarihi ile tekliflerin tesliminin son günü arasında yeterli zaman bırakılmalıdır.
5. İhaleye katılacakları bilgilendirmek için bir konferans düzenlemelidir. Söz konusu hizmetin ilk ihale edilişi ise, kabul edilecek tekliflerin hazırlanması için bir planlama konferansı düzenlenmelidir.

6. Bir çok fiyat teklifi istemekten kaçınılmalıdır. Eğer bir çok kombinasyon için fiyat isteniyor ise birkaç tane çok düşük teklif verenler olabilir. Düşük teklif verenin kazanması, adam kayırma ve diğer olumsuz sonuçlara neden olabilir. Bu ihaleye gölge düşürür. Bu durumu önceden sezenler ihaleye katılmayabilir.

7. Açık ihalelerde daha sonraki ihalelerde güvensizlik yaratmamak için, teklifleri, uygunsuz gerekçelere dayanarak reddedip daha sonra teklif verenlerden birisiyle pazarlık yapılmamalıdır.

8. İhaleye katılan diğerlerinin nasıl bir fiyat verdiğini öğrenmek için bu yolu seçmiş olabileceği düşünülerek şartnamelere eksik cevap verenlerin tekliflerini yenilemesine imkan verilmemeli, şartnamelere tamamen uyan teklifler ihaleyi kazanabilmelidir.

9. İhale ilanında ihalenin ne zaman sonuçlanacağı açıklanmalıdır. İhalenin sonuçlanma tarihi ile kazananın işe başlama tarihi arasındaki süre teklifi kazanan firmanın yeterli hazırlıkları yapmasına yetecek düzeyde belirlenmelidir (SAVAS, 1994, ss. 370-371).

245. Hizmet Sağlayıcı Firmanın Performansının Denetimi

İhaleyi açan kuruluşların, ihaleyi kazanan şirketin uyması gerekli koşulları ve performans gereklerini çok dikkatli bir şekilde hazırlaması yetmez, sözleşme süresince yetkililerin ihaleyi kazananların faaliyetlerini kontrol etmesi ve izlemesi gereklidir (AKTAN,1993, s.80).

Hizmetlerin izlenmesi, şikayetlerin takibini, kamuoyu araştırmalarını, yerinde yapılan incelemeleri ve ihaleyi alan şirketin iş kayıtlarını takibini içerdiği gibi, birden fazla şirketin veya devlet kuruluşunun da aynı hizmeti verdiği durumda, periyodik maliyet karşılaştırmalarının yapılmasını da içerir. Bazı faaliyetler sürekli olarak halkın denetimindedir. Evsel atıkların toplanması ve trafik ışıklarının tamiri buna verilebilecek en güzel örnektir. Kötü hizmet kendini şikayetle hemen belli eder. Burada dikkat edilmesi gereken şikayetlerin ihaleyi alan kuruluşa değil devlet birimine yapılmasıdır. Şikayetler bu şekilde yapılırsa, performans kayıtları kolayca ve ucuz bir biçimde tutulabilir.

Diğer izleme teknikleri arasında ihaleyi alan kuruluşun ansızın denetlenmesi ve belli zamanlarda, örneğin inşaat projelerinin kritik aşamalarında, yerinde yapılan incelemeler sayılabilir. Diğer sözleşme hizmetleri de değişik şekillerde izlenebilir. Örneğin, düzenli aralıklarla yapılan teftişlerle bina bakım ve temizliğinin değerlendirilmesi yapılabilir.

Sözleşmelerin izlenmesi; neyin nasıl ölçüleceğinin önceden dikkatli bir şekilde planlanmasını, gözlemcilerin eğitimini, uygun bir kayıt sistemini ve toplanan kayıtların analizini gerektirir. Tam gün çalışma gerektirmeyen bazı izleme işlerinde emekliler ve ev hanımları çalıştırılabilir.

Sözleşme iyi şekilde izlenmeyip idare edilmediği takdirde, uzun vadede rekabetin zayıflaması ve sözleşme yoluyla özelleştirilen hizmetin devletinkinden farklı olmayan özel bir tekele dönüşmesi tehlikesi doğar (SAVAS, 1994, ss.370-372).

25. Hizmet İhaleleriyle İlgili Yasal Mevzuat

Kamu ihale sürecinde gerçekleştirilen reformlar çerçevesinde 2002 yılı Ocak ayı içinde kabul edilen ve 2003 yılı Ocak ayı itibariyle yürürlüğe girmiş kamu ihale sürecinin yasal çerçevesi 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ve 4735 sayılı Kamu İhaleleri Sözleşmeleri Kanunu ile belirlenmiştir.

Buna göre, Kamu İhale Kanunu, satın alma sürecine ilişkin esas ve usulleri belirlerken, Kamu İhaleleri Sözleşmeleri Kanunu bu süreç sonunda imzalanacak sözleşmelere ilişkin hükümleri getirmektedir. Her iki kanun daha önce yürürlükte bulunan eski mevzuata göre yaklaşık maliyet, ekonomik açıdan en avantajlı teklif, aşırı düşük teklif değerlendirmesi, Kamu İhale Kurumunun kurulması gibi yenilikleri getirmiştir. Uygulamada karşılaşılan güçlükleri aşmak ve Avrupa Birliği uyum düzeyini artırmak amacıyla her iki kanunda birkaç kez değişiklik yapılmıştır (KİK, 2006, s.7).

250. İhale Kanununun Temel İlkeleri

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ile ihalelerde saydamlık, rekabet, eşit muamele, güvenilirlik, kamu oyu denetimi, ihtiyaçların uygun şartlarda ve zamanında karşılanması, kaynakların verimli kullanılmasını en geniş biçimde sağlanması amaçlanmıştır. (KİK, 2006, s.8):

1. *Saydamlık* : İhalelerin isteklilerin yanı sıra hazır bulunan herkes önünde açık olarak yapılması ve ihale dışında kalan veya teklifi uyum görülmeyen isteklilerin talep etmesi halinde yazılı olarak gerekçelerin belirtilmesidir.

2. *Rekabet* : İdarelerin, ihalelerde rekabetin gerçekleşmesine yönelik olarak gerekli ortamı sağlaması, rekabeti engelleyici davranışlardan ve düzenlemelerden kaçınması, fiyatların oluşmasında hiçbir müdahale olmaksızın serbestçe belirlenmesi ilkesidir. Kanun'da ayrıca aşırı düşük tekliflerin değerlendirilmeyeceği kural olarak benimsenmiş olup ancak değerlendirilebilmesi için özel bir yöntem öngörülmüş olması nedeniyle haksız rekabete de izin verilmemiştir.

3. *Eşitlik* : Eşitlik, ihalelerde adaylara istekli olabileceklere veya katılan bütün isteklilere ihalenin her aşamasında idarece eşit davranılmasıdır.

4. *Güvenirlilik* : Güvenirlilik ilkesi idareler tarafından ilan yapıldıktan sonra ihaleye katılım kuralları, ihale usulü, tekliflerin türü, tekliflerin değerlendirilmesi gibi hususlarda değişiklik yapılmaması, aynı şekilde isteklilerin süreç içerisinde sundukları teklifleri geri alamaması ve hatalı teklif verenlerin cezalandırılmaları olarak açıklanabilir.

5. *Kamuyu Denetimi* : Kamu kaynaklarının kullanımı konusunda kamuoyunun bilgilendirilmesi sadece ihale öncesi değil, ihale sırasında ve ihale sonrasında şeffaflığın ve saydamlığın sağlanması amacıyla, yapılan ihalelere ilişkin işlemlerin açık olması, sonuçların ilanı ve bu surette kamuoyu önünde hesap verilebilmesidir.

6. *İhtiyaçların Uygun Şartlarda ve Zamanda Karşılanması* : İhalelerin işin özelliği ve niteliği dikkate alınarak en uygun fiyatla, en uygun zamanda ve daha kaliteli temin edilebilmesi için arz ve talep şartları göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmesidir.

7. *Kaynakların Verimli Kullanılması* : Verimlilik, harcanan paranın karşılığında en iyi değer elde edilmesidir. Kamu alımlarında verimlilik, ihtiyaç duyulan mal, hizmet ve yapım işinin ekonomik açıdan alınmasını gerektirmektedir.

251. Hizmet İhale Süreci

Hizmet ihalesi süreci, ihtiyacın ortaya çıkmasıyla başlayan birbirini takip eden 11 aşama içerisinde ele alınabilir.

2510. İhtiyacın Ortaya Çıkması

İlk olarak ihtiyaç duyulan hizmet işlerinin neler olacağı ve söz konusu ihtiyaçların nasıl tespit edileceğine ilişkin hususlar yer almaktadır. Bu ihtiyaçların idarenin yerine getirdiği görevler doğrultusunda önceden planlanmış olması ve ihtiyacın doğru tespit edilmesi satın almalarda belirtilen temel ilkeleri hayat geçirmeyi sağlar. Yine hizmet satın alınabilmesi için yeterli ödeneye sahip olunması lazımdır (KİK, 2006, s.17).

2511. Teknik Şartnamenin Hazırlanması

Ortaya çıkan ihtiyacın giderilmesi için ikinci adım, satın alınacak hizmetin niteliklerinin detaylı olarak tespit edilmesidir. Bu özelliklere ve teknik kriterlere teknik şartnamelerde yer verilir. Teknik şartnameyi kendi hazırlayamaması durumunda idare, bunu dışardan danışmanlık hizmet sunucularına hizmet alımı yoluyla hazırlattırmalıdır (KİK, 2006, ss.17-18).

2512. Yaklaşık Maliyetin Tespit Edilmesi

Bu aşamada ihtiyaç duyulan hizmet işinin kendisine maliyetinin ne olacağı konusunda detaylı hesaplara ulaşacaktır. Ayrıntılı miktar ve fiyat araştırması yapılarak katma değer vergisi hariç maliyet belirlenir. Bu araştırmada diğer idarelerce gerçekleştirilmiş benzer hizmetlerdeki fiyatlar ve ücretler, meslek odalarınca belirlenmiş fiyatlar esas alınır. Belirtilen kaynaklardan alınan bilgilerle yaklaşık maliyetin tespit edilememesi durumunda alınan fiyat tekliflerini ortalaması alınarak veyahut konuyu uzmanı bilirkişilerden soruşturularak oluşturulan fiyatlar esas alınır (KİK, 2006, ss.23-24).

2513. İhale Usulünün Tespit Edilmesi

Hizmet alım ihalelerinde üç tip ihale usulü kullanılmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (KİK, 2006, s.24):

- Bütün isteklilerin teklif verebildiği açık ihale usulü,
- İşin özelliğinin uzmanlık ve/veya ileri teknoloji gerektirmesi nedeniyle açık ihale uygulanmadığı durumlarda yapılacak ön yeterlilik değerlendirme sonucunda belli istekliler arasında ihale usulü,

– İhale sürecinin ikili aşamalı gerçekleştirildiği ve idarenin ihale konusu işin teknik detaylarını ve gerçekleştirme yöntemlerini ve fiyatı isteklilerle görüştüğü pazarlık usulü.

2514. İhale ve Ön Yeterlilik Dokümanları

İdareler tarafından hazırlanacak olan ihale ve ön yeterlilik dokümanında isteklilere talimatları da içeren aşağıdaki belgeler bulunur (KİK, 2006, s.27):

- İdari şartname
- Sözleşme tasarısı
- Teknik şartname
- İşin niteliğine göre belirlenen standart formlar
- Gerekli diğer bilgi ve belgeler

2515. İhale Onayının Alınması

İhaleye çıkılabilmesi için gerekli hazırlıkları kapsayan ihtiyacın saptanması ve teknik şartnamenin hazırlanması, yaklaşık maliyet hesap cetveli, şartnameler ve diğer ihale dokümanları bu aşamada onay belgesine eklenir ve bu onay belgesi ihale yetkilisince onaylanır.

İdarelerce ihale onayının alınmasından sonra ihale ilanı veya davetinden önce Kamu İhale Kurumundan ihale kayıt numarası alınır. Bu numara standart formlara ve ihale dokümanına eklenir ve tüm belgeler ihale işlem dosyasında muhafaza edilir (KİK, 2006, ss.42-43).

2516. İhale Komisyonunun Kurulması

İhtiyaç konusu hizmet alım işinin onayının alınmasından sonra ihale yetkilisi tarafından biri başkan, ikisi ihale konusunda işin uzmanı, biri muhasebe ve mali işlerden sorumlu personel olmak üzere en az beş üyeden oluşan komisyon kurulur. Üye sayısı gerektiği kadar, tek sayıda olmak şartıyla artırılabilir (KİK, 2006, s.43).

2517. İhale ve Ön Yeterlik İlanları

İhalelere katılacak isteklileri davet niteliğinde olan ilanlarda gerekli bilgilerin edinilmesine olanak sağlamak amacıyla, ihale konusu işi tanımlayacak hususlar ile isteklilerin yeterliliğin tespiti için istenilen belgelere ilişkin bilgiler belirtilir.

İhale ilan metinlerinin ihale dokümanı ve idari şartname esas alınarak düzenlenmesi gereklidir. İhale ilan sürelerine ilişkin düzenlemeler ise ihale usulüne, yaklaşık maliyete ve eşik değerlere bağlı olarak değişmektedir ve ihalenin ve/veya işin yapılacağı yerlerin birindeki gazetelerin birinde ilan edilir (KİK, 2006, ss.44-45).

İhale konusu ile ilgilenen tüm isteklilerin incelemesi ve bilgi sahibi olabilmesi için ön yeterlilik ve/veya ihale dokümanı idari şartnamede belirtilen yerlerde ücretsiz olarak görülebilir. Ancak ihaleye katılmak isteyenlerin uygun teklif vermelerini temin etmek ve ihale şartlarında meydana gelebilecek değişikliklerin isteklilere duyurulmasını sağlamak amacıyla ihale dokümanını satın almaları zorunludur.

İlan yapıldıktan sonra değişiklik yapılmaması esas olmakla beraber, tekliflerin hazırlanmasında maddi veya teknik hataların tespit edilmesi gibi zorunlu sebeplerden dolayı zeyilname düzenlenerek başvuru/teklif verme tarihinden 10 gün önce yapılan değişikliklerin dokümanı satın alan isteklilerin elinde olacak şekilde gönderilmesi gereklidir.

İhale ve/veya ön yeterlilik dokümanlarında ilgili aday ve isteklilerin son teklif verme tarihinden en az 20 gün önce yazılı olarak açıklama isteme hakkı vardır. Örneğin, fiyat farkı ile ilgili yeterince açıklık bulunmadığı gerekçesiyle bir açıklama talebinde bulunulabilir (KİK, 2006, ss.60-62).

2518. Tekliflerin Sunulması ve Değerlendirilmesi

İdareye sunulan tekliflerin değerlendirilme aşamasındaki süreçler ihale usulüne göre değişmektedir.

25180. Belli İstekliler Arasındaki İhale Usulünde Ön Yeterlilik Değerlendirmesi ve İhaleye Davet

Belli istekliler arasındaki ihale usulünde adayların uzmanlık ve ileri teknoloji bakımından ön yeterlilik koşullarını sağlayıp sağlamadıklarını belirlemek için ön yeterlilik dokümanında belirtilen değerlendirme kriterlerine göre ön yeterlilik değerlendirilmesi yapılır.

Ön yeterlilik başvuruları idarelerce belirlenen bir görevli tarafından elden ya da iadeli taahhütlü posta ile teslim alınır ve bunlar standart form ile listelenir. Başvuru belgelerinin aslı veya aslına uygunluğu noterce onaylanmış örnekleri olmalıdır. Ön yeterlilik başvuru belgeleri başvuru mektubu ekinde üzerinde adayın adı, soyadı, ticaret ünvanı ve tebligat adresi, ihaleyi yapanın açık adresi zarfın yapıştırma yerinin üzerinde adayın imza ve mührünün kaşesini bulunduğu bir zarfla idareye sunulmalıdır.

İhale komisyonu zarfları alışı sırasına göre incelemeye alarak ön yeterlilik şartnamesine uygun olan zarfları, alınış sırasına göre adaylar önünde açar. Bu işlemler bir tutanakla tespit edilir. Sunulan belgelerde başvuru esasını değiştirmeyecek nitelikteki bilgi ve eksikler ve başka kurum kuruluşların düzenlediği belgelere ilişkin eksikler idarelerce belirtilen sürelerde tamamlanabilir. İhale dışı bırakılma ve ihaleye katılmayacaklarla ilgili genel hükümler göz önünde bulundurularak yapılan ilk değerlendirme sonucunda adayların ayrıntılı değerlendirmesi yapılır. Asgari yeterlilik kriterlerine sahip adaylar tespit edilir. Olmayanlara yeterli görülmemeye gerekçeleri iadeli taahhütlü postayla ayrıntılı olarak bildirilir.

Ön yeterlilik değerlendirme sonucu ihaleye davet edilecek aday sayısının beşten az olmaması ihaleye teklif verecek sayısının da üçten az olmaması gereklidir. Aksi halde ihale iptal edilir. Ön yeterlilik değerlendirme sonucu, asgari yeterlilik koşullarına sahip tüm adaylara ihale davet mektubu gönderilir. Ön yeterlilik değerlendirmesi sonrası belli istekliler arasında ihale usulünde tekliflerin alınması ve değerlendirilmesi açık ihale usulü ile paralellik gösterir (KİK, 2006, ss. 65-66).

25181. Açık İhale Usulü ve Belli İstekliler Arasındaki İhale Usulünde Tekliflerin Sunulması ve Değerlendirilmesi

İstekliler tekliflerini ihaleye katılımda aranılacak zorunlu belgeleri, mali ve ekonomik mesleki ve teknik yeterlilik belgelerini idari şartnamede belirlenen düzenlemeye uygun olarak geçici teminat da dahil olmak üzere bir zarfla idareye sunarlar.

İlk değerlendirme sonucu teklif mektubu ile geçici teminatı uygun olan isteklilerin tekliflerinin ayrıntılı değerlendirmesine geçilir. Daha sonra isteklilerin ihale konusu işi yapabilme kapasitesini belirleyen yeterlilik kriterlerinin ihale dokümanında belirtilen şartlara uygun olup olmadığı incelenerek uygun bulunmayan teklifler değerlendirme dışı bırakılır.

Son aşamada isteklilerin teklif mektubu eki cetvellerinde aritmetik hata bulunup bulunmadığı kontrol edilir. Ayrıca yazılı olarak isteklilerden verdikleri tekliflere açıklık getirmeleri istenebilir (KİK, 2006, ss. 66-70).

25182. Pazarlık Usulünde Tekliflerin Sunulması ve Değerlendirilmesi

Yeterlilik başvurusunun yapılması ile başlayan bu süreçte teklifin esasını bozmayan eksikler tamamlandıktan sonra ihale komisyonunun belirlediği süre içerisinde istekliler, ihale konusu için teknik detayları ve gerçekleştirme yöntemleri gibi hususlarda fiyat içermeyen ilk (teknik) tekliflerini sunarlar. Daha sonra ihale komisyonu idarenin ihtiyaçlarını en iyi karşılayacak çözümler üzerinde her istekli ile görüşme yapar.

Teknik görüşmelerde şartların netleşmesi üzerine, ihale komisyonu bu şartları karşılayabilecek isteklilerden, gözden geçirilerek şartları netleştirilmiş teknik şartnameye dayalı fiyat tekliflerini de içeren, son tekliflerini vermelerin ister. İsteklilerin geçici teminat, teklif mektubu ve idarece istenen diğer belgelerden oluşan son tekliflerini sunmalarından sonra öncelikle teklif mektubu ve geçici teminatın uygun olup olmadığı kontrol edilir.

Önemsiz eksikler ve teklifin esasını bozmayan eksikliklerin isteklilerce giderilmesi sağlandıktan sonra, teklif mektubunun ekindeki aritmetik cetvellerde hata olup olmadığı kontrol edilerek hata varsa ihale komisyonu tarafından resen düzeltilir. Düzeltilmiş teklif

istekliye teklif edilerek beş gün içerisinde düzeltilmiş teklifi kabul edip etmediğini bildirmesi beklenir Teklif veren istekli sayısı 3' ten az olmamalıdır. Aksi durumda ihalenin iptali gerekir.

4734 Sayılı Kanununun 21. Maddesi (a), (b), (c) bentlerine göre yapılan ihalelerde son tekliflerini veren isteklilerle fiyat görüşmesi yapılır. Bu fiyat görüşmesinde isteklilerce verilen fiyat teklifleri açıklanır ve ilk tekliflerine bağlı kalmak kaydıyla son fiyat tekliflerini vermeleri istenir. Verilen bu teklifler değerlendirilerek ihale ekonomik açıdan en avantajlı teklif sahibi üzerine bırakılır.

4734 Sayılı Kanununun 21. Maddesi (d), (e), (f) bentlerine göre yapılan ihalelerde ise sunulan teklifler üzerine fiyat teklifi yapmadan ihale sonuçlandırılır (KİK, 2006, ss.70-75).

25183. Aşırı Düşük Tekliflerin Değerlendirilmesi

İhale komisyonu teklifler arasında ve idarenin tespit ettiği yaklaşık maliyete göre fiyatı aşırı düşük olanları reddetmeden önce hizmetin yapım yöntemi, seçilen teknik çözümler ve kullanılacak avantajlı koşullar, teklif edilen yapım işinin özgünlüğü konularını dikkate almak üzere teklif sahiplerinden yazılı açıklama ister. Açılımları yeterli görülmeyen isteklilerin teklifleri reddedilir (KİK, 2006, s.75).

25184. Ekonomik Açıdan En Avantajlı Teklifin Değerlendirilmesi

İdareler, ihale dokümanında, ekonomik açıdan en avantajlı teklifin fiyat dışındaki unsurlar dikkate alınmak suretiyle mi belirleneceğini idari şartnamelerinde belirtmek zorundadır. Buna göre, idareler işletme ve bakım maliyeti, maliyet etkinliği, verimlilik, kalite, teknik değer ve özel ilave kriterlerden dikkate alacakları unsurları belirtmelidirler. İdari şartnamede fiyat dışı unsurların parasal değerleri, bu mümkün değilse nispi ağırlıkları belirtmelidir (KİK, 2006, ss.75-76).

25185. İhalenin Karara Bağlanması ve Onaylanması

Yapılan değerlendirmeler sonucunda ihale ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren istekli üzerine bırakılır. İhale üzerinde kalan isteklinin, kamu ihalelerine katılmaktan yasaklı olup olmadığı teyit edildikten sonra ihale komisyonu kararı ihale yetkilisi

tarafından izleyen 5 gün içinde onaylar veya gerekçesini açıkça belirtmek üzere ihaleyi iptal eder.

25186. Geçici Teminatın Ödenmesi

İhalenin karara bağlanmasından sonra ihale üzerine kalan istekli ile ekonomik açıdan en avantajlı ikinci teklif sahibi istekliye ait teminat mektupları ihaleden sonra saymanlık ya da muhasebe müdürlüklerine teslim edilir. İhaleyi kazananın geçici teminatı, kesin teminatın veriliş sözleşme imzalanması ile iade edilir.

2519. İhale Sonucunun Bildirilmesi ve Sözleşme Yapılması

İhale kararının ihale yetkilisi tarafından onaylandığı günü izleyen 3 gün içinde ihale sonucu, ihaleye teklif veren tüm isteklilere iadeli taahhütlü mektupla bildirilir. Yasal tebligat süresinin bitimini takip eden üç gün içinde sözleşme imzalamaya davet edilir. İsteklinin bu tebliğ tarihinden sonra on gün içerisinde kesin teminatını vermesi istenir.

Kesin teminatı verdikten sonra geçici teminatı iade edilir. Sözleşme, ihale yetkilisi ve yüklenici tarafından imzalanır. Teklifi değerlendirmeye alınmayan ve uygun görülmeyen isteklilerin, talepte bulunmaları durumunda idare gerekçelerini bildirmek zorundadır. 4734 sayılı kanununun 47'inci maddesinde belirtilen ve güncellenen tutarı aşan ihale sonuçları imza tarihini izleyen 15 gün içinde standart forma uygun olarak kamu ihale bülteninde ilan edilir (KİK, 2006, ss.78-80).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAHA ARAŞTIRMASI

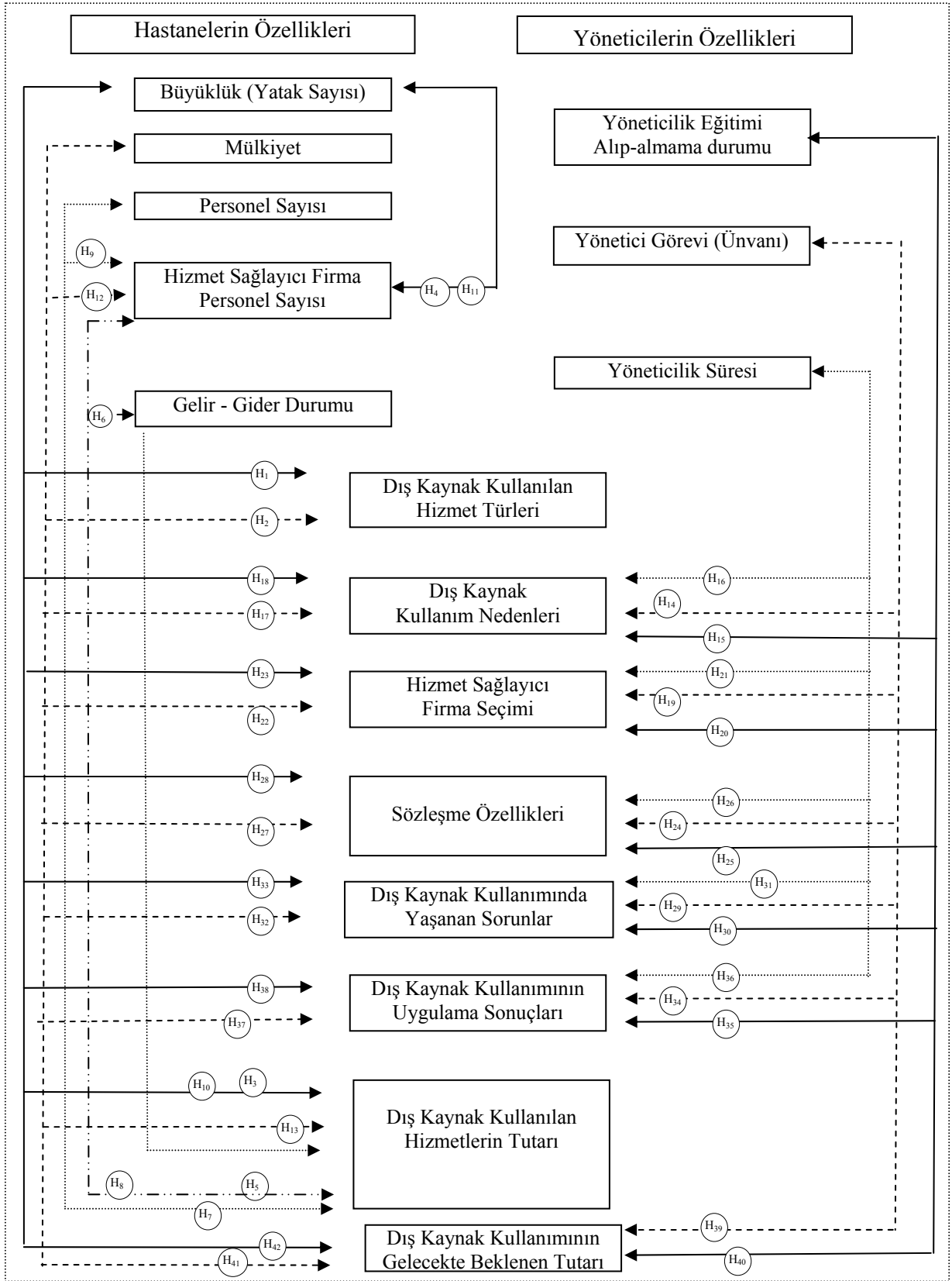
30. Araştırmanın Amacı

Günümüzde dış kaynak kullanım yönetim stratejisi, hastane hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu stratejinin Türkiye’de hastane hizmetlerindeki uygulamaları konusunda ise sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar, kamu kesimindeki hastanelere ya da az sayıda hastaneye yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma dış kaynak kullanımı konusunda özel hastane işletmeleriyle, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastaneleri kapsayan Türkiye’de yapılan en kapsamlı araştırmadır. Araştırmada, özel kesimdeki ve kamu kesimindeki hastanelerde, dış kaynak kullanımının mevcut uygulamalarını saptamak ve dış kaynak kullanımı ile ilgili görüşleri hastanelerin ve yöneticilerin özellikleri açısından ortaya koymak amaçlanmıştır. Ayrıca kamu kesiminde hastanelerin hizmet sunumunun büyük oranda Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplandıktan sonraki yapının sektörün yöneticileri tarafından değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Böylece post modern yönetim stratejilerinden biri olan dış kaynak kullanımının; hastanelerin hangi hizmetlerinde kullanıldığı, kullanım gerekçeleri, uygulanması durumunda hizmet sağlayıcı seçiminde dikkat edilmesi gereken noktalar, uygulanması sonucunda sağladığı faydalar, uygulamalarında karşılaşılan sorunlar, taşıdığı riskler ve gelecekte izleyeceği gelişim ortaya konulmuştur.

31. Araştırmanın Önemi

Dünyada bir sektör haline gelen dış kaynak kullanımı konusunda ülkemizde hastaneler üzerinde yapılan bilimsel araştırmalar son derece sınırlı ve sürekli değildir. Oysa sağlık endüstrisi içerisinde hastaneler, hizmet sağlayıcı firmaların en önemli müşterileri arasındadır. Dış kaynak kullanım iş modeli globalleşen dünyada yükselen bir değerdir. Bu bakımdan dış kaynak kullanımı sektöründen hizmet alan kuruluşların yöneticilerinin düşünceleri, mevcut uygulamalar ve bu uygulamalarla ilgili değerlendirmeler, uygulama sonuçlarına bağlı yönetsel düşüncedeki değişimin tespiti dış kaynak kullanım stratejisinin hastane hizmetlerinde gelecekte yaşayacağı trendi belirginleştirilmesi açısından önemlidir. Kurumsal düzeydeki uygulamaların değerlendirilmesiyle ilgili bu tespitler, sağlık politika yapıcılarına olduğu kadar sektöre hizmet sunan, hizmet sağlayıcı firmalara ve profesyonellere de yol gösterici olacaktır.

32. Araştırma Modeli ve Hipotezleri



Şekil : 5
Araştırma Modeli

- H₁: Hastane büyüklüğüyle, hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmet türleri arasında ilişki vardır.
- H₂: Hastane mülkiyetiyle, hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmet türleri arasında ilişki vardır.
- H₃: Hastane büyüklüğüyle, hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmetlerin tutarları arasında ilişki vardır.
- H₄: Hastane büyüklüğüyle, hastanelerin hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında ilişki vardır.
- H₅: Hastane gelir ve giderleriyle, hizmet alım tutarları arasında ilişki vardır.
- H₆: Hastane gelir ve giderleriyle, hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında ilişki vardır.
- H₇: Hastane hizmet alım tutarlarıyla, personel sayıları arasında ilişki vardır.
- H₈: Hastane hizmet alım tutarlarıyla, hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında ilişki vardır.
- H₉: Hastane personel sayılarıyla, hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında ilişki vardır.
- H₁₀: Hastane büyüklüğüne göre, hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmetlerin tutarları arasında fark vardır.
- H₁₁: Hastane büyüklüğüne göre, hastanelerin hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında fark vardır.
- H₁₂: Hastane mülkiyetine göre, hastanelerin hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında fark vardır.
- H₁₃: Hastane mülkiyetine göre, hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmetlerin tutarları arasında fark vardır.

- H₁₄: Yöneticilerin görevleriyle, dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₁₅: Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₁₆: Yöneticilik süreleriyle, yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₁₇: Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₁₈: Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₁₉: Yöneticilerin görevleriyle, hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₂₀: Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₂₁: Yöneticilik süreleriyle, yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₂₂: Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₂₃: Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₂₄: Yöneticilerin görevleriyle, sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.
- H₂₅: Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.

- H₂₆: Yöneticilik süreleriyle, yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.
- H₂₇: Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.
- H₂₈: Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.
- H₂₉: Yöneticilerin görevleriyle, dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₀: Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₁: Yöneticilik süreleriyle, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₂: Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₃: Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₄: Yöneticilerin görevleriyle, dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₅: Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₆: Yöneticilik süreleriyle, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₇: Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.

- H₃₈: Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.
- H₃₉: Yöneticilerin görevleriyle, dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılında beklenen tutarları arasında bir ilişki vardır.
- H₄₀: Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılında beklenen tutarları arasında bir ilişki vardır.
- H₄₁: Hastane mülkiyetine göre, dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılında beklenen tutarları arasında bir ilişki vardır.
- H₄₂: Hastane büyüklüğüne göre, dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılında beklenen tutarları arasında bir ilişki vardır.

33. Araştırmanın Metodolojisi

330. Araştırmanın Kapsamı

Sağlık Bakanlığı 2005 yılı “Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı” verilerine göre kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı bünyesindeki fiili yatak kapasitesi 50 ve üzerinde olan ilçe, genel, branş ve eğitim araştırma hastaneleri ile özel kesim bünyesinde fiili yatak kapasitesi 30 ve üzerinde bulunan Türkiye’deki toplam 818 hastane araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın evrenini Türkiye genelindeki 818 hastanenin üst düzey yöneticisi oluşturmaktadır. Araştırma evrenini oluşturan tüm hastanelere anket gönderilmiş ya da anket uygulanmış, örneklem seçilmemiştir. Her hastanede bir yönetici tarafından cevaplandırılması istenen anket 556 yönetici tarafından cevaplandırılmıştır. 33 anket ise veri analiz aşamasından sonra cevaplar ulaştığı ya da hatalı doldurulduğu için analiz dışı bırakılmıştır.

331. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tanımlayıcı nitelik taşıyan bu çalışma mevcut durumun tespitine ve yönetici görüşlerinin değerlendirmesine yöneliktir.

Araştırmada kamu kesimi içinde yer alan Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve Belediyeler bünyesindeki hastaneler, yönetsel ve mali rejimlerindeki farklılıklar ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin kamu kesimini temsil etme kabiliyeti nedeniyle, araştırma kapsamına alınmamıştır. Dolayısıyla araştırma sonuçları bu hastaneler için genellenemez.

Araştırma kapsamına alınan hastanelerde büyüklük ölçüsü olarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinde fiili yatak sayısının 50 yatak olarak belirlenmesinin birincil nedeni dış kaynak kullanımı uygulanabilecek fonksiyonların büyüklüğe bağlı olarak genişlemesinden ötürüdür. Ayrıca hizmet sağlayıcı piyasası da belirli nüfus büyüklüğünün bulunduğu yerleşimlerde oluşmaktadır. Özel kesime ait hastane işletmelerinde daha düşük bir büyüklük ölçeğinin, yani fiili yatak sayısının 30 olarak seçilmesinin nedeni ise özel sektör hastanelerinin kendine özgü karakteristiği gereği düşük ölçekte yapılanmasından kaynaklanmaktadır.

332. Verilerin Toplanması

Araştırmada, veri toplamak amacıyla kullanılan anket; dış kaynak kullanımı ve hizmet ihaleleriyle ilgili işletme yönetimi ve sağlık yönetimi alanındaki literatür taramasına, hastane yöneticilerinin görüşlerine, konuyla ilgili yasal mevzuata ve çeşitli endüstrilerde daha önce yapılmış saha çalışmalarına dayalı olarak dizayn edilmiştir.

Ankette yöneticilerin dış kaynak kullanımı konusundaki görüş ve düşüncelerini saptamaya yönelik olarak “Beşli Likert Tipi Anket Ölçeği” kullanılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünden araştırma sonuçlarının Sağlık Bakanlığına sunulması koşuluyla yasal izin alınmıştır. Ayrıca anket cevaplanma oranını artırmak için Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ile verilerin ve araştırma sonuçlarının paylaşılması yönünde protokol yapılarak ön yazı ile anketler postayla İl Sağlık Müdürlüklerine, İl Sağlık Müdürlükleri kanalıyla da hastanelere gönderilmiştir. Cevaplar yine İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla geri dönüş zarflarıyla toplanmıştır.

Özel hastane işletmeleriyle ilgili anket uygulamaları, özel hastanelerin yoğun olarak faaliyet gösterdiği İstanbul ilinin büyük bir bölümünde yüz yüze görüşme yöntemiyle

gerçekleştirilmiş, diğer şehirlerde ise postayla anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler 15 Temmuz 2006 – 30 Eylül 2006 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Anketler genel müdür, işletme müdürü, hastane müdürü pozisyonlarındaki hastane yöneticilerince, tıbbi hizmetlerden sorumlu başhekim ve medikal direktörlerce ya da hizmet satın alımlarından sorumlu fonksiyonel yöneticilerce (destek hizmetler müdürü, satın alma müdürü, vb.) cevaplandırılmıştır.

Kamu hastanelerinin gelir ve giderleriyle ilgili anketler aracılığıyla elde edilen finansal veriler, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Döner Sermaye İhale Yatırımlar Şube Müdürlüğünden elde edilen verilerle karşılaştırılarak eksik bilgiler tamamlanmış ya da doğrulanmıştır.

333. Verilerin Analiz Yöntemi

Anket yöntemiyle toplanan veriler SPSS 11.00 paket programı yardımıyla analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaneler ve yöneticilere ait genel özellikler frekans ve yüzde dağılımı gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak incelenmiştir. Ölçme düzeyi sınıflama ve sıralama düzeyinde olan hastane ve hastane yöneticilerine ait özelliklerle hastane yöneticilerinin dış kaynak kullanımı konusundaki görüş ve düşüncelerine yönelik ifadelerin karşılaştırılmasında “Pearson Ki Kare Analizi” ve “Fischer’s Exact Ki Kare Testi” kullanılmıştır. Test şartlarının sağlanamadığı durumlarda yüzdeler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Hastanelerin gelir giderleri, yatak sayıları, personel sayısı, hizmet sağlayıcı firma personel sayısı arasında ilişki olup olmadığı korelasyon analizi yapılarak belirlenmiştir. Oransal ve eşit aralıklı düzeyde ölçülen, hastanelerin gelir ve giderleri, hizmet sağlayıcı firma personel sayısı ve mülkiyetleri arasındaki iki gruplu ortalama karşılaştırmalarında “Student t Testi”; hastanelerin gelir ve giderleri, hizmet sağlayıcı firma personel sayısı ve hastane büyüklüğü arasındaki ikiden fazla gruplu ortalama karşılaştırmalarında ise “Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi ” kullanılmıştır.

Anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı ilişkinin veya gruplar arasında farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı ilişkinin veya gruplar arasında farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

34. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde; araştırmaya katılan hastanelere ve yöneticilere ait tanımlayıcı istatistikler ile yöneticilerin dış kaynak kullanımı konusundaki düşünce ve değerlendirmelerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

340. Tanımlayıcı Bulgular

Tanımlayıcı bulgular olarak araştırmaya katılan hastaneler ve yöneticilerle ilgili özellikler aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir. Tablo : 10'da araştırmayı cevaplayan hastanelerin mülkiyet, büyüklük (yatak sayısı), personel sayısı, hekim sayısı, gelir gider durumları ve satın aldıkları hizmetlerin toplam tutarlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo : 10
Hastanelerin Özelliklerine Göre Dağılımı

	N	%
Hastane Mülkiyeti		
Kamu	423	75,8
Özel	133	23,7
TOPLAM	555	100
Hastane Büyüklüğü (Yatak Sayısı)		
50<	185	33,2
51-100	128	22,9
101-200	118	21,1
200>	125	22,4
TOPLAM	556	100
Personel Sayısı		
50<	27	5,1
51-100	108	20,4
101-200	152	28,8
201-300	91	17,2
301-400	45	8,5
401-500	30	5,6
500>	74	14
TOPLAM	527	94,4
Hekim Sayısı		
25<	285	52,1
26-50	125	22,8
51-100	84	15,3
101-200	32	5,8
200>	20	3,6
TOPLAM	546	100

Tablo : 10 Devam

Hastane Gelir* (YTL)		
0-2500000	117	21
2500001-5500000	126	22,6
5500001-12000000	130	23,3
12000000>	122	21,9
TOPLAM	495	100
	N	%
Hastane Gider* (YTL)		
0-2500000	14	26,5
2500001-5500000	133	23,8
5500001-12000000	116	20,8
12000000>	98	17,6
TOPLAM	495	100
Dış Kaynak Kullanılan Hizmetlerin Tutarı (YTL)		
0-300000	103	22,9
300001-700000	102	22,7
700001-1500000	117	26
1500000>	127	28,2
TOPLAM	449	100

*Kamu hastanelerinin gelir ve giderleri döner sermaye gelir ve giderleridir.

Tablo : 10' da görüldüğü üzere araştırmaya katılan hastanelerin % 75,8' ini kamu hastaneleri oluşturmaktadır. Bu oran Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı hastanelerinin özel hastanelere oranı olan % 77,2' ye çok yakın bir orandır. Dolayısıyla araştırmaya katılan hastaneler mülkiyet dağılımları açısından evreni temsil etmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan hastanelerin % 33,2' sini 50 yatak sayısı altında büyüklüğe sahip hastaneler oluşturmaktadır. Bu oranında Türkiye genelindeki dağılımı yansıttığı söylenebilir.

Hastaneler diğer özellikleri açısından % 28,8' inin 101- 200 arasında personele, % 52,1' inin 25' in altında hekim personele, % 23,3' ünün 5.500.001-12.000.000 YTL' lik bir gelire, % 26,5' inin 0-2.500.000 YTL arasında bir gidere sahip olduğu; dış kaynak kullandıkları hizmetlerin parasal tutarlarının ise 1.500.000 YTL' nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo : 11' de araştırmaya katılan yöneticilerin, yönetici gruplarına, eğitim ve yöneticilik eğitimi alma durumları ile yöneticilik sürelerine göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo : 11
Yöneticilerin Özelliklerine Göre Dağılımı

	N	%
Yöneticilerin görevleri		
Hastane Yöneticileri	319	57,2
Hekim Yöneticiler	170	30,5
Fonksiyonel Yöneticiler	66	11,8
TOPLAM	555	99,5
Eğitim		
Lise	9	1,6
Ön Lisans	45	8,3
Lisans	271	50
Yüksek Lisans	115	21,2
Doktora	102	18,8
TOPLAM	542	100
Yöneticilik Eğitimi		
Eğitim Alan	312	57,4
Eğitim Almayan	231	42,5
TOPLAM	543	100
Yöneticilik Süresi		
0-3 Yıl	144	26,4
4-6 Yıl	92	16,8
7-9 Yıl	70	29,2
10+ Yıl	239	43,8
TOPLAM	545	100

Tablo : 11’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan yöneticilerin % 57,2’sini genel müdür/genel koordinatör, işletme müdürü, hastane müdürü pozisyonlarındaki hastane yöneticilerinin oluşturduğu, % 50’sinin lisans seviyesinde eğitim aldığı, % 57,4’ünün sertifika, ön lisans ya da lisans seviyesinde bir yöneticilik eğitimine sahip olduğu, % 43,8’inin ise 10 yılın üzerinde yöneticilik yaptığı tespit edilmiştir.

Bu yüzdeler açısından anketi cevaplayan yönetici profilinin dış kaynak kullanım iş modeli hakkında genel olarak bilgi ve/veya deneyim sahibi olduğu söylenebilir.

341. Hastanelerin Dış Kaynak Kullandığı ve Dış Kaynak Kullanmadığı Hizmetlerin Dağılımı

Tablo : 12’de araştırmaya katılan hastanelerin hizmet türlerine göre dış kaynak kullandıkları ve dış kaynak kullanmadıkları hizmetlerin dağılımları verilmiştir.

Tablo : 12
Hastanelerin Dış Kaynak Kullandığı ve
Dış Kaynak Kullanmadığı Hizmetlerin Dağılımı

Hizmet Türleri	N	%	N	%
	Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler	
Temizlik	408	73	150	27
Bilgi işlem	308	55	250	45
Yemek	241	43	317	57
İlaçlama	167	30	391	70
Güvenlik	155	28	403	72
Sekreterlik	94	17	464	83
Çamaşırhane	91	16	467	84
Bina bakım onarım	74	13	484	87
Faturalama	74	13	484	87
Laboratuvar	66	12	492	88
Tıbbi Görüntüleme	64	11	494	89
Danışmanlık	52	9	506	91
Bahçe işlemleri	45	8	513	92
Personel taşıma	43	8	515	92
Muhasebe	43	8	515	92
Ambulans	38	7	520	93
Klinik teşhis ekipman bakımı	33	6	525	94
Otopark	30	5	528	95
Eczane	30	5	528	95
Malzeme yönetimi	27	5	531	95
Teknisyenlik	24	4	534	96
Hemşirelik	22	4	536	96
Hekim	16	3	542	97
Hastane yönetimi	11	2	547	98

Anketi cevaplayan hastanelerin % 73' ünün temizlik hizmetlerini, % 55' inin bilgi işlem hizmetlerini, % 43' ünün yemek hizmetlerini hizmet sağlayıcı firmalardan sağladıkları, en az dış kaynak kullanılan hizmetlerin ise % 2 oranında hastane yönetimi, % 3 oranında hekim hizmetleri ve % 4 oranında hemşirelik hizmetleri olduğu tespit edilmiştir. Tablo : 13' te ise hastane yönetimlerinin dış kaynak kullanılan hizmetlerden memnuniyet durumunun dağılımları verilmektedir.

Tablo : 13
Hastane Yönetimlerinin Dış Kaynak Kullandıkları Hizmetlerden
Memnuniyetlerinin Dağılımı

a. Temizlik											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	10	3	17	4,2	295	72	86	21	408	100
b. Yemek											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	5	2	13	5,4	166	69	57	24	241	100
c. Bilgi işlem											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4	1	12	4	29	9,4	205	67	58	19	308	100
ç.Güvenlik											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	6	4	21	14	100	65	27	17	155	100
d.Sekreterlik											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	0	0	2	2,1	72	77	19	20	94	100
e. Çamaşırhane											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	2	2	2	2,2	66	73	21	23	91	100
f. Otopark											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2	7	2	7	4	13	16	53	6	20	30	100
g. Genel Bina bakım-onarım											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	3	4	11	15	52	70	8	11	74	100
h.Bahçe işlemleri											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	2	4	1	2,2	32	71	10	22	45	100

Tablo : 13 Devam

i. Personel taşıma											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	0	0	3	7	35	81	5	12	43	100
i.İlaçlama											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	5	3	7	4,2	114	68	40	24	167	100
j.Faturalama											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	1	1	4	5,4	44	60	25	34	74	100
k. Muhasebe											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	2	5	3	7	21	49	17	40	43	100
l. Malzeme yönetimi											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	0	0	6	22	16	59	5	19	27	100
m. Danışmanlık (finansal, hukuksal, proje, vb...)											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	2	4	11	21	28	54	11	21	52	100
n. Eczane											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	1	3	3	10	17	57	9	30	30	100
o. Laboratuvar											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	2	3	5	7,6	44	67	15	23	66	100
ö. Teknisyenlik											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	0	0	2	8,3	15	63	7	29	24	100

Tablo : 13 Devam

p.Ambulans											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	3	0	0	4	11	25	66	8	21	38	100
r.Tıbbi Görüntüleme (MRI, CT, vb...)											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	1	2	5	7,8	40	63	18	28	64	100
s. Klinik teşhis ekipmanı bakımı											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	1	3	6	18	24	73	2	6,1	33	100
ş.Hemşirelik											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	5	0	0	0	0	15	68	6	27	22	100
t. Hekim											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	0	0	2	13	10	63	4	25	16	100
u.Hastane yönetimi											
Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum		Toplam	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0	0	0	1	9	5	45	5	45	11	100

Tablo : 13'te görüldüğü üzere yöneticilerin dış kaynak kullanılan hizmetlerden en çok memnun oldukları (çok memnun ve memnun) hizmet türlerinin; % 97 ile sekreterlik hizmeti olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla çamaşırhane hizmetleri % 96, hemşirelik hizmetleri % 95, faturalama hizmetleri % 94, temizlik, yemek, personel taşıma hizmetleri, bahçe işlemleri % 93, ilaçlama hizmetleri % 92, hastane yönetimi ve tıbbi görüntüleme hizmetleri % 91 ve diğer hizmetler takip etmektedir. Dış kaynak kullanılan hizmetlerden en az memnun olunan hizmet türünün ise % 14 ile otopark hizmeti olduğu tespit edilmiştir. Buna göre yöneticilerin dış kaynak kullandıkları hizmetlerden büyük oranda memnun oldukları sonucu ortaya çıkmaktadır.

Tablo : 14' te hastane büyüklüğüne, yani yatak kapasitelerine göre hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmetlerin dağılımları verilmektedir.

Tablo : 14
Hastane Büyüklüğüne Göre Hastanelerin Dış Kaynak Kullandıkları
Hizmetlerin Dağılımı

	Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		X ²	P
	N	%	N	%		
a. Temizlik					43,276	0,000*
30-50 Yatak	77	41,6	108	58,4		
51-100 Yatak	38	29,7	90	70,3		
101-200 Yatak	21	17,8	97	82,2		
201+Yatak	13	10,4	112	89,6		
Toplam	149	26,8	407	73,2		
b. Yemek					53,546	0,000*
30-50 Yatak	135	73	50	27		
51-100 Yatak	76	59,4	52	40,6		
101-200 Yatak	65	55,1	53	44,9		
201+Yatak	39	31,2	86	68,8		
Toplam	315	56,7	241	43,3		
c. Bilgi İşlem					39,214	0,000*
30-50 Yatak	104	56,2	81	43,8		
51-100 Yatak	68	53,1	60	46,9		
101-200 Yatak	49	41,5	69	58,5		
201+Yatak	28	22,4	97	77,6		
Toplam	249	44,8	307	55,2		
ç. Güvenlik					56,01	0,000*
30-50 Yatak	156	84,3	29	15,7		
51-100 Yatak	102	79,7	26	20,3		
101-200 Yatak	84	71,2	34	28,8		
201+Yatak	59	47,2	66	52,8		
Toplam	401	72,1	155	27,9		
d. Sekreterlik					38,558	0,000*
30-50 Yatak	179	96,8	6	3,2		
51-100 Yatak	111	86,7	17	13,3		
101-200 Yatak	91	77,1	27	22,9		
201+Yatak	81	64,8	44	35,2		
Toplam	462	83,1	94	16,9		
e. Çamaşırhane					15,621	0,001*
30-50 Yatak	170	91,9	15	8,1		
51-100 Yatak	105	82,0	23	18,0		
101-200 Yatak	95	80,5	23	19,5		
201+Yatak	95	76	30	24,0		
Toplam	465	83,6	91	16,4		

Tablo : 14 Devam

	Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		X ²	P
	N	%	N	%		
	f. Otopark					
30-50 Yatak	174	94,1	11	5,9	0,793	0,851
51-100 Yatak	122	95,3	6	4,7		
101-200 Yatak	113	95,8	5	4,2		
201+Yatak	117	93,6	8	6,4		
Toplam	526	94,6	30	5,4		
	g. Bina Bakım-Onarım				1,158	0,763
30-50 Yatak	161	87,0	24	13,0		
51-100 Yatak	114	89,1	14	10,9		
101-200 Yatak	100	84,7	18	15,3		
201+Yatak	107	85,6	18	14,4		
Toplam	482	86,7	74	13,3		
	h. Bahçe İşlemleri				13,648	0,003*
30-50 Yatak	181	97,8	4	2,2		
51-100 Yatak	113	88,3	15	11,7		
101-200 Yatak	104	88,1	14	11,9		
201+Yatak	113	90,4	12	9,6		
Toplam	511	91,9	45	8,1		
	ı. Personel Taşıma				4,193	0,241
30-50 Yatak	175	94,6	10	5,4		
51-100 Yatak	120	93,8	8	6,3		
101-200 Yatak	105	89	13	11		
201+Yatak	113	90,4	12	9,6		
Toplam	513	92,3	43	7,7		
	i. İlaçlama				10,882	0,012*
30-50 Yatak	143	77,3	42	22,7		
51-100 Yatak	93	72,7	35	27,3		
101-200 Yatak	75	63,6	43	36,4		
201+Yatak	78	62,4	47	37,6		
Toplam	389	70,0	167	30,0		
	j. Faturalama				7,429	0,059
30-50 Yatak	166	89,7	19	10,3		
51-100 Yatak	116	90,6	12	9,4		
101-200 Yatak	96	81,4	22	18,6		
201+Yatak	104	83,2	21	16,8		
Toplam	482	86,7	74	13,3		
	k. Muhasebe				5,816	0,121
30-50 Yatak	175	94,6	10	5,4		
51-100 Yatak	118	92,2	10	7,8		
101-200 Yatak	103	87,3	15	12,7		
201+Yatak	117	93,6	8	6,4		
Toplam	513	92,3	43	7,7		

Tablo : 14 Devam

	Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		X ²	P
	N	%	N	%		
	I. Malzeme Yönetimi					
30-50 Yatak	178	96,2	7	3,8	1,708	0,635
51-100 Yatak	121	94,5	7	5,5		
101-200 Yatak	110	93,2	8	6,8		
201+Yatak	120	96,0	5	4,0		
Toplam	529	95,1	27	4,9		
	m. Danışmanlık				1,158	0,763
30-50 Yatak	165	89,2	20	10,8		
51-100 Yatak	118	92,2	10	7,8		
101-200 Yatak	106	89,8	12	10,2		
201+Yatak	115	92,0	10	8,0		
Toplam	504	90,6	52	9,4		
	n. Eczane				1,540	0,673
30-50 Yatak	174	94,1	11	5,9		
51-100 Yatak	120	93,8	8	6,3		
101-200 Yatak	111	94,1	7	5,9		
201+Yatak	121	96,8	4	3,2		
Toplam	526	94,6	30	5,4		
	o. Laboratuvar				5,132	0,162
30-50 Yatak	158	85,4	27	14,6		
51-100 Yatak	111	86,7	17	13,3		
101-200 Yatak	104	88,1	14	11,9		
201+Yatak	117	93,6	8	6,4		
Toplam	490	88,1	66	11,9		
	ö. Teknisyenlik				1,235	0,745
30-50 Yatak	179	96,8	6	3,2		
51-100 Yatak	123	96,1	5	3,9		
101-200 Yatak	112	94,9	6	5,1		
201+Yatak	118	94,4	7	5,6		
Toplam	532	95,7	24	4,3		
	p. Ambulans				2,042	0,564
30-50 Yatak	171	92,4	14	7,6		
51-100 Yatak	118	92,2	10	7,8		
101-200 Yatak	109	92,4	9	7,6		
201+Yatak	120	96	5	4,0		
Toplam	518	93,2	38	6,8		
	r. Tıbbi Görüntüleme				43,789	0,000*
30-50 Yatak	171	92,4	14	7,6		
51-100 Yatak	122	95,3	6	4,7		
101-200 Yatak	109	92,4	9	7,6		
201+Yatak	90	72	35	28		
Toplam	492	88,5	64	11,5		

Tablo : 14 Devam

	Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		X ²	P
	N	%	N	%		
s. Klinik Teşhis Ekipman Bakımı						
30-50 Yatak	169	91,4	16	8,6	4,018	0,260
51-100 Yatak	123	96,1	5	3,9		
101-200 Yatak	113	95,8	5	4,2		
201+Yatak	118	94,4	7	5,6		
Toplam	523	94,1	33	5,9		
ş. Hemşirelik						
30-50 Yatak	178	96,2	7	3,8	0,349	0,951
51-100 Yatak	123	96,1	5	3,9		
101-200 Yatak	114	96,6	4	3,4		
201+Yatak	119	95,2	6	4,8		
Toplam	534	96	22	4		
t. Hekim						
30-50 Yatak	177	95,7	8	4,3	4,34	0,227
51-100 Yatak	123	96,1	5	3,9		
101-200 Yatak	117	99,2	1	0,8		
201+Yatak	123	98,4	2	1,6		
Toplam	540	97,1	16	2,9		
u. Hastane Yönetimi						
30-50 Yatak	181	97,8	4	2,2		**
51-100 Yatak	124	96,9	4	3,1		
101-200 Yatak	117	99,2	1	,8		
201+Yatak	123	98,4	2	1,6		
Toplam	545	98,0	11	2,0		

*p<0,05 Ki Kare Testi, ** Test uygulanmamıştır.

Hastane büyüklüğü yani yatak kapasitesiyle; temizlik, yemek, bilgi işlem, güvenlik, sekreterlik, çamaşırhane, bahçe işlemleri, ilaçlama, tıbbi görüntüleme hizmetlerinin dış kaynak kullanımı arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmektedir (p<0,05). 201+ yatak kapasitesine sahip hastaneler temizlik, yemek, bilgi işlem, güvenlik, sekreterlik, çamaşırhane, ilaçlama, tıbbi görüntüleme hizmetlerinde yüksek oranda dış kaynak kullanmaktayken, 101-200 yatak kapasitesine sahip hastaneler, bahçe işlemlerinde yüksek oranda dış kaynak kullanmaktadır. Hastane büyüklüğü ile diğer hizmet türlerinin kullanımı arasında ise anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Bu sonuca göre “Hastane büyüklüğü ile hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmet türleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₁), temizlik, yemek, bilgi işlem, güvenlik, sekreterlik, çamaşırhane, bahçe işlemleri, ilaçlama, tıbbi görüntüleme hizmetleri için kabul edilmiş, diğer hizmet türleri için reddedilmiştir.

Tablo : 15
Hastane Mülkiyetine Göre
Hastanelerin Dış Kaynak Kullandıkları Hizmetlerin Dağılımı

	Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		X ²	P
	N	%	N	%		
	a. Temizlik					
Kamu	51	12,1	372	87,9	202,01	0,0001*
Özel	99	75	33	25		
Toplam	150	27	405	73		
	b. Yemek					
Kamu	219	51,8	204	48,2	17,99	0,0001*
Özel	96	72,7	36	27,3		
Toplam	315	56,8	240	43,2		
	c. Bilgi İşlem					
Kamu	219	51,8	204	48,2	63,5	0,0001*
Özel	96	72,7	36	27,3		
Toplam	315	56,8	240	43,2		
	ç. Güvenlik					
Kamu	304	71,9	119	28,1	0,131	0,717
Özel	97	73,5	35	26,5		
Toplam	401	72,3	154	27,7		
	d. Sekreterlik					
Kamu	335	79,2	88	20,8	20,88	0,0001*
Özel	127	96,2	5	3,8		
Toplam	462	83,2	93	16,8		
	e. Çamaşırhane					
Kamu	357	84,4	66	15,6	0,817	0,366
Özel	107	81,1	25	18,9		
Toplam	464	83,6	91	16,4		
	f. Otopark					
Kamu	410	96,9	13	3,1	16,6	0,0001*
Özel	116	87,9	16	12,1		
Toplam	526	94,8	29	5,2		
	g. Bina Bakım-Onarım					
Kamu	375	88,7	48	11,3	6,06	0,014*
Özel	106	80,3	26	19,7		
Toplam	481	86,7	74	13,3		
	h. Bahçe İşlemleri					
Kamu	390	92,2	33	7,8	0,22	0,636
Özel	120	90,9	12	9,1		
Toplam	510	91,9	45	8,1		

Tablo : 15 Devam

	Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		X ²	P
	N	%	N	%		
	ı. Personel Taşıma				6,38	0,012*
Kamu	397	93,9	26	6,1		
Özel	115	87,1	17	12,9		
Toplam	512	92,3	43	7,7		
	i. İlaçlama				8,66	0,003*
Kamu	310	73,3	113	26,7		
Özel	79	59,8	53	40,2		
Toplam	389	70,1	166	29,9		
	j. Faturalama				15,91	0,0001*
Kamu	353	83,5	70	16,5		
Özel	128	97	4	3		
Toplam	481	86,7	74	13,3		
	k. Muhasebe				1,45	0,229
Kamu	387	91,5	36	8,5		
Özel	125	94,7	7	5,3		
Toplam	512	92,3	43	7,7		
	l. Malzeme Yönetimi				0,434	0,51
Kamu	401	94,8	22	5,2		
Özel	127	96,2	5	3,8		
Toplam	528	95,1	27	4,9		
	m. Danışmanlık (finansal, hukuksal, v.b.)				25,06	0,0001*
Kamu	398	94,1	25	5,9		
Özel	105	79,5	27	20,5		
Toplam	503	90,6	52	9,4		
	n. Eczane				0,886	0,347
Kamu	398	94,1	25	5,9		
Özel	127	96,2	5	3,8		
Toplam	525	94,6	30	5,4		
	o. Laboratuvar				0,009	0,926
Kamu	373	88,2	50	11,8		
Özel	116	87,9	16	12,1		
Toplam	489	88,1	66	11,9		
	ö. Teknisyenlik				0,12	0,729
Kamu	404	95,5	19	4,5		
Özel	127	96,2	5	3,8		
Toplam	531	95,7	24	4,3		
	p. Ambulans				44,83	0,0001*
Kamu	411	97,2	12	2,8		
Özel	106	80,3	26	19,7		
Toplam	517	93,2	38	6,8		

Tablo : 15 Devam

	Dış Kaynak Kullanmayan Hastaneler		Dış Kaynak Kullanan Hastaneler		X ²	P
	N	%	N	%		
r. Tıbbi Görüntüleme						
Kamu	379	89,6	44	10,4	2,22	0,136
Özel	112	84,8	20	15,2		
Toplam	491	88,5	64	11,5		
s. Klinik Teşhis Ekipman bakımı						
Kamu	409	96,7	14	3,3	22,102	0,0001*
Özel	113	85,6	19	14,4		
Toplam	522	94,1	33	5,9		
ş. Hemşirelik						
Kamu	405	95,7	18	4,3	Fisher's Ki-Kare	0,434
Özel	129	97,7	3	2,3		
Toplam	534	96,2	21	3,8		
t. Hekim						
Kamu	418	98,8	5	1,2	Fisher's Ki-Kare	0,0001*
Özel	121	91,7	11	8,3		
Toplam	539	97,1	16	2,9		
u. Hastane Yönetimi						
Kamu	414	97,9	9	2,1	Fisher's Ki-Kare	1,00
Özel	130	98,5	2	1,5		
Toplam	544	98	11	2		

*p<0,05 Ki-Kare Testi

Hastane mülkiyet durumuyla; temizlik, yemek, bilgi işlem, sekreterlik, otopark, bina bakım onarım, personel taşıma, ilaçlama, faturalama, danışmanlık, ambulans, klinik teşhis ekipman bakımı ve hekim hizmetlerinin dış kaynak kullanımını arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05).

Kamu hastanelerinin temizlik, yemek, bilgi işlem, sekreterlik ve faturalama hizmetlerinde yüksek oranda dış kaynak kullandıkları; özel hastanelerin ise danışmanlık, ambulans, klinik teşhis ekipman bakımı ve hekim hizmetlerinde yüksek oranda dış kaynak kullandıkları görülmektedir.

Hastane mülkiyet durumu ile diğer hizmet türlerinin dış kaynak kullanımını arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Bu sonuca göre “Hastane mülkiyeti ile hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmet türleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₂) temizlik, yemek, bilgi işlem, sekreterlik, otopark, bina bakım onarım, personel taşıma, ilaçlama, faturalama, danışmanlık, ambulans, klinik teşhis ekipman bakımı ve hekim hizmetleri için kabul edilmiş, diğer hizmet türleri için reddedilmiştir.

342. Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları, Gelir-Giderleri, Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulgular

Tablo : 16’da hastane büyüklüğü, hizmet alım tutarları, gelir-gider durumları, hizmet sağlayıcı firma personel sayılarının birbirleri arasındaki ilişki istatistiki olarak gösterilmektedir.

Tablo : 16
Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları, Gelir-Giderleri ,
Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki
Korelasyon Analizi Tablosu

Değişkenler	N	r	P
Büyükük-Hizmet Alım Tutarı	448	0,796	0,0001*
Büyükük -Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayısı	414	0,766	0,0001*
Hizmet Alım Tutarı -Personel Sayısı	424	0,632	0,0001*
Hizmet Alım Tutarı - Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayısı	373	0,807	0,0001*
Hizmet Alım Tutarı - Gelir	448	0,915	0,0001*
Hizmet Alım Tutarı - Gider	448	0,915	0,0001*
Gelir- Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayısı	383	0,796	0,0001*
Gider- Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayısı	383	0,789	0,0001*
Personel Sayısı - Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayısı	397	0,68	0,0001*

*p<0,05

Tablo : 16’da görüldüğü gibi hastane büyüklüğü (yatak kapasitesi) ile hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmetlerin tutarı arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$, $r=0,796$). Bu sonuca göre (H_3) hipotezi kabul edilmiştir.

Hastane büyüklüğü ile hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$, $r=0,766$). Bu sonuca göre (H_4) hipotezi kabul edilmiştir.

Hastanelerin hizmet alım tutarı ile hastanelerin geliri arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$, $r=0,915$). Hastanelerin hizmet alım tutarları ile hastanelerin giderleri arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$ $r=0,915$). Elde edilen bu sonuçlara göre “Hastane gelir ve giderleriyle, hizmet alım tutarları arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_5) kabul edilmiştir.

Hastane gelirleri ile hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$, $r=0,796$). Hastane giderleri ile hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki

görülmektedir ($p<0,05$, $r=0,789$). Bu sonuca göre ‐Hastane gelir ve giderleri ile hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında ilişki vardır. ‐ hipotezi (H_6) kabul edilmiştir.

Hastanelerin hizmet alım tutarları ile personel sayıları arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$, $r=0,632$). Bu sonuca göre (H_7) hipotezi kabul edilmiştir.

Hastane hizmet alım tutarları ile hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$, $r=0,807$). Bu sonuca göre (H_8) hipotezi kabul edilmiştir.

Hastane personel sayıları ile hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$, $r=0,680$). Bu sonuca göre (H_9) hipotezi kabul edilmiştir.

Hastane büyüklükleri, hizmet alım tutarları ve hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans (Anova) analizi tablosunda Tablo : 17’de gösterilmektedir.

Tablo : 17
Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları ve Hizmet Sağlayıcı Firma
Personel Sayıları Arasındaki Anova Analizi Tablosu

	Büyükük (Yatak Kapasitesi)	N	Ortalama	SS	F	P
Hizmet Alım Tutarı (YTL)	30-50	122	316466	472465,6	76,707	0,0001*
	51-100	97	640176	647308,5		
	101-200	106	1234240	1367144		
	201+	123	4335896	4139474		
	Toplam	448	1707256	2827651		
Firma Personel Sayısı	30-50	119	27	44,2443	101,585	0,0001*
	51-100	98	45	40,5619		
	101-200	95	75	53,4943		
	201+	102	219	158,3209		
	Toplam	414	90	116,0614		

* $p<0,05$

Hastane büyüklüğüne göre, hizmet alım tutarları arasında anlamlı fark görülmektedir ($p<0,05$, $F=76,707$). Yani hastane yatak kapasitesi arttıkça, hizmet alım tutarlarında da artış olmaktadır. Bu sonuca göre (H_{10}) hipotezi kabul edilmiştir.

Hastane büyüklüğüne göre hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında anlamlı fark görülmektedir ($p<0,05$, $F=101,585$). Yani hastane yatak sayısı arttıkça, hizmet sağlayıcı firma personel sayılarında da artış olmaktadır. Bu sonuca göre (H_{11}) hipotezi kabul edilmiştir. Tablo:17’de görüldüğü gibi hastane büyüklüğündeki artışa paralel olarak hem dış kaynak kullanılan hizmetlerin parasal tutarı hem de hizmet sağlayıcı firma personel sayısı artmaktadır. Bu farklılığın hangi büyüklükteki hastaneler arasında olduğu ise Tablo : 18’de gösterilmektedir.

Tablo : 18
Hastane Büyüklüğü, Hizmet Alım Tutarları ve Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki Çoklu Karşılaştırma Tablosu

	Hastane Büyüklüğü (Yatak Kapasitesi)	Hastane Büyüklüğü (Yatak Kapasitesi)	p
Hizmet Alım Tutarı	30-50	51-100	0,302
	30-50	101-200	0,003*
	30-50	201+	0,0001*
	51-100	101-200	0,067
	51-100	201+	0,0001*
	101-200	201+	0,0001*
Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayısı	30-50	51-100	0,134
	30-50	101-200	0,0001*
	30-50	201+	0,0001*
	51-100	101-200	0,019*
	51-100	201+	0,0001*
	101-200	201+	0,0001*

* $p<0,05$

Tablo : 18’de görüldüğü gibi hizmet alım tutarları açısından; 30-50 yatak kapasiteli hastaneler ile 101-200 yatak ve 201+ yatak kapasiteli hastaneler arasında, 51-100 yatak kapasiteli hastaneler ile 201+ yatak kapasiteli hastaneler arasında; 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin ise 201+ yatak kapasiteli hastaneler ile arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). 30 -50 yatak kapasiteli hastaneler ile 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin hizmet alım tutarları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir.

Hizmet sağlayıcı firma personel sayısı açısından; 30-50 yatak kapasiteli hastaneler ile 101-200 yatak ve 201+ yatak kapasiteli hastaneler arasında, 51-100 yatak kapasiteli hastaneler ile 101-200 yatak ve 201+ yatak kapasiteli hastaneler arasında, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin ise 201+ yatak kapasiteli hastaneler arasında anlamlı bir fark olduğu

görülmektedir ($p < 0,05$). Tablo : 19’da hastane mülkiyetine göre hastanelerin gelir-giderleri, hizmet alım tutarları ve hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasındaki ilişkiler gösterilmektedir.

Tablo : 19
Hastane Mülkiyeti, Gelir-Giderleri, Hizmet Alım Tutarları ve Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayıları Arasındaki İlişkiler (Student t testi) Tablosu

	Mülkiyet	N	Ortalama	SS	t	p
Gelir	Kamu hastaneleri	418	10610911	14389060	3,133	0,002*
	Özel hastaneler	74	7352500	6586547		
Gider	Kamu hastaneleri	418	8688890	12201680	1,586	0,115
	Özel hastaneler	74	6862841	8472891		
Hizmet Alım Tutarı	Kamu hastaneleri	418	1748587	2894271	1,508	0,132
	Özel hastaneler	28	917435,7	1327709		
Hizmet Sağlayıcı Firma Personel Sayısı	Kamu hastaneleri	351	95,4758	120,9844	3,752	0,0001*
	Özel hastaneler	62	54,7097	68,8044		

* $p < 0,05$

Tablo : 19’ da görüldüğü gibi gelirleri açısından kamu ve özel hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,02$, $t = 3,133$). Kamu hastanelerinin gelirlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hizmet sağlayıcı firma personel sayısı açısından da hastane mülkiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 3,752$, $t = 0,0001$). Kamu hastanelerinin hizmet sağlayıcı firma personel sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre “Hastanelerin mülkiyetine göre hastanelerin hizmet sağlayıcı firma personeli sayıları arasında fark vardır.” hipotezi (H_{12}) kabul edilmiştir.

Hizmet alım tutarları ve giderleri açısından kamu ve özel hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p > 0,05$). Bu sonuca göre “Hastane mülkiyetine göre, hastanelerin dış kaynak kullandıkları hizmetlerin tutarları arasında fark vardır.” hipotezi (H_{13}) reddedilmiştir.

343. Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı

Aşağıdaki tablolarda hastane yöneticilerinin özellikleri ve hastanelerin büyüklük ve mülkiyetleri açısından dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinin dağılımıyla ilgili bulgular yer almaktadır. Tablo : 20’de yöneticilerin görevlerine göre dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinin dağılımı verilmektedir.

Tablo : 20
Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma
Nedenlerinin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.											
Hekim Yöneticiler	0	0	9	6,5	8	5,8	76	55,1	45	32,6		
Hastane Yöneticileri	6	2,1	19	6,8	28	10	158	56,2	70	24,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,8	10	18,2	2	3,6	25	45,5	17	30,9		
Toplam	7	1,5	38	8	38	8	259	54,6	132	27,8		
	b. Hasta bakımında devamlılığı sağlar.											**
Hekim Yöneticiler	1	0,7	9	6,6	13	9,5	79	57,7	35	25,5		
Hastane Yöneticileri	6	2,2	29	10,5	21	7,6	165	59,6	56	20,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	10	18,9	2	3,8	33	62,3	8	15,1		
Toplam	7	1,5	48	10,3	36	7,7	277	59,3	99	21,2		
	c. Hasta tatminini yükseltir.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	6	4,4	16	11,7	72	52,6	43	31,4		
Hastane Yöneticileri	4	1,4	17	6,1	28	10,1	144	51,8	85	30,6		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	5	9,1	5	9,1	36	65,5	9	16,4		
Toplam	4	0,9	28	6	49	10,4	252	53,6	137	29,1		
	ç. Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	9	6,5	8	5,8	59	42,4	63	45,3		
Hastane Yöneticileri	5	1,8	15	5,4	17	6,2	132	47,8	107	38,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,8	9	16,4	3	5,5	29	52,7	13	23,6		
Toplam	6	1,3	33	7	28	6	220	46,8	183	38,9		
	d. Klinik hekimlik ve hemşirelik hizmetlerindeki özel uzmanlıkların hastaneye transfer edilmesini sağlar.											**
Hekim Yöneticiler	2	1,6	25	19,8	36	28,6	49	38,9	14	11,1		
Hastane Yöneticileri	15	6,1	57	23,1	63	25,5	81	32,8	31	12,6		
Fonksiyonel Yöneticiler	2	4,1	11	22,4	8	16,3	19	38,8	9	18,4		
Toplam	19	4,5	93	22	107	25,4	149	35,3	54	12,8	8,789	0,36
	e. Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.											
Hekim Yöneticiler	3	2,2	24	17,5	15	10,9	64	46,7	31	22,6		
Hastane Yöneticileri	9	3,3	48	17,5	28	10,2	135	49,1	55	20		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,8	12	21,8	3	5,5	28	50,9	11	20		
Toplam	13	2,8	84	18	46	9,9	227	48,6	97	20,8	2,876	0,942

Tablo : 20 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	f. Hizmet maliyetlerini düşürür.											
Hekim Yöneticiler	4	2,9	21	15,4	26	19,1	57	41,9	28	20,6		
Hastane Yöneticileri	11	3,9	36	12,9	29	10,4	137	48,9	67	23,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	4	7,3	9	16,4	10	18,2	24	43,6	8	14,5		
Toplam	19	4	66	14	65	13,8	218	46,3	103	21,9	11,541	1,173
	g. Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	8	6	18	13,4	80	59,7	28	20,9		
Hastane Yöneticileri	10	3,7	30	11	39	14,3	130	47,6	64	23,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	3	5,5	7	12,7	7	12,7	29	52,7	9	16,4		
Toplam	13	2,8	45	9,7	64	13,9	239	51,7	101	21,9	12,512	0,13
	h. Hizmetin kalitesini yükseltir.											
Hekim Yöneticiler	0	0	4	2,9	12	8,6	73	52,5	50	36		
Hastane Yöneticileri	2	0,7	11	3,9	27	9,6	140	49,8	101	35,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	5	8,9	3	5,4	32	57,1	16	28,6		
Toplam	2	0,4	20	4,2	42	8,8	245	51,5	167	35,1		**
	ı. Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.											
Hekim Yöneticiler	0	0	3	2,2	22	16,1	72	52,6	40	29,2		
Hastane Yöneticileri	4	1,4	18	6,5	30	10,8	153	54,8	74	26,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	8	14,8	7	13	28	51,9	11	20,4		
Toplam	4	0,9	29	6,2	59	12,6	253	53,8	125	26,6		**
	i. Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.											
Hekim Yöneticiler	1	0,8	14	10,6	24	18,2	78	59,1	15	11,4		
Hastane Yöneticileri	7	2,6	53	19,6	40	14,8	122	45,2	48	17,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	8	15,4	16	30,8	23	44,2	5	9,6		
Toplam	8	1,8	75	16,5	80	17,6	223	49,1	68	15	20,815	0,008*
	j. Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.											
Hekim Yöneticiler	2	1,5	11	8,2	17	12,7	76	56,7	28	20,9		
Hastane Yöneticileri	7	2,6	38	14	28	10,3	146	53,9	52	19,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	7	13	7	13	30	55,6	10	18,5		
Toplam	9	2	56	12,2	52	11,3	252	54,9	90	19,6	5,146	0,742
	k. Yönetimi zor olan işlerin kontrolünü kolaylaştırır.											
Hekim Yöneticiler	1	0,7	13	9,4	19	13,7	76	54,7	30	21,6		
Hastane Yöneticileri	4	1,5	37	13,8	37	13,8	147	54,6	44	16,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,8	8	14,5	8	14,5	31	56,4	7	12,7		
Toplam	6	1,3	58	12,5	64	13,8	254	54,9	81	17,5	4,46	0,813

Tablo : 20 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Politik etkilerden uzaklaştırır.												
Hekim Yöneticiler	13	9,6	35	25,7	42	30,9	32	23,5	14	10,3	9,353	0,313
Hastane Yöneticileri	39	14,2	78	28,5	56	20,4	80	29,2	21	7,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	5	9,1	13	23,6	16	29,1	17	30,9	4	7,3		
Toplam	57	12,3	126	27,1	114	24,5	129	27,7	39	8,4		
m.Hastanenin bağlı olduğu üst kurumun isteğidir.												
Hekim Yöneticiler	5	3,9	45	35,2	31	24,2	38	29,7	9	7	5,532	0,703
Hastane Yöneticileri	19	7,3	89	34	48	18,3	80	30,5	26	9,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	3	6	18	36	10	20	17	34	2	4		
Toplam	27	6,1	152	34,5	89	20,2	135	30,7	37	8,4		

*p<0,05 Ki-Kare Testi , **Test Uygulanmamıştır.

Tablo : 20’de görüldüğü üzere yöneticilerin görevleri ile “Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman ve benzeri satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.” görüşüne verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmektedir (p<0,05). Hekim yöneticiler “Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman ve benzeri satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.” görüşüne yüksek oranda katılıyorum cevabını verirken, fonksiyonel yöneticiler yüksek oranda kararsız olduklarını belirtmektedirler.

Yöneticilerin görevleri ile dış kaynak kullanımından diğer yararlanma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05) .

Bu sonuca göre “Yöneticilerin görevleri ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşler arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₁₄), “Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman, vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar” nedeni açısından kabul edilmiş, diğer nedenler açısından reddedilmiştir.

Tablo : 21’de yöneticilerin yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuna göre dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinin dağılımıyla ilgili bulgular görülmektedir.

Tablo : 21
Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Dış Kaynak Kullanımından
Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.											
Eğitim Alan	7	2,6	21	7,8	22	8,1	148	54,8	72	26,7	5,307	0,257
Eğitim Almayan	0	0	17	8,8	15	7,7	107	55,2	55	28,4		
Toplam	7	1,5	38	8,2	37	8	255	55	127	27,4		
b. Hasta bakımında devamlılığı sağlar.												
Eğitim Alan	5	1,9	28	10,4	22	8,2	161	60,1	52	19,4	1,21	0,876
Eğitim Almayan	2	1,1	19	10,1	14	7,4	111	58,7	43	22,8		
Toplam	7	1,5	47	10,3	36	7,9	272	59,5	95	20,8		
c. Hasta tatminini yükseltir.												
Eğitim Alan	3	1,1	16	5,9	25	9,3	148	54,8	78	28,9	1,74	0,783
Eğitim Almayan	1	0,5	11	5,8	24	12,6	100	52,6	54	28,4		
Toplam	4	0,9	27	5,9	49	10,7	248	53,9	132	28,7		
ç Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.												
Eğitim Alan	4	1,5	20	7,5	16	6	131	48,9	97	36,2	1,805	0,772
Eğitim Almayan	2	1	13	6,8	11	5,7	85	44,3	81	42,2		
Toplam	6	1,3	33	7,2	27	5,9	216	47	178	38,7		
d. Klinik hekimlik ve hemşirelik hizmetlerindeki özel uzmanlıkların hastaneye transfer edilmesini sağlar.												
Eğitim Alan	12	4,8	54	21,8	67	27	79	31,9	36	14,5	3,227	0,521
Eğitim Almayan	7	4,2	39	23,2	39	23,2	65	38,7	18	10,7		
Toplam	19	4,6	93	22,4	106	25,5	144	34,6	54	13		
e. Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.												
Eğitim Alan	6	2,2	48	17,9	26	9,7	125	46,6	63	23,5	4,142	0,387
Eğitim Almayan	7	3,7	36	18,9	19	10	97	51,1	31	16,3		
Toplam	13	2,8	84	18,3	45	9,8	222	48,5	94	20,5		
f. Hizmet maliyetlerini düşürür.												
Eğitim Alan	11	4,1	39	14,4	31	11,4	127	46,9	63	23,2	4,225	0,376
Eğitim Almayan	8	4,2	25	13,2	34	17,9	86	45,3	37	19,5		
Toplam	19	4,1	64	13,9	65	14,1	213	46,2	100	21,7		
g. Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.												
Eğitim Alan	11	4,1	21	14,4	31	11,4	127	46,9	63	23,2	8,277	0,082
Eğitim Almayan	8	1,1	23	13,2	34	17,9	86	45,3	37	19,5		
Toplam	19	2,9	44	13,9	65	14,1	213	46,2	100	21,7		

Tablo : 21 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	h. Hizmetin kalitesini yükseltir.										0,539	0,97
Eğitim Alan	1	0,4	11	4	25	9,2	138	50,7	97	35,7		
Eğitim Almayan	1	0,5	9	4,6	16	8,2	103	53,1	65	33,5		
Toplam	2	0,4	20	4,3	41	8,8	241	51,7	162	34,8		
	ı. Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.										6,492	0,165
Eğitim Alan	4	1,5	20	7,4	28	10,4	144	53,3	74	27,4		
Eğitim Almayan	0	0	9	4,7	29	15,2	105	55	48	25,1		
Toplam	4	0,9	29	6,3	57	12,4	249	54	122	26,5		
	i. Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.										5,536	0,239
Eğitim Alan	6	2,3	42	16,1	44	16,9	122	46,7	47	18		
Eğitim Almayan	2	1,1	31	16,8	35	19	96	52,2	20	10,9		
Toplam	8	1,8	73	16,4	79	17,8	218	49	67	15,1		
	j. Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.										5,134	0,274
Eğitim Alan	7	2,7	32	12,1	26	9,8	141	53,4	58	22		
Eğitim Almayan	2	1,1	24	13	25	13,5	105	56,8	29	15,7		
Toplam	9	2	56	12,5	51	11,4	246	54,8	87	19,4		
	k Yönetimi zor olan işlerin kontrolünü kolaylaştırır										2,489	0,647
Eğitim Alan	4	1,5	32	12,2	31	11,8	151	57,4	45	17,1		
Eğitim Almayan	2	1,1	25	13,2	31	16,3	99	52,1	33	17,4		
Toplam	6	1,3	57	12,6	62	13,7	250	55,2	78	17,2		
	l. Politik etkilerden uzaklaştırır.										8,229	0,587
Eğitim Alan	33	12,4	69	25,9	62	23,3	82	30,8	20	7,5		
Eğitim Almayan	24	12,7	56	29,6	48	25,4	45	23,8	16	8,5		
Toplam	57	12,5	125	27,5	110	24,2	127	27,9	36	7,9		
	m. Hastanenin bağlı olduğu üst kurumun (Bakanlığın/Şirketin) isteğidir.										1,487	0,829
Eğitim Alan	18	7,1	84	33,1	52	20,5	80	31,5	20	7,9		
Eğitim Almayan	9	5,1	65	36,7	36	20,3	51	28,8	16	9		
Toplam	27	6,3	149	34,6	88	20,4	131	30,4	36	8,4		

p<0,05, Ki Kare Testi

Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuna göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05). Bu sonuca göre (H₁₅) hipotezi reddedilmiştir.

Tablo : 22' de yöneticilik sürelerine göre dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 22
Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımından
Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.												
0-3 Yıl	0	0	9	7,3	10	8,1	68	54,8	37	29,8		**
4-6 Yıl	4	5	9	11,3	4	5	42	52,5	21	26,3		
7-9 Yıl	0	0	4	6,8	7	11,9	30	50,8	18	30,5		
10+ Yıl	3	1,5	14	6,9	17	8,4	117	57,9	51	25,2		
Toplam	7	1,5	36	7,7	38	8,2	257	55,3	127	27,3		
b. Hasta bakımında devamlılığı sağlar.												
0-3 Yıl	0	0	12	9,8	7	5,7	75	61	29	23,6		**
4-6 Yıl	4	5,1	8	10,1	7	8,9	45	57	15	19		
7-9 Yıl	0	0	4	6,8	10	16,9	33	55,9	12	20,3		
10+ Yıl	3	1,5	24	12,2	11	5,6	120	60,9	39	19,8		
Toplam	7	1,5	48	10,5	35	7,6	273	59,6	95	20,7		
c. Hasta tatminini yükseltir.												
0-3 Yıl	0	0	4	3,3	10	8,1	63	51,2	46	37,4		**
4-6 Yıl	3	3,8	8	10,1	6	7,6	43	54,4	19	24,1		
7-9 Yıl	1	1,7	3	5,1	11	18,6	28	47,5	16	27,1		
10+ Yıl	0	0	13	6,5	22	11	113	56,5	52	26		
Toplam	4	0,9	28	6,1	49	10,6	247	53,6	133	28,9		
ç. Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.												
0-3 Yıl	0	0	7	5,6	10	8	51	40,8	57	45,6		**
4-6 Yıl	2	2,5	7	8,8	2	2,5	37	46,3	32	40		
7-9 Yıl	2	3,4	3	5,2	7	12,1	25	43,1	21	36,2		
10+ Yıl	2	1	15	7,6	9	4,5	104	52,5	68	34,3		
Toplam	6	1,3	32	6,9	28	6,1	217	47,1	178	38,6		
d. Klinik hekimlik ve hemşirelik hizmetlerindeki özel												
0-3 Yıl	2	1,8	25	22,1	34	30,1	41	36,3	11	9,7	13,896	0,307
4-6 Yıl	5	6,8	13	17,8	18	24,7	22	30,1	15	20,5		
7-9 Yıl	3	6,1	11	22,4	15	30,6	12	24,5	8	16,3		
10+ Yıl	9	5,1	42	23,6	40	22,5	68	38,2	19	10,7		
Toplam	19	4,6	91	22	107	25,9	143	34,6	53	12,8		
e. Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.												
0-3 Yıl	4	3,3	27	22	13	10,6	51	41,5	28	22,8	12,334	0,419
4-6 Yıl	2	2,5	13	16,5	12	15,2	38	48,1	14	17,7		
7-9 Yıl	3	5,1	6	10,2	6	10,2	30	50,8	14	23,7		
10+ Yıl	3	1,5	34	17,3	15	7,6	106	53,8	39	19,8		
Toplam	12	2,6	80	17,5	46	10	225	49,1	95	20,7		

Tablo : 22 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	f. Hizmet maliyetlerini düşürür.											
0-3 Yıl	4	3,3	15	12,2	20	16,3	53	43,1	31	25,2	12,625	0,397
4-6 Yıl	6	7,6	14	17,7	14	17,7	31	39,2	14	17,7		
7-9 Yıl	2	3,3	6	10	11	18,3	28	46,7	13	21,7		
10+ Yıl	7	3,5	30	15	19	9,5	100	50	44	22		
Toplam	19	4,1	65	14,1	64	13,9	212	45,9	102	22,1		
	g. Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.											
0-3 Yıl	1	0,8	5	4,2	17	14,3	73	61,3	23	19,3	25	0,015*
4-6 Yıl	5	6,3	11	13,9	6	7,6	39	49,4	18	22,8		
7-9 Yıl	3	5,1	6	10,2	15	25,4	23	39	12	20,3		
10+ Yıl	4	2	22	11,2	25	12,8	99	50,5	46	23,5		
Toplam	13	2,9	44	9,7	63	13,9	234	51,7	99	21,9		
	h. Hizmetin kalitesini yükseltir											
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	10	8,1	67	54	45	36,3		**
4-6 Yıl	2	2,5	4	5	10	12,5	39	48,8	25	31,3		
7-9 Yıl	0	0	2	3,3	6	10	29	48,3	23	38,3		
10+ Yıl	0	0	12	5,9	16	7,9	104	51,2	71	35		
Toplam	2	0,4	20	4,3	42	9	239	51,2	164	35,1		
	ı. Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.											
0-3 Yıl	0	0	3	2,5	13	10,7	71	58,7	34	28,1		**
4-6 Yıl	2	2,5	5	6,3	13	16,5	40	50,6	19	24,1		
7-9 Yıl	0	0	5	8,3	9	15	31	51,7	15	25		
10+ Yıl	2	1	16	8	24	11,9	105	52,2	54	26,9		
Toplam	4	0,9	29	6,3	59	12,8	247	53,6	122	26,5		
	i. Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.											
0-3 Yıl	0	0	21	17,6	19	16	65	54,6	14	11,8	14,72	0,257
4-6 Yıl	4	5,1	12	15,2	14	17,7	33	41,8	16	20,3		
7-9 Yıl	1	1,7	9	15,5	6	10,3	32	55,2	10	17,2		
10+ Yıl	3	1,6	31	16,4	39	20,6	89	47,1	27	14,3		
Toplam	8	1,8	73	16,4	78	17,5	219	49,2	67	15,1		
	j. Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.											
0-3 Yıl	0	0	11	9,1	14	11,6	68	56,2	28	23,1	22,368	0,034*
4-6 Yıl	6	7,7	11	14,1	7	9	37	47,4	17	21,8		
7-9 Yıl	1	1,7	5	8,5	7	11,9	35	59,3	11	18,6		
10+ Yıl	2	1	29	15,1	22	11,5	107	55,7	32	16,7		
Toplam	9	2	56	12,4	50	11,1	247	54,9	88	19,6		

Tablo : 22 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	k. Yönetimi zor olan işlerin kontrolünü kolaylaştırır											
0-3 Yıl	0	0	12	9,7	17	13,7	68	54,8	27	21,8	13,01	0,368
4-6 Yıl	3	3,8	12	15,2	9	11,4	39	49,4	16	20,3		
7-9 Yıl	0	0	7	11,9	8	13,6	32	54,2	12	20,3		
10+ Yıl	3	1,6	27	14,1	30	15,6	107	55,7	25	13		
Toplam	6	1,3	58	12,8	64	14,1	246	54,2	80	17,6		
	l. Politik etkilerden uzaklaştırır.											
0-3 Yıl	16	12,9	29	23,4	27	21,8	43	34,7	9	7,3	15,204	0,23
4-6 Yıl	14	18,2	19	24,7	24	31,2	14	18,2	6	7,8		
7-9 Yıl	7	11,9	13	22	14	23,7	21	35,6	4	6,8		
10+ Yıl	18	9,2	62	31,6	48	24,5	50	25,5	18	9,2		
Toplam	55	12,1	123	27	113	24,8	128	28,1	37	8,1		
	m. Hastanenin bağlı olduğu üst kurumun (Bakanlığın/Şirketin) isteğidir.											
0-3 Yıl	4	3,5	38	33	27	23,5	38	33	8	7	10,727	0,552
4-6 Yıl	3	4,1	26	35,6	15	20,5	23	31,5	6	8,2		
7-9 Yıl	6	10,9	23	41,8	6	10,9	13	23,6	7	12,7		
10+ Yıl	13	6,9	63	33,3	40	21,2	57	30,2	16	8,5		
Toplam	26	6	150	34,7	88	20,4	131	30,3	37	8,6		

*p<0,05 Ki-Kare Testi , ** Test Uygulanmamıştır

Tablo : 22’de görüldüğü gibi yöneticilik süreleri ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinden “Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.”, “Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). “Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.” görüşüne 0-3 yıl arasında hizmeti olan yöneticilerin, “Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.” görüşüne ise 7-9 yıl arasında hizmeti olan yöneticilerin yüksek oranda katılıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Yöneticilik süreleri ile dış kaynak kullanımından diğer yararlanma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Bu sonuca göre, “Yöneticilik süreleri ile yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşler arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₁₆); “Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.”, “Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.” görüşleri açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir. Tablo : 23’te hastane mülkiyetine göre dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinin dağılımı verilmektedir.

Tablo : 23
Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma
Nedenlerinin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
	a. Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.												
Kamu Hastaneleri	7	1,8	31	8	32	8,2	223	57,5	95	24,5	12,06	0,017*	
Özel Hastaneler	0	0	7	8,1	6	7	37	43	36	41,9			
Toplam	7	1,5	38	8	38	8	260	54,9	131	27,6			
	b. Hasta bakımında devamlılığı sağlar.											2,402	0,662
Kamu Hastaneleri	6	1,6	36	9,4	29	7,5	231	60	83	21,6			
Özel Hastaneler	1	1,2	12	14,6	7	8,5	47	57,3	15	18,3			
Toplam	7	1,5	48	10,3	36	7,7	278	59,5	98	21			
	c. Hasta tatminini yükseltir.											13,46	0,009*
Kamu Hastaneleri	3	0,8	18	4,7	34	8,8	214	55,6	116	30,1			
Özel Hastaneler	1	1,2	10	11,8	15	17,6	39	45,9	20	23,5			
Toplam	4	0,9	28	6	49	10,4	253	53,8	136	28,9			
	ç. Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.											**	
Kamu Hastaneleri	4	1	20	5,2	17	4,4	181	46,9	164	42,5			
Özel Hastaneler	2	2,4	13	15,7	11	13,3	39	47	18	21,7			
Toplam	6	1,3	33	7	28	6	220	46,9	182	38,8			
	d. Klinik hekimlik ve hemşirelik hizmetlerindeki özel uzmanlıkların hastaneye transfer edilmesini sağlar.											7,447	0,114
Kamu Hastaneleri	14	4	79	22,7	94	27	115	33	46	13,2			
Özel Hastaneler	5	6,8	14	19,2	12	16,4	34	46,6	8	11			
Toplam	19	4,5	93	22,1	106	25,2	149	35,4	54	12,8			
	e. Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.											18,134	0,001*
Kamu Hastaneleri	11	2,9	79	20,6	40	10,4	186	48,4	68	17,7			
Özel Hastaneler	2	2,4	5	6	5	6	43	51,8	28	33,7			
Toplam	13	2,8	84	18	45	9,6	229	49	96	20,6			
	f. Hizmet maliyetlerini düşürür.											1,374	0,849
Kamu Hastaneleri	16	4,1	57	14,7	53	13,7	177	45,7	84	21,7			
Özel Hastaneler	3	3,6	9	10,7	12	14,3	43	51,2	17	20,2			
Toplam	19	4	66	14	65	13,8	220	46,7	101	21,4			
	g. Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.											5,761	0,218
Kamu Hastaneleri	10	2,6	34	8,9	53	13,9	193	50,8	90	23,7			
Özel Hastaneler	3	3,6	11	13,3	10	12	48	57,8	11	13,3			
Toplam	13	2,8	45	9,7	63	13,6	241	52,1	101	21,8			
	h. Hizmetin kalitesini yükseltir.											3,191	0,526
Kamu Hastaneleri	2	0,5	15	3,8	35	9	197	50,4	142	36,3			
Özel Hastaneler	0	0	5	5,9	7	8,2	49	57,6	24	28,2			
Toplam	2	0,4	20	4,2	42	8,8	246	51,7	166	34,9			

Tablo : 23 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	i. Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.											
Kamu Hastaneleri	3	0,8	19	4,9	41	10,6	214	55,6	108	28,1		
Özel Hastaneler	1	1,2	10	11,8	17	20	40	47,1	17	20		
Toplam	4	0,9	29	6,2	58	12,3	254	54	125	26,6	19,96	0,011*
	i. Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.											
Kamu Hastaneleri	8	2,1	64	17,2	60	16,1	183	49,1	58	15,5		
Özel Hastaneler	0	0	10	12,3	20	24,7	42	51,9	9	11,1		
Toplam	8	1,8	74	16,3	80	17,6	225	49,6	67	14,8	6,473	0,167
	j. Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.											
Kamu Hastaneleri	9	2,4	50	13,3	44	11,7	198	52,7	75	19,9		
Özel Hastaneler	0	0	5	6	8	9,6	56	67,5	14	16,9		
Toplam	9	2	55	12	52	11,3	254	55,3	89	19,4	8,272	0,082
	k. Yönetimi zor olan işlerin kontrolünü kolaylaştırır											
Kamu Hastaneleri	5	1,3	48	12,6	56	14,7	207	54,3	65	17,1		
Özel Hastaneler	1	1,2	9	11	8	9,8	49	59,8	15	18,3		
Toplam	6	1,3	57	12,3	64	13,8	256	55,3	80	17,3	1,76	0,78
	l. Politik etkilerden uzaklaştırır.											
Kamu Hastaneleri	52	13,5	102	26,6	93	24,2	103	26,8	34	8,9		
Özel Hastaneler	4	4,9	25	30,9	20	24,7	27	33,3	5	6,2		
Toplam	56	12	127	27,3	113	24,3	130	28	39	8,4	6,158	0,188
	m. Hastanenin bağlı olduğu üst kurumun (Bakanlığın/Şirketin) isteğidir.											
Kamu Hastaneleri	22	6	123	33,8	75	20,6	113	31	31	8,5		
Özel Hastaneler	4	5,3	30	40	14	18,7	22	29,3	5	6,7		
Toplam	26	5,9	153	34,9	89	20,3	135	30,8	36	8,2	1,175	0,882

*p<0,05 Ki-Kare testi , ** Test Uygulanmamıştır.

Hastane mülkiyeti ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinden “Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar” , “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.” “Hasta tatminini yükseltir” ve “Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05).

Özel hastanelerin yöneticilerinin “Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar” ve “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.” görüşlerine kamu hastanelerinin yöneticilerinin ise “Hasta tatminini yükseltir.” ve “Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.” görüşlerine yüksek oranda katılıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından diğer yararlanma nedenleri ile kamu ve özel hastanelerin yöneticilerinin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Elde edilen bu sonuçlara göre, “Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{17}) “Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.”, “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.”, “Hasta tatminini yükseltir.” ve “Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.” görüşleri açısından kabul edilmiş diğer görüşler için reddedilmiştir. Tablo : 24’te hastane büyüklüğüne göre dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 24
Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanma Nedenlerinin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.												
30-50 Yatak	1	0,7	11	7,9	13	9,4	74	53,2	40	28,8	7,232	0,842
51-100 Yatak	3	2,8	8	7,3	9	8,3	56	51,4	33	30,3		
101-200 Yatak	1	0,9	7	6,5	7	6,5	60	55,6	33	30,6		
201+ Yatak	2	1,7	12	10	9	7,5	72	60	25	20,8		
Toplam	7	1,5	38	8	38	8	262	55	131	27,5		
b. Hasta bakımında devamlılığı sağlar.												
30-50 Yatak	2	1,5	20	14,7	11	8,1	80	58,8	23	16,9	9,371	0,671
51-100 Yatak	1	0,9	13	12,3	8	7,5	61	57,5	23	21,7		
101-200 Yatak	2	1,9	5	4,7	8	7,5	69	64,5	23	21,5		
201+ Yatak	2	1,7	10	8,3	9	7,5	70	58,3	29	24,2		
Toplam	7	1,5	48	10,2	36	7,7	280	59,7	98	20,9		
c. Hasta tatminini yükseltir.												
30-50 Yatak	1	0,7	13	9,5	19	13,9	73	53,3	31	22,6	14,214	0,287
51-100 Yatak	2	1,9	6	5,6	10	9,3	54	50	36	33,3		
101-200 Yatak	1	0,9	4	3,7	7	6,5	59	55,1	36	33,6		
201+ Yatak	0	0	5	4,2	13	10,8	69	57,5	33	27,5		
Toplam	4	0,8	28	5,9	49	10,4	255	54	136	28,8		
ç. Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.												
30-50 Yatak	3	2,2	16	11,6	8	5,8	66	47,8	45	32,6	22,053	0,037*
51-100 Yatak	1	0,9	8	7,5	12	11,2	47	43,9	39	36,4		
101-200 Yatak	0	0	7	6,5	4	3,7	49	45,8	47	43,9		
201+ Yatak	2	1,7	2	1,7	4	3,4	60	50,4	51	42,9		
Toplam	6	1,3	33	7	28	5,9	222	47,1	182	38,6		

Tablo : 24 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	d. Klinik hekimlik ve hemşirelik hizmetlerindeki özel uzmanlıkların hastaneye transfer edilmesini sağlar.										6,829	0,869
30-50 Yatak	8	6,5	30	24,4	29	23,6	41	33,3	15	12,2		
51-100 Yatak	3	3	25	25,3	22	22,2	36	36,4	13	13,1		
101-200 Yatak	2	2,1	17	18,1	25	26,6	37	39,4	13	13,8		
201+ Yatak	6	5,6	21	19,6	31	29	37	34,6	12	11,2		
Toplam	19	4,5	93	22	107	25,3	151	35,7	53	12,5		
	e. Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.										23,057	0,027*
30-50 Yatak	5	3,9	42	33,1	31	24,4	40	31,5	9	7,1		
51-100 Yatak	6	6,1	37	37,4	23	23,2	23	23,2	10	10,1		
101-200 Yatak	10	10	35	35	18	18	28	28	9	9		
201+ Yatak	6	5,2	39	33,9	16	13,9	45	39,1	9	7,8		
Toplam	27	6,1	153	34,7	88	20	136	30,8	37	8,4		
	f. Hizmet maliyetlerini düşürür.										22,763	0,030*
30-50 Yatak	7	5	26	18,7	16	11,5	71	51,1	19	13,7		
51-100 Yatak	6	5,7	11	10,4	21	19,8	43	40,6	25	23,6		
101-200 Yatak	4	3,7	10	9,2	10	9,2	52	47,7	33	30,3		
201+ Yatak	2	1,7	19	16	18	15,1	55	46,2	25	21		
Toplam	19	4	66	14	65	13,7	221	46,7	102	21,6		
	g. Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.										9,356	0,672
30-50 Yatak	3	2,2	14	10,3	16	11,8	76	55,9	27	19,9		
51-100 Yatak	6	5,7	8	7,5	15	14,2	56	52,8	21	19,8		
101-200 Yatak	1	1	9	8,6	14	13,3	54	51,4	27	25,7		
201+ Yatak	3	2,6	14	12	20	17,1	55	47	25	21,4		
Toplam	13	2,8	45	9,7	65	14	241	51,9	100	21,6		
	h. Hizmetin kalitesini yükseltir.											**
30-50 Yatak	0	0	5	3,6	17	12,2	71	51,1	46	33,1		
51-100 Yatak	1	0,9	4	3,7	13	11,9	54	49,5	37	33,9		
101-200 Yatak	0	0	4	3,6	4	3,6	60	54,5	42	38,2		
201+ Yatak	1	0,8	7	5,8	8	6,7	62	51,7	42	35		
Toplam	2	0,4	20	4,2	42	8,8	247	51,7	167	34,9		

Tablo : 24 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	i. Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.										9,561	0,654
30-50 Yatak	2	1,5	11	8	20	14,6	74	54	30	21,9		
51-100 Yatak	2	1,9	6	5,6	13	12,1	56	52,3	30	28		
101-200 Yatak	0	0	4	3,6	10	9,1	63	57,3	33	30		
201+ Yatak	0	0	8	6,8	16	13,6	62	52,5	32	27,1		
Toplam	4	0,8	29	6,1	59	12,5	255	54	125	26,5		
	i. Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.										12,984	0,37
30-50 Yatak	2	1,5	28	21,1	21	15,8	69	51,9	13	9,8		
51-100 Yatak	3	2,9	17	16,5	17	16,5	45	43,7	21	20,4		
101-200 Yatak	2	1,9	10	9,5	20	19	57	54,3	16	15,2		
201+ Yatak	1	0,9	20	17,4	23	20	54	47	17	14,8		
Toplam	8	1,8	75	16,4	81	17,8	225	49,3	67	14,7		
	j. Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.										12,063	0,441
30-50 Yatak	2	1,5	16	11,9	14	10,4	81	60	22	16,3		
51-100 Yatak	4	3,8	10	9,6	10	9,6	57	54,8	23	22,1		
101-200 Yatak	1	0,9	9	8,5	12	11,3	60	56,6	24	22,6		
201+ Yatak	2	1,7	21	18,1	16	13,8	57	49,1	20	17,2		
Toplam	9	2	56	12,1	52	11,3	255	55,3	89	19,3		
	k. Yönetimi zor olan işlerin kontrolünü kolaylaştırır.										14,173	0,29
30-50 Yatak	2	1,5	21	15,7	10	7,5	81	60,4	20	14,9		
51-100 Yatak	3	2,8	12	11,1	15	13,9	58	53,7	20	18,5		
101-200 Yatak	1	0,9	12	11,3	19	17,9	52	49,1	22	20,8		
201+ Yatak	0	0	13	11,1	20	17,1	66	56,4	18	15,4		
Toplam	6	1,3	58	12,5	64	13,8	257	55,3	80	17,2		
	l. Politik etkilerden uzaklaştırır.										22,56	0,032*
30-50 Yatak	11	8,1	42	31,1	32	23,7	43	31,9	7	5,2		
51-100 Yatak	24	22,6	21	19,8	26	24,5	23	21,7	12	11,3		
101-200 Yatak	9	8,3	29	26,9	25	23,1	34	31,5	11	10,2		
201+ Yatak	13	11	35	29,7	31	26,3	31	26,3	8	6,8		
Toplam	57	12,2	127	27,2	114	24,4	131	28,1	38	8,1		
	m. Hastanenin bağlı olduğu üst kurumun (Bakanlığın/Şirketin) isteğidir.										13,407	0,34
30-50 Yatak	5	3,9	42	33,1	31	24,4	40	31,5	9	7,1		
51-100 Yatak	6	6,1	37	37,4	23	23,2	23	23,2	10	10,1		
101-200 Yatak	10	10	35	35	18	18	28	28	9	9		
201+ Yatak	6	5,2	39	33,9	16	13,9	45	39,1	9	7,8		
Toplam	27	6,1	153	34,7	88	20	136	30,8	37	8,4		

* p<0,05 Ki-Kare Testi, ** Test Uygulanmamıştır.

Tablo : 24' te görüldüğü gibi hastane büyüklükleri ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinden “Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.”, “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.”, “Hizmet maliyetlerini düşürür.”, “Politik etkilerden uzaklaştırır.” nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki vardır ($p<0,05$).

“Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.”, “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.” nedenlerine 200+ yatak kapasitesinin üzerinde büyüklüğe sahip hastanelerin yöneticilerinin, “Hizmet maliyetlerini düşürür.”, “Politik etkilerden uzaklaştırır.” nedenlerine ise 30-50 yatak kapasitesinde büyüklüğe sahip hastanelerin yöneticilerinin yüksek oranda katıldıkları görülmektedir.

“Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.” nedeninin 30-50 yatak kapasiteli hastanelerde 51-100 yatak kapasiteli hastanelere göre yüksek çıkması, özel hastaneler kategorisinde olan bu hastanelerde yöneticilerin insan kaynağı bulma ve seçmede kamu hastanelerinin yöneticilerine göre daha serbest hareket etme olanaklarından kaynaklanabilir.

Hastane büyüklüğüne göre yöneticilerin görüşleri ile dış kaynak kullanımından diğer yararlanma nedenleri arasında ise anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Elde edilen bu sonuçlara göre “Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{18}); “Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.”, “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.”, “Hizmet maliyetlerini düşürür.”, “Politik etkilerden uzaklaştırır.” nedenleri için kabul edilmiş, dış kaynak kullanımından diğer yararlanma nedenleri içinse reddedilmiştir.

344. Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı

Aşağıdaki tablolarda yöneticilerin özellikleri, hastanelerin büyüklük ve mülkiyet durumları açısından hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerin dağılımı verilmektedir.

Tablo : 25'te ise yöneticilerin görevlerine göre, hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerin dağılımıyla ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo : 25
Yöneticilerin Görevlerine Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki
Görüşlerin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a.Hizmet sağlayıcı firmanın sektör ve spesifik tecrübesi bulunmalıdır.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,4	1	0,7	36	25,5	102	72,3		
Hastane Yöneticileri	1	0,4	1	0,4	1	0,4	98	34,4	184	64,6		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	1	1,8	0	0	19	34,5	35	63,6		
Toplam	1	0	4	0,8	2	0,4	153	31,8	321	66,7		
	b.Hizmet sağlayıcı firmanın diğer hastanelerde sunduğu hizmetlerin durumu yerinde ziyaret edilerek incelenmelidir.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	7	5	65	46,1	68	48,2		
Hastane Yöneticileri	0	0	3	1,1	8	2,8	136	48,1	136	48,1		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	2	3,6	29	52,7	24	43,6		
Toplam	0	0,2	4	0,8	17	3,5	230	48	228	47,6		
	c.Hizmet sağlayıcı firmanın finansal yapısı güçlü olmalıdır.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,4	12	8,6	56	40	70	50		
Hastane Yöneticileri	1	0,4	6	2,1	10	3,5	128	45,4	137	48,6		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	4	7,3	27	49,1	24	43,6		
Toplam	1	0,2	8	1,7	26	5,5	211	44,2	231	48,4		
	ç.Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.										5,399	0,714
Hekim Yöneticiler	0	0	16	11,3	14	9,9	66	46,8	45	31,9		
Hastane Yöneticileri	1	0,4	36	12,8	35	12,4	111	39,4	99	35,1		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	4	7,3	4	7,3	25	45,5	22	40		
Toplam	1	0,2	56	11,7	53	11,1	202	42,3	166	34,7		
	d.En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.										11,083	0,197
Hekim Yöneticiler	4	2,9	62	44,6	33	23,7	25	18	15	10,8		
Hastane Yöneticileri	28	10	124	44,1	45	16	49	17,4	35	12,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	6	11,1	27	50	8	14,8	8	14,8	5	9,3		
Toplam	38	8	213	44,9	86	18,1	82	17,3	55	11,6		
	e. Hizmet sağlayıcı firmanın nitelikli personel kullanması çok önemlidir.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	0	0	2	1,4	42	30	96	68,6		
Hastane Yöneticileri	1	0,4	2	0,7	2	0,7	90	31,7	189	66,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	0	0	22	39,3	34	60,7		
Toplam	1	0,2	2	0,4	4	0,8	154	32,1	319	66,5		

Tablo : 25 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	f. Hizmet sağlayıcı firmanın teknolojik alt yapısı güçlü olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	4	2,9	59	42,4	75	54		
Hastane Yöneticileri	0	0	3	1,1	5	1,8	109	38,7	165	58,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	2	3,6	23	41,8	30	54,5		
Toplam	0	0,2	4	0,8	11	2,3	191	40,1	270	56,7		**
	g. Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	1	0,7	45	32,6	37	26,8	45	32,6	10	7,2		
Hastane Yöneticileri	8	2,8	113	40,1	44	15,6	85	30,1	32	11,3		
Fonksiyonel Yöneticiler	3	5,6	13	24,1	14	25,9	22	40,7	2	3,7		
Toplam	12	2,5	171	36,1	95	20	152	32,1	44	9,3	19,88	0,011*
	h.Hizmet sağlayıcı firmanın ek katma değer yaratma yeteneği bulunmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	1	0,7	4	2,9	29	21,2	78	56,9	25	18,2		
Hastane Yöneticileri	3	1,1	16	5,8	41	14,8	156	56,3	61	22		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	1	1,9	8	14,8	37	68,5	8	14,8		
Toplam	4	0,9	21	4,5	78	16,7	271	57,9	94	20,1		**
	ı. Hizmet sağlayıcı firmanın yenilikleri uyarlama hızı yüksek olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	0	0	1	0,7	66	47,8	71	51,4		
Hastane Yöneticileri	0	0	1	0,4	1	0,4	137	48,6	143	50,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	2	3,6	29	52,7	24	43,6		
Toplam	0	0	1	0,2	4	0,8	232	48,8	238	50,1		**
	i.Hizmet sağlayıcı firma hastane yönetimiyle ortak iş kültürüne sahip olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	4	2,9	4	2,9	65	46,4	67	47,9		
Hastane Yöneticileri	0	0	2	0,7	5	1,8	126	44,7	149	52,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	3,6	0	0	25	44,6	29	51,8		
Toplam	0	0	8	1,7	9	1,9	216	45,2	245	51,3		**
	j.Hizmet sağlayıcı firmayla birlikte çalışma kolaylığı çok önemlidir.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	3	2,1	63	45	73	52,1		
Hastane Yöneticileri	0	0	0	0	4	1,4	139	48,8	142	49,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	1	1,8	21	38,2	33	60		
Toplam	0	0	1	0,2	8	1,7	223	46,5	248	51,7		**
	k. Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	15	10,8	75	54	28	20,1	18	12,9	3	2,2		
Hastane Yöneticileri	50	17,7	148	52,3	46	16,3	29	10,2	10	3,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	6	11,1	24	44,4	13	24,1	8	14,8	3	5,6		
Toplam	71	14,9	247	51,9	87	18,3	55	11,6	16	3,4	8,68	0,37

* p<0,05 Ki-Kare Testi , ** Test Uygulanmamıştır.

Tablo : 25'te de görüldüğü gibi yöneticilerin görevleri ile “Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Fonksiyonel yöneticilerin bu görüşe yüksek oranda katılıyorum, hastane yöneticilerinin ise yüksek oranda katılmıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Yöneticilerin görevleri ile hizmet sağlayıcı firma seçimindeki diğer görüşler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p > 0,05$). Bu sonuca göre (H_{19}) hipotezi, “Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.” görüşü açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir. Tablo : 26'da yöneticilik eğitimi alıp almama durumuna göre hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 26
Yöneticilik Eğitimi Alıp Almama Durumuna Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hizmet sağlayıcı firmanın sektör ve spesifik tecrübesi bulunmalıdır.										X ²	P
Eğitim Alan	1	0,4	1	0,4	1	0,4	88	32	184	66,9		
Eğitim Almayan	0	0	3	1,5	1	0,5	62	31,6	130	66,3		
Toplam	1	0,2	4	0,8	2	0,4	150	31,8	314	66,7		
	b. Hizmet sağlayıcı firmanın diğer hastanelerde sunduğu hizmetlerin durumu yerinde ziyaret edilerek incelenmelidir.										X ²	P
Eğitim Alan	0	0	3	1,1	5	1,8	133	48,5	133	48,5		
Eğitim Almayan	0	0	1	0,5	12	6,2	93	47,7	89	45,6		
Toplam	0	0	4	0,9	17	3,6	226	48,2	222	47,3		
	c. Hizmet sağlayıcı firmanın finansal yapısı güçlü olmalıdır.										X ²	P
Eğitim Alan	1	0,4	6	2,2	15	5,5	117	42,7	135	49,3		
Eğitim Almayan	0	0	2	1	10	5,2	92	47,7	89	46,1		
Toplam	1	0,2	8	1,7	25	5,4	209	44,8	224	48		
	ç. Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.										5,34	0,254
Eğitim Alan	1	0,4	37	13,6	35	12,8	107	39,2	93	34,1		
Eğitim Almayan	0	0	18	9,2	18	9,2	91	46,7	68	34,9		
Toplam	1	0,2	55	11,8	53	11,3	198	42,3	161	34,4		
	d. En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.										2,608	0,625
Eğitim Alan	26	9,6	125	46,1	46	17	46	17	28	10,3		
Eğitim Almayan	12	6,2	85	44	38	19,7	34	17,6	24	12,4		
Toplam	38	8,2	210	45,3	84	18,1	80	17,2	52	11,2		

Tablo : 26 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
e. Hizmet sağlayıcı firmanın nitelikli personel kullanması çok önemlidir.													
Eğitim Alan	1	0,4	2	0,7	1	0,4	89	32,4	182	66,2			
Eğitim Almayan	0	0	0	0	3	1,5	64	32,8	128	65,6			
Toplam	1	0,2	2	0,4	4	0,9	153	32,6	310	66		**	
f. Hizmet sağlayıcı firmanın teknolojik alt yapısı güçlü olmalıdır													
Eğitim Alan	1	0,4	7	2,6	107	39,1	159	58	182	66,2			
Eğitim Almayan	3	1,6	4	2,1	82	42,7	103	53,6	128	65,6			
Toplam	4	0,9	11	2,4	189	40,6	262	56,2	310	66		**	
g. Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır													
Eğitim Alan	11	4	93	34,1	56	20,5	87	31,9	26	9,5			
Eğitim Almayan	1	0,5	75	39,1	39	20,3	61	31,8	16	8,3			
Toplam	12	2,6	168	36,1	95	20,4	148	31,8	42	9	6,33	0,175	
h. Hizmet sağlayıcı firmanın ek katma değer yaratma yeteneği bulunmalıdır.													
Eğitim Alan	3	1,1	11	4,1	39	14,4	154	57	63	23,3			
Eğitim Almayan	1	0,5	9	4,7	39	20,5	112	58,9	29	15,3			
Toplam	4	0,9	20	4,3	78	17	266	57,8	92	20	6,686	0,153	
ı. Hizmet sağlayıcı firmanın yenilikleri uyarlama hızı yüksek olmalıdır.													
Eğitim Alan	0	0	1	0,4	1	0,4	130	47,8	140	51,5			
Eğitim Almayan	0	0	0	0	3	1,6	99	51,3	91	47,2			
Toplam	0	0	1	0,2	4	0,9	229	49,2	231	49,7		**	
i. Hizmet sağlayıcı firma hastane yönetimiyle ortak iş kültürüne sahip olmalıdır.													
Eğitim Alan	0	0	3	1,1	3	1,1	120	43,8	148	54			
Eğitim Almayan	0	0	5	2,6	6	3,1	92	47,2	92	47,2			
Toplam	0	0	8	1,7	9	1,9	212	45,2	240	51,2		**	
j. Hizmet sağlayıcı firmayla birlikte çalışma kolaylığı çok önemlidir.													
Eğitim Alan	0	0	0	0	5	1,8	128	46,5	142	51,6			
Eğitim Almayan	0	0	1	0,5	3	1,5	93	47,7	98	50,3			
Toplam	0	0	1	0,2	8	1,7	221	47	240	51,1		**	
k. Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.													
Eğitim Alan	41	15	136	49,8	54	19,8	31	11,4	11	4			
Eğitim Almayan	29	15	105	54,4	33	17,1	22	11,4	4	2,1			
Toplam	70	15	241	51,7	87	18,7	53	11,4	15	3,2	2,241	0,692	

** Test Uygulanmamıştır.

Yöneticilik eğitimi alan yöneticilerle yöneticilik eğitimi almayan yöneticilerin, hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede

bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Bu sonuca göre (H_{20}) hipotezi reddedilmiştir. Tablo : 27'de yöneticilik sürelerine göre hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 27
Yöneticilik Sürelerine Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hizmet sağlayıcı firmanın sektör ve spesifik tecrübesi bulunmalıdır.											X ²	P
0-3 Yıl	0	0	0	0	1	0,8	27	21,4	98	77,8		
4-6 Yıl	0	0	3	3,7	1	1,2	24	29,3	54	65,9		
7-9 Yıl	1	1,6	0	0	0	0	19	31,1	41	67,2		
10+ Yıl	0	0	1	0,5	0	0	80	39,4	122	60,1		
Toplam	1	0,2	4	0,8	2	0,4	150	31,8	315	66,7		
b. Hizmet sağlayıcı firmanın diğer hastanelerde sunduğu hizmetlerin durumu yerinde ziyaret edilerek incelenmelidir.											X ²	P
0-3 Yıl	0	0	0	0	4	3,2	50	39,7	72	57,1		
4-6 Yıl	0	0	2	2,5	5	6,2	37	45,7	37	45,7		
7-9 Yıl	0	0	1	1,6	1	1,6	31	50,8	28	45,9		
10+ Yıl	0	0	1	0,5	7	3,5	108	53,5	86	42,6		
Toplam	0	0	4	0,9	17	3,6	226	48,1	223	47,4		
c. Hizmet sağlayıcı firmanın finansal yapısı güçlü olmalıdır.											X ²	P
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	10	7,9	41	32,5	74	58,7		
4-6 Yıl	1	1,3	2	2,5	4	5,1	36	45,6	36	45,6		
7-9 Yıl	0	0	0	0	3	4,9	32	52,5	26	42,6		
10+ Yıl	0	0	5	2,5	9	4,5	99	49	89	44,1		
Toplam	1	0,2	8	1,7	26	5,6	208	44,4	225	48,1		
ç. Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.											23,92	0,021*
0-3 Yıl	0	0	6	4,8	15	11,9	50	39,7	55	43,7		
4-6 Yıl	0	0	15	18,5	10	12,3	28	34,6	28	34,6		
7-9 Yıl	1	1,6	8	13,1	5	8,2	25	41	22	36,1		
10+ Yıl	0	0	26	12,9	23	11,4	95	47,3	57	28,4		
Toplam	1	0,2	55	11,7	53	11,3	198	42,2	162	34,5		
d. En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.											36,688	0,0001*
0-3 Yıl	8	6,3	35	27,8	28	22,2	30	23,8	25	19,8		
4-6 Yıl	9	11,4	33	41,8	14	17,7	13	16,5	10	12,7		
7-9 Yıl	3	5	37	61,7	8	13,3	7	11,7	5	8,3		
10+ Yıl	18	9	105	52,5	34	17	30	15	13	6,5		
Toplam	38	8,2	210	45,2	84	18,1	80	17,2	53	11,4		

Tablo : 27 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
e. Hizmet sağlayıcı firmanın nitelikli personel kullanması çok önemlidir.													
0-3 Yıl	0	0	0	0	0	0	30	23,8	96	76,2			
4-6 Yıl	0	0	1	1,2	1	1,2	31	37,8	49	59,8			
7-9 Yıl	1	1,6	0	0	1	1,6	27	44,3	32	52,5			
10+ Yıl	0	0	1	0,5	2	1	64	31,7	135	66,8			
Toplam	1	0,2	2	0,4	4	0,8	152	32,3	312	66,2		**	
f. Hizmet sağlayıcı firmanın teknolojik alt yapısı güçlü olmalıdır.													
0-3 Yıl	0	0	0	0	4	3,2	41	32,8	80	64			
4-6 Yıl	0	0	1	1,3	2	2,6	35	44,9	40	51,3			
7-9 Yıl	0	0	1	1,6	2	3,3	28	45,9	30	49,2			
10+ Yıl	0	0	2	1	3	1,5	85	41,9	113	55,7			
Toplam	0	0	4	0,9	11	2,4	189	40,5	263	56,3		**	
g. Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.													
0-3 Yıl	3	2,4	36	28,6	27	21,4	49	38,9	11	8,7			
4-6 Yıl	4	5,1	28	35,9	14	17,9	24	30,8	8	10,3			
7-9 Yıl	1	1,6	22	36,1	15	24,6	17	27,9	6	9,8			
10+ Yıl	4	2	82	40,8	38	18,9	60	29,9	17	8,5			
Toplam	12	2,6	168	36,1	94	20,2	150	32,2	42	9	9,479	0,662	
h. Hizmet sağlayıcı firmanın ek katma değer yaratma yeteneği bulunmalıdır.													
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	20	16,1	72	58,1	30	24,2			
4-6 Yıl	2	2,6	5	6,4	14	17,9	39	50	18	23,1			
7-9 Yıl	0	0	2	3,4	12	20,3	35	59,3	10	16,9			
10+ Yıl	2	1	12	6	32	16,1	120	60,3	33	16,6			
Toplam	4	0,9	21	4,6	78	17	266	57,8	91	19,8		**	
ı. Hizmet sağlayıcı firmanın yenilikleri uyarlama hızı yüksek olmalıdır.													
0-3 Yıl	0	0	0	0	1	0,8	49	39,5	74	59,7			
4-6 Yıl	0	0	0	0	1	1,3	43	54,4	35	44,3			
7-9 Yıl	0	0	0	0	1	1,6	32	52,5	28	45,9			
10+ Yıl	0	0	1	0,5	1	0,5	107	52,7	94	46,3			
Toplam	0	0	1	0,2	4	0,9	231	49,5	231	49,5		**	
i. Hizmet sağlayıcı firma hastane yönetimiyle ortak iş kültürüne sahip olmalıdır.													
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	3	2,4	46	36,2	76	59,8			
4-6 Yıl	0	0	4	4,9	0	0	37	45,7	40	49,4			
7-9 Yıl	0	0	0	0	2	3,3	30	49,2	29	47,5			
10+ Yıl	0	0	2	1	4	2	100	49,8	95	47,3			
Toplam	0	0	8	1,7	9	1,9	213	45,3	240	51,1		**	

Tablo : 27 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
j. Hizmet sağlayıcı firmayla birlikte çalışma kolaylığı çok önemlidir.												
0-3 Yıl	0	0	0	0	0	0	52	40,9	75	59,1		
4-6 Yıl	0	0	1	1,3	0	0	40	50	39	48,8		
7-9 Yıl	0	0	0	0	1	1,6	34	55,7	26	42,6		
10+ Yıl	0	0	0	0	7	3,4	96	47,1	101	49,5		
Toplam	0	0	1	0,2	8	1,7	222	47	241	51,1		**
k. Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.												
0-3 Yıl	11	8,8	72	57,6	19	15,2	17	13,6	6	4,8		
4-6 Yıl	17	21,5	37	46,8	15	19	9	11,4	1	1,3		
7-9 Yıl	11	18	32	52,5	11	18	4	6,6	3	4,9		
10+ Yıl	31	15,3	102	50,2	41	20,2	23	11,3	6	3		
Toplam	70	15	243	51,9	86	18,4	53	11,3	16	3,4	12,29	0,423

* p<0,05 Ki-Kare Testi, ** Test Uygulanmamıştır.

Yöneticilik süreleri ile “Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.” ve “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05).

“Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.” görüşüne yönetici olarak 4-6 yıl arasında hizmet süresi olanlar yüksek oranda katılmazken, 10 yılın üzerinde hizmet süresi olanlar yüksek oranda katılmaktadırlar.

“En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşüne yönetici olarak 10 yılın üzerinde hizmet süresi olanlar yüksek oranda katılmazken, yöneticilik süresi 0-3 yıl arasında olanlar yüksek oranda katılmaktadırlar.

Yöneticilik süreleri ile hizmet sağlayıcı firma seçimindeki diğer görüşler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Elde edilen bu sonuca göre “Yöneticilik süreleriyle, yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₂₁); “Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.” ve “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşleri için kabul edilmiş, diğer görüşler içinse reddedilmiştir.

Tablo : 28’de hastane mülkiyetine göre, hizmet sağlayıcı firmalarda aranan özelliklerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 28

Hastane Mülkiyetine Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki Görüşlerin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hizmet sağlayıcı firmanın sektör ve spesifik tecrübesi bulunmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	1	0,3	3	0,8	2	0,5	120	30,4	269	68,1		
Özel Hastaneler	0	0	1	1,2	0	0	32	37,6	52	61,2		
Toplam	1	0,2	4	0,8	2	0,4	152	31,7	321	66,9		**
	b. Hizmet sağlayıcı firmanın diğer hastanelerde sunduğu hizmetlerin durumu yerinde ziyaret edilerek incelenmelidir.											
Kamu Hastaneleri	0	0	4	1	13	3,3	187	47,6	189	48,1		
Özel Hastaneler	0	0	0	0	4	4,7	44	51,2	38	44,2		
Toplam	0	0	4	0,8	17	3,5	231	48,2	227	47,4		**
	c. Hizmet sağlayıcı firmanın finansal yapısı güçlü olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	1	0,3	6	1,5	19	4,8	167	42,4	201	51		
Özel Hastaneler	0	0	2	2,4	8	9,6	43	51,8	30	36,1		
Toplam	1	0,2	8	1,7	27	5,7	210	44	231	48,4		**
	ç. Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	1	0,3	48	12,2	49	12,5	156	39,8	138	35,2		
Özel Hastaneler	0	0	8	9,3	3	3,5	46	53,5	29	33,7		
Toplam	1	0,2	56	11,7	52	10,9	202	42,3	167	34,9	9,179	0,057
	d. En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.											
Kamu Hastaneleri	31	7,9	166	42,2	69	17,6	75	19,1	52	13,2		
Özel Hastaneler	7	8,6	47	58	17	21	7	8,6	3	3,7		
Toplam	38	8	213	44,9	86	18,1	82	17,3	55	11,6	13,694	0,008*
	e. Hizmet sağlayıcı firmanın nitelikli personel kullanması çok önemlidir.											
Kamu Hastaneleri	0	0	2	0,5	3	0,8	118	29,9	271	68,8		
Özel Hastaneler	1	1,2	0	0	1	1,2	36	41,9	48	55,8		
Toplam	1	0,2	2	0,4	4	0,8	154	32,1	319	66,5		**
	f. Hizmet sağlayıcı firmanın teknolojik alt yapısı güçlü olmalıdır											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	9	2,3	150	38,4	229	58,6		
Özel Hastaneler	0	0	1	1,2	2	2,4	42	49,4	40	47,1		
Toplam	0	0	4	0,8	11	2,3	192	40,3	269	56,5		**
	g. Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır											
Kamu Hastaneleri	10	2,6	143	36,8	76	19,5	122	31,4	38	9,8		
Özel Hastaneler	2	2,4	29	34,1	19	22,4	29	34,1	6	7,1		
Toplam	12	2,5	172	36,3	95	20	151	31,9	44	9,3		
	h. Hizmet sağlayıcı firmanın ek katma değer yaratma yeteneği bulunmalıdır.										1,141	0,888
Kamu Hastaneleri	4	1	18	4,7	63	16,4	213	55,5	86	22,4		
Özel Hastaneler	0	0	3	3,6	15	17,9	58	69	8	9,5		
Toplam	4	0,9	21	4,5	78	16,7	271	57,9	94	20,1		**

Tablo : 28 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	1. Hizmet sağlayıcı firmanın yenilikleri uyarlama hızı yüksek olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	1	0,3	2	0,5	179	46	207	53,2		
Özel Hastaneler	0	0	0	0	2	2,3	53	61,6	31	36		
Toplam	0	0	1	0,2	4	0,8	232	48,8	238	50,1		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		**
	Hizmet sağlayıcı firma hastane yönetimiyle ortak iş kültürüne sahip olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	7	1,8	6	1,5	177	45,2	202	51,5		
Özel Hastaneler	0	0	1	1,2	3	3,5	40	46,5	42	48,8		
Toplam	0	0	8	1,7	9	1,9	217	45,4	244	51		**
	j. Hizmet sağlayıcı firmayla birlikte çalışma kolaylığı çok önemlidir.											
Kamu Hastaneleri	0	0	1	0,3	5	1,3	185	47	203	51,5		
Özel Hastaneler	0	0	0	0	3	3,5	38	44,2	45	52,3		
Toplam	0	0	1	0,2	8	1,7	223	46,5	248	51,7		**
	k. Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	64	16,3	214	54,6	63	16,1	39	9,9	12	3,1		
Özel Hastaneler	7	8,3	34	40,5	23	27,4	16	19	4	4,8		
Toplam	71	14,9	248	52,1	86	18,1	55	11,6	16	3,4	16,05	0,003*

* p<0,05 Ki-Kare testi, ** Test Uygulanmamıştır.

Hastane mülkiyetleri ile “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” ve “Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). Özel hastanelerin yöneticilerinin “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin ise “Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.” görüşüne yüksek oranda katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Hastane mülkiyeti açısından hizmet sağlayıcı firma seçimindeki diğer görüşler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Bu sonuca göre “Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₂₂), “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” ve “Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.” görüşleri açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir.

Tablo : 29’da hastane büyüklüğüne göre yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 29
Hastane Büyüklüğüne Göre Hizmet Sağlayıcı Firma Seçimindeki
Görüşlerin Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hizmet sağlayıcı firmanın sektör ve spesifik tecrübesi bulunmalıdır.											
30-50 Yatak	1	0,7	2	1,4	1	0,7	44	31	94	66,2		
51-100 Yatak	0	0	0	0	0	0	37	33,6	73	66,4		
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	34	30,9	74	67,3		
201+Yatak	0	0	1	0,8	0	0	38	31,7	81	67,5		
Toplam	1	0,2	4	0,8	2	0,4	153	31,7	322	66,8		**
	b. Hizmet sağlayıcı firmanın diğer hastanelerde sunduğu hizmetlerin durumu yerinde ziyaret edilerek incelenmelidir.											
30-50 Yatak	0	0	1	0,7	7	5	70	49,6	63	44,7		
51-100 Yatak	0	0	0	0	4	3,6	53	48,2	53	48,2		
101-200 Yatak	0	0	0	0	2	1,8	50	45,5	58	52,7		
201+Yatak	0	0	3	2,5	4	3,3	59	49,2	54	45		
Toplam	0	0	4	0,8	17	3,5	232	48,2	228	47,4		**
	c. Hizmet sağlayıcı firmanın finansal yapısı güçlü olmalıdır.											
30-50 Yatak	0	0	1	0,7	13	9,3	61	43,6	65	46,4		
51-100 Yatak	1	0,9	2	1,9	4	3,7	56	51,9	45	41,7		
101-200 Yatak	0	0	3	2,7	4	3,6	45	40,5	59	53,2		
201+Yatak	0	0	2	1,7	6	5	50	41,7	62	51,7		
Toplam	1	0,2	8	1,7	27	5,6	212	44,3	231	48,2		**
	ç. Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.											
30-50 Yatak	1	0,7	15	10,6	11	7,8	69	48,9	45	31,9		
51-100 Yatak	0	0	16	14,5	14	12,7	37	33,6	43	39,1		
101-200 Yatak	0	0	10	9,2	15	13,8	47	43,1	37	33,9		
201+Yatak	0	0	15	12,5	13	10,8	50	41,7	42	35		
Toplam	1	0,2	56	11,7	53	11	203	42,3	167	34,8	10,717	0,553
	d. En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.											
30-50 Yatak	6	4,3	58	41,1	25	17,7	31	22	21	14,9		
51-100 Yatak	11	10,4	46	43,4	17	16	19	17,9	13	12,3		
101-200 Yatak	13	11,8	48	43,6	20	18,2	14	12,7	15	13,6		
201+Yatak	8	6,7	60	50,4	25	21	19	16	7	5,9		
Toplam	38	8	212	44,5	87	18,3	83	17,4	56	11,8	15,879	0,197

Tablo : 29 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
e. Hizmet sağlayıcı firmanın nitelikli personel kullanması çok önemlidir.													
30-50 Yatak	0	0	0	0	4	2,8	54	38	84	59,2			
51-100 Yatak	1	0,9	0	0	0	0	33	30	76	69,1			
101-200 Yatak	0	0	0	0	0	0	29	26,1	82	73,9			
201+Yatak	0	0	2	1,7	0	0	39	32,8	78	65,5			
Toplam	1	0,2	2	0,4	4	0,8	155	32,2	320	66,4		**	
f. Hizmet sağlayıcı firmanın teknolojik alt yapısı güçlü olmalıdır.													
30-50 Yatak	0	0	2	1,4	3	2,2	61	43,9	73	52,5			
51-100 Yatak	0	0	0	0	4	3,7	46	42,6	58	53,7			
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	3	2,7	36	32,4	71	64			
201+Yatak	0	0	1	0,8	1	0,8	50	41,7	68	56,7			
Toplam	0	0	4	0,8	11	2,3	193	40,4	270	56,5		**	
g. Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.													
30-50 Yatak	4	2,8	53	37,6	28	19,9	44	31,2	12	8,5			
51-100 Yatak	2	1,9	48	45,3	13	12,3	32	30,2	11	10,4			
101-200 Yatak	2	1,8	34	31,2	27	24,8	37	33,9	9	8,3			
201+Yatak	4	3,3	38	31,7	28	23,3	39	32,5	11	9,2			
Toplam	12	2,5	173	36,3	96	20,2	152	31,9	43	9	10,287	0,591	
h. Hizmet sağlayıcı firmanın ek katma değer yaratma yeteneği bulunmalıdır.													
30-50 Yatak	1	0,7	6	4,3	24	17,3	84	60,4	24	17,3			
51-100 Yatak	1	1	5	4,8	26	25	54	51,9	18	17,3			
101-200 Yatak	2	1,8	4	3,7	9	8,3	70	64,2	24	22			
201+Yatak	0	0	7	5,9	20	16,9	64	54,2	27	22,9			
Toplam	4	0,9	22	4,7	79	16,8	272	57,9	93	19,8		**	
ı. Hizmet sağlayıcı firmanın yenilikleri uyarılma hızı yüksek olmalıdır.													
30-50 Yatak	0	0	0	0	1	0,7	69	49,3	70	50			
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	0	0	53	50	52	49,1			
101-200 Yatak	0	0	0	0	3	2,7	47	42,3	61	55			
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	65	54,2	55	45,8			
Toplam	0	0	1	0,2	4	0,8	234	49,1	238	49,9		**	
i. Hizmet sağlayıcı firma hastane yönetimiyle ortak iş kültürüne sahip olmalıdır.													
30-50 Yatak	0	0	3	2,1	3	2,1	68	47,6	69	48,3			
51-100 Yatak	0	0	3	2,8	3	2,8	46	42,6	56	51,9			
101-200 Yatak	0	0	0	0	1	0,9	42	38,2	67	60,9			
201+Yatak	0	0	2	1,7	2	1,7	62	52,1	53	44,5			
Toplam	0	0	8	1,7	9	1,9	218	45,4	245	51		**	

Tablo : 29 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
j. Hizmet sağlayıcı firmayla birlikte çalışma kolaylığı çok önemlidir.												
30-50 Yatak	0	0	0	0	2	1,4	69	48,6	71	50		**
51-100 Yatak	0	0	0	0	3	2,8	49	45,4	56	51,9		
101-200 Yatak	0	0	0	0	0	0	45	40,2	67	59,8		
201+Yatak	0	0	1	0,8	3	2,5	61	50,8	55	45,8		
Toplam	0	0	1	0,2	8	1,7	224	46,5	249	51,7		
k. Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.												
30-50 Yatak	17	12,1	70	50	28	20	18	12,9	7	5	19,68	0,073
51-100 Yatak	21	19,8	57	53,8	14	13,2	13	12,3	1	0,9		
101-200 Yatak	16	14,3	52	46,4	25	22,3	11	9,8	8	7,1		
201+Yatak	16	13,3	70	58,3	20	16,7	14	11,7	0	0		
Toplam	70	14,6	249	52,1	87	18,2	56	11,7	16	3,3		

**Test Uygulanmamıştır.

Hastane büyüklüğüne göre hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Bu sonuca göre “Hastane büyüklüğüne göre yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{23}) reddedilmiştir.

345. Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması Gereken Özelliklerin Dağılımı

Aşağıdaki tablolarda bir hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken/istenen özelliklerin, yöneticilerin ve hastanelerin özellikleri açısından dağılımları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo : 30’da yöneticilerin görevlerine göre, bir hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken/istenen özelliklerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 30

Yöneticilerin Görevlerine Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması

Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı

	Çok Önemli		Önemli		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	1	0,7	39	27,9	99	70,7		
Hastane Yöneticileri	0	0	4	1,4	1	0,4	91	31,9	189	66,3		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	1	1,8	1	1,8	18	32,7	35	63,6		
Toplam	0	0	6	1,3	3	0,6	148	30,8	323	67,3		**
	b. Hizmete ve girdilere ait kalite standartları belirtilmelidir.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	0	0	51	36,4	88	62,9		
Hastane Yöneticileri	0	0	1	0,3	2	0,7	108	37,8	175	61,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	1	1,8	1	1,8	22	39,3	32	57,1		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	181	37,6	295	61,2		**
	c. Sözleşme öncesi ve sürecindeki prosedür süresi ve sonrasındaki hizmetlerin gerçekleştirileceği süreler tespit edilmiş olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,4	0	0	49	35,3	88	63,3		
Hastane Yöneticileri	0	0	3	1,1	3	1,1	128	44,9	151	53		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	3,8	1	1,9	22	41,5	28	52,8		
Toplam	0	0	7	1,5	4	0,8	199	41,7	267	56		**
	ç. Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri belirlenmiş olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	3	2,2	5	3,6	64	46,7	65	47,4		
Hastane Yöneticileri	0	0	9	3,2	16	5,7	149	53,2	106	37,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	3,8	2	3,8	30	56,6	19	35,8		
Toplam	0	0	14	3	23	4,9	243	51,7	190	40,4		**
	d. Sözleşme bedeli, sözleşme bedelinin ödeme zamanı ve oluşabilecek fiyat farklarıyla ilgili şartlar kesinleşmiş olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	2	1,4	41	29,5	95	68,3		
Hastane Yöneticileri	0	0	1	0,3	2	0,7	77	26,9	206	72		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	0	0	19	35,2	35	64,8		
Toplam	0	0	2	0,4	4	0,8	137	28,6	336	70,1		**
	e. Denetim yöntemleri ve şartları saptanmış olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	0	0	48	34,5	90	64,7		
Hastane Yöneticileri	0	0	2	0,7	0	0	108	37,8	176	61,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	3	5,5	19	34,5	33	60		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	175	36,5	299	62,3		**

Tablo : 30 Devam

	Çok Önemli		Önemli		Kararsız		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	f. Taraflar açısından cezai hükümler ve tazminat yükümlülükleri belirlenmiş olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	2	1,4	50	36,2	85	61,6		**
Hastane Yöneticileri	0	0	0	0	2	0,7	95	33,2	189	66,1		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	2	3,7	17	31,5	35	64,8		
Toplam	0	0	1	0,2	6	1,3	162	33,9	309	64,6		
	g. Tıbbi cihaz ve ekipmanın hizmet sağlayıcı firmaya transferi, teslimi ve iade şartları belirlenmiş olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,5	1	0,7	52	38	82	59,9		**
Hastane Yöneticileri	0	0	1	0,4	6	2,1	112	39,9	162	57,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,9	0	0	4	7,4	25	46,3	24	44,4		
Toplam	1	0,2	3	0,6	11	2,3	189	40	268	56,8		
	h. İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri tespit edilmiş olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,4	1	0,7	56	40,6	79	57,2		**
Hastane Yöneticileri	0	0	2	0,7	4	1,4	116	40,7	163	57,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	3,6	1	1,8	21	38,2	31	56,4		
Toplam	0	0	6	1,3	6	1,3	193	40,4	273	57,1		
	ı. Çalıştırılacak personele ait ücret ve sigorta yükümlülükleri belirtilmelidir.											
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,4	1	0,7	50	36	86	61,9		**
Hastane Yöneticileri	0	0	2	0,7	4	1,4	83	29,2	195	68,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,9	2	3,8	1	1,9	18	34	31	58,5		
Toplam	1	0,2	6	1,3	6	1,3	151	31,7	312	65,5		
	i. Personelin sosyal hakları (izin, sendika, ...) belirlenmiş olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,4	2	1,4	65	46,8	70	50,4		**
Hastane Yöneticileri	0	0	8	2,8	12	4,2	115	40,4	150	52,6		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,9	2	3,7	3	5,6	23	42,6	25	46,3		
Toplam	1	0,2	12	2,5	17	3,6	203	42,5	245	51,3		
	j. Personeli işe alıştırma ve hizmet içi eğitim programları belirtilmelidir.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	4	2,9	64	46	70	50,4		**
Hastane Yöneticileri	0	0	3	1	4	1,4	143	50	136	47,6		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	3	5,6	1	1,9	20	37	30	55,6		
Toplam	0	0	7	1,5	9	1,9	227	47,4	236	49,3		
	k. Personelin işe başlamadan önceki sağlık kontrolleri yapılmış olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	1	0,7	5	3,6	61	44,2	71	51,4		**
Hastane Yöneticileri	0	0	4	1,4	8	2,8	109	38,1	165	57,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	3,7	2	3,7	16	29,6	34	63		
Toplam	0	0	7	1,5	15	3,1	186	38,9	270	56,5		

Tablo : 30 Devam

	Çok Önemsiz		Önemsiz		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	l. Sözleşmenin fesih koşulları açık olmalıdır.											
Hekim Yöneticiler	0	0	3	2,1	1	0,7	43	30,7	93	66,4		
Hastane Yöneticileri	0	0	0	0	1	0,3	90	31,5	195	68,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	0	0	0	0	20	36,4	35	63,6		
Toplam	0	0	3	0,6	2	0,4	153	31,8	323	67,2		**
m. Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.												
Hekim Yöneticiler	8	5,8	36	26,3	32	23,4	29	21,2	32	23,4		
Hastane Yöneticileri	27	9,6	88	31,2	46	16,3	64	22,7	57	20,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	3	5,6	8	14,8	6	11,1	24	44,4	13	24,1		
Toplam	38	8	132	27,9	84	17,8	117	24,7	102	21,6	20,969	0,007*

*p<0,05 Ki-Kare testi , ** Test Uygulanmamıştır.

Tablo : 30'da görüldüğü gibi yöneticilerin görevleri ile hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken/istenen özelliklerden biri olan “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşü arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). Hastane yöneticilerinin yüksek oranda bu görüşü önemsiz buldukları, fonksiyonel yöneticilerin ise yüksek oranda bu görüşü çok önemli buldukları görülmektedir.

Yöneticilerin görevleri ile sözleşmede bulunması gereken/istenen diğer özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Bu sonuca göre “Yöneticilerin görevleri ile sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₂₄), “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşü için kabul edilmiş diğer görüşler içinse reddedilmiştir.

Tablo : 31'de yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuna göre hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken/istenen özelliklerin dağılımları gösterilmektedir.

Tablo : 31
Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde
Bulunması Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı

	Çok Önemli		Önemli		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları olmalıdır.											
Eğitim Alan	0	0	5	1,8	2	0,7	83	30,2	185	67,3		
Eğitim Almayan	0	0	1	0,5	1	0,5	62	31,8	131	67,2		
Toplam	0	0	6	1,3	3	0,6	145	30,9	316	67,2		**
b. Hizmete ve girdilere ait kalite standartları belirtilmelidir.												
Eğitim Alan	0	0	2	0,7	2	0,7	102	36,8	171	61,7		
Eğitim Almayan	0	0	1	0,5	1	0,5	75	38,5	118	60,5		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	177	37,5	289	61,2		**
c. İhale öncesi ve ihale sürecindeki prosedür süresi ve sonrasındaki hizmetlerin gerçekleştirileceği süreler tespit edilmiş olmalıdır.												
Eğitim Alan	0	0	5	1,8	3	1,1	119	43,6	146	53,5		
Eğitim Almayan	0	0	2	1	1	0,5	76	39,2	115	59,3		
Toplam	0	0	7	1,5	4	0,9	195	41,8	261	55,9		**
ç. Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri belirlenmiş olmalıdır.												
Eğitim Alan	0	0	8	3	11	4,1	148	54,6	104	38,4		
Eğitim Almayan	0	0	6	3,2	12	6,3	89	46,8	83	43,7		
Toplam	0	0	14	3	23	5	237	51,4	187	40,6	3,243	0,356
d. Sözleşme bedeli, sözleşme bedelinin ödeme zamanı ve oluşabilecek fiyat farklarıyla ilgili şartlar kesinleşmiş olmalıdır.												
Eğitim Alan	0	0	1	0,4	2	0,7	76	27,6	196	71,3		
Eğitim Almayan	0	0	1	0,5	2	1	59	30,4	132	68		
Toplam	0	0	2	0,4	4	0,9	135	28,8	328	69,9		**
e. Denetim yöntemleri ve şartları saptanmış olmalıdır.												
Eğitim Alan	0	0	2	0,7	2	0,7	99	35,9	173	62,7		
Eğitim Almayan	0	0	1	0,5	1	0,5	70	36,1	122	62,9		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	169	36	295	62,8		**
f. Taraflar açısından cezai hükümler ve tazminat yükümlülükleri belirlenmiş olmalıdır.												
Eğitim Alan	0	0	0	0	4	1,5	94	34,2	177	64,4		
Eğitim Almayan	0	0	1	0,5	2	1	65	33,7	125	64,8		
Toplam	0	0	1	0,2	6	1,3	159	34	302	64,5		**
g. Tıbbi cihaz ve ekipmanın hizmet sağlayıcı firmaya transferi, teslimi ve iade şartları belirlenmiş olmalıdır.												
Eğitim Alan	1	0,4	1	0,4	6	2,2	110	40,4	154	56,6		
Eğitim Almayan	0	0	2	1,1	5	2,6	74	38,9	109	57,4		
Toplam	1	0,2	3	0,6	11	2,4	184	39,8	263	56,9		**

Tablo : 31 Devam

	Çok Önemli		Önemli		Kararsız		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	h. İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri tespit edilmiş olmalıdır.											**
Eğitim Alan	0	0	3	1,1	3	1,1	111	40,2	159	57,6		
Eğitim Almayan	0	0	3	1,6	3	1,6	76	39,6	110	57,3		
Toplam	0	0	6	1,3	6	1,3	187	40	269	57,5		
	ı. Çalıştırılacak personele ait ücret ve sigorta yükümlülükleri belirtilmelidir.											**
Eğitim Alan	1	0,4	4	1,5	4	1,5	80	29,2	185	67,5		
Eğitim Almayan	0	0	2	1	2	1	68	35,4	120	62,5		
Toplam	1	0,2	6	1,3	6	1,3	148	31,8	305	65,5		
	i. Personelin sosyal hakları (izin, sendika, ...) belirlenmiş olmalıdır.											**
Eğitim Alan	27	9,9	78	28,7	46	16,9	65	23,9	56	20,6		
Eğitim Almayan	11	5,8	52	27,2	35	18,3	49	25,7	44	23		
Toplam	38	8,2	130	28,1	81	17,5	114	24,6	100	21,6		
	j. Personeli işe alıştırma ve hizmet içi eğitim programları belirtilmelidir.											**
Eğitim Alan	0	0	4	1,5	3	1,1	133	48,4	135	49,1		
Eğitim Almayan	0	0	3	1,5	6	3,1	86	44,3	99	51		
Toplam	0	0	7	1,5	9	1,9	219	46,7	234	49,9		
	k. Personelin işe başlamadan önceki sağlık kontrolleri yapılmış olmalıdır.											**
Eğitim Alan	0	0	5	1,8	6	2,2	103	37,5	161	58,5		
Eğitim Almayan	0	0	2	1	8	4,1	78	40,4	105	54,4		
Toplam	0	0	7	1,5	14	3	181	38,7	266	56,8		
	l. Sözleşmenin fesih koşulları açık olmalıdır.											**
Eğitim Alan	0	0	0	0	1	0,4	84	30,4	191	69,2		
Eğitim Almayan	0	0	3	1,5	1	0,5	65	33,3	126	64,6		
Toplam	0	0	3	0,6	2	0,4	149	31,6	317	67,3		
	m. Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.										3,039	0,551
Eğitim Alan	27	9,9	78	28,7	46	16,9	65	23,9	56	20,6		
Eğitim Almayan	11	5,8	52	27,2	35	18,3	49	25,7	44	23		
Toplam	38	8,2	130	28,1	81	17,5	114	24,6	100	21,6		

**Test Uygulanmamıştır.

Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuna göre yöneticilerin görüşleri ile sözleşmede bulunması gereken/istenen özellikler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Bu sonuca göre “Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ile yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır” hipotezi (H_{25}) reddedilmiştir.

Tablo : 32'de yöneticilik sürelerine göre hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken /istenen özelliklerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 32

**Yöneticilik Sürelerine Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması
Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı**

	Çok Önemsiz		Önemsiz		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları olmalıdır.											**
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	0	0	35	27,6	91	71,7		
4-6 Yıl	0	0	2	2,5	1	1,3	23	29,1	53	67,1		
7-9 Yıl	0	0	0	0	0	0	23	37,7	38	62,3		
10+ Yıl	0	0	3	1,5	2	1	65	31,9	134	65,7		
Toplam	0	0	6	1,3	3	0,6	146	31	316	67,1		
	b. Hizmete ve girdilere ait kalite standartları belirtilmelidir.											**
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	0	0	30	23,6	96	75,6		
4-6 Yıl	0	0	1	1,2	2	2,4	37	45,1	42	51,2		
7-9 Yıl	0	0	0	0	1	1,7	20	33,3	39	65		
10+ Yıl	0	0	1	0,5	0	0	92	45,1	111	54,4		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	179	37,8	288	60,9		
	c. İhale öncesi ve sürecindeki prosedür süresi ve sonrasındaki hizmetlerin gerçekleştirileceği süreler tespit edilmiş olmalıdır.											**
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	1	0,8	41	32,3	84	66,1		
4-6 Yıl	0	0	1	1,3	1	1,3	31	39,7	45	57,7		
7-9 Yıl	0	0	2	3,3	0	0	27	44,3	32	52,5		
10+ Yıl	0	0	3	1,5	2	1	97	48	100	49,5		
Toplam	0	0	7	1,5	4	0,9	196	41,9	261	55,8		
	ç. Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri belirlenmiş olmalıdır.											**
0-3 Yıl	0	0	3	2,4	3	2,4	55	43,7	65	51,6		
4-6 Yıl	0	0	2	2,7	3	4	37	49,3	33	44		
7-9 Yıl	0	0	0	0	5	8,2	31	50,8	25	41		
10+ Yıl	0	0	9	4,5	10	5	118	59,3	62	31,2		
Toplam	0	0	14	3	21	4,6	241	52,3	185	40,1		
	d. Sözleşme bedeli, sözleşme bedelinin ödeme zamanı ve oluşabilecek fiyat farklarıyla ilgili şartlar kesinleşmiş olmalıdır.											**
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	2	1,6	23	18,1	101	79,5		
4-6 Yıl	0	0	0	0	0	0	23	29,1	56	70,9		
7-9 Yıl	0	0	0	0	0	0	23	37,7	38	62,3		
10+ Yıl	0	0	1	0,5	2	1	68	33,5	132	65		
Toplam	0	0	2	0,4	4	0,9	137	29,1	327	69,6		

Tablo : 32 Devam

	Çok Önemli		Önemli		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	e. Denetim yöntemleri ve şartları saptanmış olmalıdır.											
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	0	0	35	27,6	91	71,7		
4-6 Yıl	0	0	0	0	2	2,5	29	36,7	48	60,8		
7-9 Yıl	0	0	0	0	1	1,6	24	39,3	36	59		
10+ Yıl	0	0	2	1	0	0	83	40,7	119	58,3		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	171	36,3	294	62,4		**
	f. Taraflar açısından cezai hükümler ve tazminat yükümlülükleri belirlenmiş olmalıdır.											
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	4	3,2	28	22,2	93	73,8		
4-6 Yıl	0	0	0	0	0	0	27	34,6	51	65,4		**
7-9 Yıl	0	0	0	0	0	0	23	37,7	38	62,3		
10+ Yıl	0	0	0	0	2	1	81	39,7	121	59,3		
Toplam	0	0	1	0,2	6	1,3	159	33,9	303	64,6		**
	g. Tıbbi cihaz ve ekipmanın hizmet sağlayıcı firmaya transferi, teslimi ve iade şartları belirlenmiş olmalıdır.											
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	3	2,4	40	31,7	81	64,3		
4-6 Yıl	0	0	0	0	3	3,8	30	38,5	45	57,7		**
7-9 Yıl	1	1,7	0	0	2	3,3	23	38,3	34	56,7		
10+ Yıl	0	0	1	0,5	3	1,5	95	47,7	100	50,3		
Toplam	1	0,2	3	0,6	11	2,4	188	40,6	260	56,2		**
	h. İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri tespit edilmiş olmalıdır.											
0-3 Yıl	0	0	1	0,8	1	0,8	42	33,3	82	65,1		
4-6 Yıl	0	0	2	2,6	2	2,6	29	37,2	45	57,7		**
7-9 Yıl	0	0	2	3,3	1	1,6	23	37,7	35	57,4		
10+ Yıl	0	0	1	0,5	2	1	97	47,5	104	51		
Toplam	0	0	6	1,3	6	1,3	191	40,7	266	56,7		**
	ı. Çalıştırılacak personele ait ücret ve sigorta yükümlülükleri belirtilmelidir.											
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	1	0,8	35	27,6	89	70,1		
4-6 Yıl	1	1,3	2	2,6	1	1,3	26	33,3	48	61,5		**
7-9 Yıl	0	0	0	0	0	0	22	36,1	39	63,9		
10+ Yıl	0	0	2	1	4	2	67	33,2	129	63,9		
Toplam	1	0,2	6	1,3	6	1,3	150	32,1	305	65,2		**
	i. Personelin sosyal hakları (izin, sendika, ...) belirlenmiş olmalıdır.											
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	4	3,1	47	37	74	58,3		
4-6 Yıl	1	1,3	2	2,6	2	2,6	35	45,5	37	48,1		**
7-9 Yıl	0	0	2	3,3	3	4,9	27	44,3	29	47,5		
10+ Yıl	0	0	6	2,9	7	3,4	92	45,1	99	48,5		
Toplam	1	0,2	12	2,6	16	3,4	201	42,9	239	51		**

Tablo : 32 Devam

	Çok Önemli		Önemli		Kararsız		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	j. Personeli işe alıştırma ve hizmet içi eğitim programları belirtilmelidir.											
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	0	0	57	44,9	68	53,5		**
4-6 Yıl	0	0	2	2,6	4	5,1	33	42,3	39	50		
7-9 Yıl	0	0	2	3,3	1	1,6	26	42,6	32	52,5		
10+ Yıl	0	0	1	0,5	3	1,5	108	52,9	92	45,1		
Toplam	0	0	7	1,5	8	1,7	224	47,7	231	49,1		
	m. Personelin işe başlamadan önceki sağlık kontrolleri yapılmış olmalıdır.											
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	4	3,1	47	37	74	58,3		**
4-6 Yıl	0	0	1	1,3	2	2,6	32	41	43	55,1		
7-9 Yıl	0	0	1	1,7	3	5	18	30	38	63,3		
10+ Yıl	0	0	3	1,5	6	2,9	86	42,2	109	53,4		
Toplam	0	0	7	1,5	15	3,2	183	39	264	56,3		
	n. Sözleşmenin fesih koşulları açık olmalıdır.											
0-3 Yıl	0	0	2	1,6	0	0	34	26,8	91	71,7		**
4-6 Yıl	0	0	1	1,3	1	1,3	25	31,3	53	66,3		
7-9 Yıl	0	0	0	0	0	0	23	37,7	38	62,3		
10+ Yıl	0	0	0	0	1	0,5	69	33,8	134	65,7		
Toplam	0	0	3	0,6	2	0,4	151	32	316	66,9		
	o. Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.											
0-3 Yıl	6	4,8	30	24	26	20,8	26	20,8	37	29,6		20,3 0,062
4-6 Yıl	7	8,8	21	26,3	8	10	23	28,8	21	26,3		
7-9 Yıl	4	6,8	18	30,5	8	13,6	14	23,7	15	25,4		
10+ Yıl	20	10	60	30	41	20,5	51	25,5	28	14		
Toplam	37	8	129	27,8	83	17,9	114	24,6	101	21,8		

** Test Uygulanmamıştır.

Yöneticilik süreleri ile sözleşmede bulunması gereken/istenen özellikler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Bu sonuca göre “Yöneticilik süreleri ile yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{26}) reddedilmiştir.

Tablo : 33’te hastane mülkiyetine göre hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken /istenen özelliklerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 33
Hastane Mülkiyetine Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde Bulunması
Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı

	Çok Önemsiz		Önemsiz		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	1	0,3	120	30,5	270	68,5		
Özel Hastaneler	0	0	3	3,5	2	2,3	29	33,7	52	60,5		
Toplam	0	0	6	1,3	3	0,6	149	31	322	67,1		**
	b. Hizmete ve girdilere ait kalite standartları belirtilmelidir.											
Kamu Hastaneleri	0	0	1	0,3	2	0,5	142	35,9	251	63,4		
Özel Hastaneler	0	0	2	2,3	1	1,2	39	45,3	44	51,2		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	181	37,6	295	61,2		**
	c. Sözleşme öncesi ve sürecindeki prosedür süreleri ve sonrasında hizmetlerin gerçekleştirileceği süreler tespit edilmiş olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	2	0,5	159	40,5	229	58,3		
Özel Hastaneler	0	0	4	4,8	2	2,4	38	45,8	39	47		
Toplam	0	0	7	1,5	4	0,8	197	41,4	268	56,3		**
	ç. Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri belirlenmiş olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	11	2,8	18	4,6	195	50,3	164	42,3		
Özel Hastaneler	0	0	2	2,4	5	6,1	50	61	25	30,5		
Toplam	0	0	13	2,8	23	4,9	245	52,1	189	40,2		**
	d. Sözleşme bedeli, sözleşme bedelinin ödeme zamanı ve oluşabilecek fiyat farklarıyla ilgili şartlar kesinleşmiş olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	2	0,5	4	1	102	25,8	287	72,7		
Özel Hastaneler	0	0	0	0	0	0	36	42,9	48	57,1		
Toplam	0	0	2	0,4	4	0,8	138	28,8	335	69,9		**
	e. Denetim yöntemleri ve şartları saptanmış olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	0	0	135	34,2	257	65,1		
Özel Hastaneler	0	0	0	0	3	3,5	41	48,2	41	48,2		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	176	36,7	298	62,1		**
	f. Taraflar açısından cezai hükümler ve tazminat yükümlülükleri belirlenmiş olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	1	0,3	3	0,8	127	32,2	264	66,8		
Özel Hastaneler	0	0	0	0	3	3,6	36	43,4	44	53		
Toplam	0	0	1	0,2	6	1,3	163	34,1	308	64,4		**
	g. Tıbbi cihaz ve ekipmanın hizmet sağlayıcı firmaya transferi, teslimi ve iade şartları belirlenmiş olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	5	1,3	152	39	230	59		
Özel Hastaneler	1	1,2	0	0	6	7,3	38	46,3	37	45,1		
Toplam	1	0,2	3	0,6	11	2,3	190	40,3	267	56,6		**

Tablo : 33 Devam

	Çok Önemli		Önemli		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	h. İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri tespit edilmiş olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	2	0,5	1	0,3	154	39,2	236	60,1		
Özel Hastaneler	0	0	4	4,7	5	5,9	39	45,9	37	43,5		
Toplam	0	0	6	1,3	6	1,3	193	40,4	273	57,1		**
	ı. Çalıştırılacak personele ait ücret ve sigorta yükümlülükleri belirtilmelidir.											
Kamu Hastaneleri	0	0	2	0,5	1	0,3	117	29,7	274	69,5		
Özel Hastaneler	1	1,2	4	4,9	5	6,1	34	41,5	38	46,3		
Toplam	1	0,2	6	1,3	6	1,3	151	31,7	312	65,5		**
	i Personelin sosyal hakları (izin, sendika, ...) belirlenmiş olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	6	1,5	5	1,3	171	43,3	213	53,9		
Özel Hastaneler	1	1,2	6	7,2	12	14,5	31	37,3	33	39,8		
Toplam	1	0,2	12	2,5	17	3,6	202	42,3	246	51,5		**
	j. Personeli işe alıştırma ve hizmet içi eğitim programları belirtilmelidir.											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	5	1,3	184	46,6	203	51,4		
Özel Hastaneler	0	0	4	4,8	4	4,8	42	50	34	40,5		
Toplam	0	0	7	1,5	9	1,9	226	47,2	237	49,5		**
	k. Personelin işe başlamadan önceki sağlık kontrolleri yapılmış olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	10	2,5	153	38,8	228	57,9		
Özel Hastaneler	0	0	4	4,8	5	6	32	38,1	43	51,2		
Toplam	0	0	7	1,5	15	3,1	185	38,7	271	56,7		**
	l. Sözleşmenin fesih koşulları açık olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	0	0	3	0,8	1	0,3	113	28,6	278	70,4		
Özel Hastaneler	0	0	0	0	1	1,2	41	47,7	44	51,2		
Toplam	0	0	3	0,6	2	0,4	154	32	322	66,9		**
	m. Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.											
Kamu Hastaneleri	34	8,8	118	30,4	73	18,8	79	20,4	84	21,6		
Özel Hastaneler	4	4,7	13	15,3	11	12,9	40	47,1	17	20		
Toplam	38	8	131	27,7	84	17,8	119	25,2	101	21,4	28,38	0,0001*

*p<0,05 Ki-Kare Testi, **Test Uygulanmamıştır.

Tablo : 33'te görüldüğü gibi kamu hastane yöneticilerinin ve özel hastane yöneticilerinin "Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır." görüşleri arasında anlamlı derecede ilişki vardır (p<0,05). Kamu hastanelerinin yöneticileri "Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır." görüşüne yüksek oranda önemsiz cevabını verirken, özel hastanelerin yöneticilerinin yüksek oranda önemli cevabı verdikleri görülmektedir.

Hastane mülkiyetine göre hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken/istenen diğer özellikler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Bu sonuca göre “Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{27}), “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşü açısından kabul edilmiş, diğer görüşler açısından ise reddedilmiştir.

Tablo : 34’ te hastane büyüklüğüne göre hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken/istenen özelliklerin dağılımları gösterilmektedir.

Tablo : 34
Hastane Büyüklüğüne Göre Hizmet Alım Sözleşmesinde
Bulunması Gereken/İstenen Özelliklerin Dağılımı

	Çok Önemsiz		Önemsiz		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları olmalıdır.												
30-50 Yatak	0	0	2	1,4	2	1,4	48	34	89	63,1		**
51-100 Yatak	0	0	2	1,8	0	0	28	25,5	80	72,7		
101-200 Yatak	0	0	2	1,8	0	0	38	34,2	71	64		
201+Yatak	0	0	0	0	1	0,8	36	30	83	69,2		
Toplam	0	0	6	1,2	3	0,6	150	31,1	323	67		
b. Hizmete ve girdilere ait kalite standartları belirtilmelidir.												
30-50 Yatak	0	0	1	0,7	2	1,4	59	41	82	56,9		**
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	35	32,1	72	66,1		
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	0	0	38	34,2	72	64,9		
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	51	42,5	69	57,5		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	183	37,8	295	61		
c. İhale öncesi ve ihale sürecindeki prosedür süresi ve sonrasındaki hizmetlerin gerçekleştirileceği süreler tespit edilmiş olmalıdır.												
30-50 Yatak	0	0	4	2,9	1	0,7	66	47,1	69	49,3		**
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	45	41,7	61	56,5		
101-200 Yatak	0	0	2	1,8	2	1,8	39	35,1	68	61,3		
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	50	42	69	58		
Toplam	0	0	7	1,5	4	0,8	200	41,8	267	55,9		
ç. Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri belirlenmiş olmalıdır.												
30-50 Yatak	0	0	5	3,6	5	3,6	79	56,8	50	36		**
51-100 Yatak	0	0	2	1,9	7	6,7	55	52,4	41	39		
101-200 Yatak	0	0	2	1,8	6	5,5	53	48,6	48	44		
201+Yatak	0	0	5	4,2	5	4,2	59	49,6	50	42		
Toplam	0	0	14	3	23	4,9	246	52,1	189	40		

Tablo : 34 Devam

	Çok Önemli		Önemli		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	d. Sözleşme bedeli, sözleşme bedelinin ödeme zamanı ve oluşabilecek fiyat farklarıyla ilgili şartlar kesinleşmiş olmalıdır.											
30-50 Yatak	0	0	0	0	2	1,4	46	32,4	94	66,2		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	32	29,4	75	68,8		
101-200 Yatak	0	0	0	0	2	1,8	28	25,5	80	72,7		
201+Yatak	0	0	1	0,8	0	0	32	26,7	87	72,5		
Toplam	0	0	2	0,4	5	1	138	28,7	336	69,9		**
	e. Denetim yöntemleri ve şartları saptanmış olmalıdır.											
30-50 Yatak	0	0	1	0,7	1	0,7	62	43,7	78	54,9		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	33	30,3	74	67,9		
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	39	35,1	70	63,1		
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	42	35	78	65		
Toplam	0	0	3	0,6	3	0,6	176	36,5	300	62,2		**
	f. Taraflar açısından cezai hükümler ve tazminat yükümlülükleri belirlenmiş olmalıdır.											
30-50 Yatak	0	0	0	0	2	1,4	55	39,3	83	59,3		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	2	1,8	30	27,5	76	69,7		
101-200 Yatak	0	0	0	0	2	1,8	39	35,1	70	63,1		
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	40	33,3	80	66,7		
Toplam	0	0	1	0,2	6	1,3	164	34,2	309	64,4		**
	g. Tıbbi cihaz ve ekipmanın hizmet sağlayıcı firmaya transferi, teslimi ve iade şartları belirlenmiş olmalıdır.											
30-50 Yatak	0	0	0	0	3	2,2	61	43,9	75	54		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	4	3,8	39	36,8	62	58,5		
101-200 Yatak	1	0,9	1	0,9	4	3,7	40	36,7	63	57,8		
201+Yatak	0	0	1	0,8	0	0	51	42,5	68	56,7		
Toplam	1	0,2	3	0,6	11	2,3	191	40,3	268	56,5		**
	h. İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri tespit edilmiş olmalıdır.											
30-50 Yatak	0	0	3	2,1	4	2,8	69	48,6	66	46,5		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	43	40,2	62	57,9		**
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	43	38,7	66	59,5		
201+Yatak	0	0	1	0,8	0	0	39	32,5	80	66,7		
Toplam	1	0,2	6	1,3	6	1,3	194	40,4	274	57,1		**
	ı. Çalıştırılacak personele ait ücret ve sigorta yükümlülükleri belirtilmelidir.											
30-50 Yatak	1	0,7	3	2,1	4	2,8	47	33,3	86	61		
51-100 Yatak	0	0	2	1,9	1	0,9	30	28	74	69,2		
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	41	37,3	67	60,9		
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	34	28,3	86	71,7		
Toplam	1	0,2	6	1,3	6	1,3	152	31,8	313	65,5		**

Tablo : 34 Devam

	Çok Önemli		Önemli		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
i. Personelin sosyal hakları (izin, sendika, ...) belirlenmiş olmalıdır.												
30-50 Yatak	1	0,7	6	4,3	7	5	60	42,9	66	47,1		
51-100 Yatak	0	0	3	2,8	6	5,5	47	43,1	53	48,6		
101-200 Yatak	0	0	3	2,7	4	3,6	47	42,3	57	51,4		
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	50	41,7	70	58,3		
Toplam	1	0,2	12	2,5	17	3,5	204	42,5	246	51,3		
j. Personeli işe alıştırma ve hizmet içi eğitim programları belirtilmelidir.												
30-50 Yatak	0	0	3	2,1	6	4,3	73	51,8	59	41,8		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	0	0	50	45,9	58	53,2		
101-200 Yatak	0	0	2	1,8	3	2,7	42	37,8	64	57,7		
201+Yatak	0	0	1	0,8	0	0	63	52,5	56	46,7		
Toplam	0	0	7	1,5	9	1,9	228	47,4	237	49,3		
k. Personelin işe başlamadan önceki sağlık kontrolleri yapılmış olmalıdır.												
30-50 Yatak	0	0	4	2,8	7	5	57	40,4	73	51,8		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	2	1,8	44	40,4	62	56,9		
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	3	2,7	43	39,1	63	57,3		
201+Yatak	0	0	1	0,8	3	2,5	43	35,8	73	60,8		
Toplam	0	0	7	1,5	15	3,1	187	39	271	56,5		
l. Sözleşmenin fesih koşulları açık olmalıdır.												
30-50 Yatak	0	0	1	0,7	1	0,7	51	35,9	89	62,7		
51-100 Yatak	0	0	1	0,9	0	0	34	30,9	75	68,2		
101-200 Yatak	0	0	1	0,9	1	0,9	35	31,5	74	66,7		
201+Yatak	0	0	0	0	0	0	34	28,3	86	71,7		
Toplam	0	0	3	0,6	2	0,4	154	31,9	324	67,1		
m. Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.												
30-50 Yatak	8	5,7	36	25,7	28	20	42	30	26	18,6		
51-100 Yatak	10	9,3	29	26,9	18	16,7	27	25	24	22,2		
101-200 Yatak	9	8,4	31	29	21	19,6	24	22,4	22	20,6		
201+Yatak	10	8,3	36	30	17	14,2	27	22,5	30	25		
Toplam	37	7,8	132	27,8	84	17,7	120	25,3	102	21,5		

*p<0,05 Ki-Kare testi , ** Test Uygulanmamıştır.

Tablo : 34'te görüldüğü gibi, hastane büyüklüğüne göre sözleşmede bulunması gereken/istenilen özellikler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Bu sonuca göre ‐Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin sözleşmede bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özellikler arasında ilişki vardır.‑ hipotezi (H_{28}), reddedilmiştir.

346. Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı

Aşağıdaki tablolarda dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşlerin yöneticilerin ve hastanelerin özellikleri açısından dağılımları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Tablo : 35’te yöneticilerin görevlerine göre dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 35

Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X^2	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hizmetin denetiminde zorluklarla karşılaşıldı.											7,648	0,469
Hekim Yöneticiler	8	5,8	66	48,2	15	10,9	43	31,4	5	3,6		
Hastane Yöneticileri	14	5,1	140	50,7	13	4,7	90	32,6	19	6,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	2	3,8	26	49,1	5	9,4	17	32,1	3	5,7		
Toplam	24	5,2	232	49,8	33	7,1	150	32,2	27	5,8		
b. Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.											11,625	0,169
Hekim Yöneticiler	20	14,7	78	57,4	19	14	17	12,5	2	1,5		
Hastane Yöneticileri	24	8,7	163	59,1	27	9,8	50	18,1	12	4,3		
Fonksiyonel Yöneticiler	6	10,9	30	54,5	8	14,5	11	20	0	0		
Toplam	50	10,7	271	58	54	11,6	78	16,7	14	3		
c. Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.											8,462	0,39
Hekim Yöneticiler	31	22,6	78	56,9	11	8	13	9,5	4	2,9		
Hastane Yöneticileri	48	17,5	172	62,5	18	6,5	25	9,1	12	4,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	9	17,3	25	48,1	7	13,5	8	15,4	3	5,8		
Toplam	88	19	275	59,3	36	7,8	46	9,9	19	4,1		
ç. Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.											22,932	0,003*
Hekim Yöneticiler	10	7,3	54	39,4	25	18,2	45	32,8	3	2,2		
Hastane Yöneticileri	22	7,9	105	37,9	25	9	91	32,9	34	12,3		
Fonksiyonel Yöneticiler	3	5,7	28	52,8	7	13,2	13	24,5	2	3,8		
Toplam	35	7,5	187	40	57	12,2	149	31,9	39	8,4		

Tablo : 35 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	d. Hizmet sağlayıcı firma ve hastane personeli arasında çatışma ortaya çıktı.										3,258	0,917
Hekim Yöneticiler	22	16,1	82	59,9	15	10,9	17	12,4	1	0,7		
Hastane Yöneticileri	34	12,3	169	61,2	31	11,2	34	12,3	8	2,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	7	13,2	31	58,5	7	13,2	7	13,2	1	1,9		
Toplam	63	13,5	282	60,5	53	11,4	58	12,4	10	2,1		
	e. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte personel kullandı.										12,389	0,135
Hekim Yöneticiler	18	13,2	71	52,2	15	11	30	22,1	2	1,5		
Hastane Yöneticileri	22	8	145	52,5	35	12,7	62	22,5	12	4,3		
Fonksiyonel Yöneticiler	5	9,3	27	50	11	20,4	9	16,7	2	3,7		
Toplam	45	9,7	243	52,1	61	13,1	101	21,7	16	3,4		
	f. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte teknoloji kullandı.										12,389	0,135
Hekim Yöneticiler	19	14	77	56,6	20	14,7	20	14,7	0	0		
Hastane Yöneticileri	22	7,9	188	67,9	25	9	34	12,3	8	2,9		
Fonksiyonel Yöneticiler	5	9,4	33	62,3	6	11,3	8	15,1	1	1,9		
Toplam	46	9,9	298	63,9	51	10,9	62	13,3	9	1,9		
	g. Hastaneye ait gizli ve önemli bilgiler açığa çıktı.										13,994	0,082
Hekim Yöneticiler	39	28,7	80	58,8	10	7,4	6	4,4	1	0,7		
Hastane Yöneticileri	72	26,1	156	56,5	23	8,3	20	7,2	5	1,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	14	26,4	31	58,5	4	7,5	3	5,7	1	1,9		
Toplam	125	26,9	267	57,4	37	8	29	6,2	7	1,5		
	h. Hizmetin sunumu kesintiye uğradı.										13,994	0,082
Hekim Yöneticiler	34	25,2	82	60,7	10	7,4	6	4,4	3	2,2		
Hastane Yöneticileri	76	27,4	162	58,5	11	4	21	7,6	7	2,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	8	14,8	39	72,2	2	3,7	5	9,3	0	0		
Toplam	118	25,3	283	60,7	23	4,9	32	6,9	10	2,1		
	ı. Politik ve idari baskılara maruz kalındı.										13,994	0,082
Hekim Yöneticiler	29	21,5	55	40,7	25	18,5	17	12,6	9	6,7		
Hastane Yöneticileri	32	11,6	105	37,9	55	19,9	64	23,1	21	7,6		
Fonksiyonel Yöneticiler	12	22,6	21	39,6	9	17	8	15,1	3	5,7		
Toplam	73	15,7	181	38,9	89	19,1	89	19,1	33	7,1		

** Test uygulanmamıştır.

Tablo : 35'te görüldüğü gibi yöneticilerin görevleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlardan "Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi." görüşü arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır. Sorunlarla ilgili diğer görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Elde edilen bu sonuca göre “Yöneticilerin görevleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₂₉) “Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.” görüşü açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir. Tablo : 36’da yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuna göre yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 36

Yöneticilik Eğitimi Alıp-almama Durumuna Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hizmetin denetiminde zorluklarla karşılaşıldı.											
Eğitim Alan	15	5,7	127	47,9	14	5,3	91	34,3	18	6,8	5,873	0,209
Eğitim Almayan	9	4,7	99	51,6	19	9,9	57	29,7	8	4,2		
Toplam	24	5,3	226	49,5	33	7,2	148	32,4	26	5,7		
	b. Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.											
Eğitim Alan	25	9,4	149	56	34	12,8	50	18,8	8	3	3,766	0,439
Eğitim Almayan	24	12,5	116	60,4	20	10,4	26	13,5	6	3,1		
Toplam	49	10,7	265	57,9	54	11,8	76	16,6	14	3,1		
	c. Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.											
Eğitim Alan	46	17,5	158	60,1	21	8	28	10,6	10	3,8	0,785	0,94
Eğitim Almayan	39	20,3	113	58,9	14	7,3	18	9,4	8	4,2		
Toplam	85	18,7	271	59,6	35	7,7	46	10,1	18	4		
	ç. Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.											
Eğitim Alan	19	7,2	103	38,9	28	10,6	87	32,8	28	10,6	4,542	0,338
Eğitimi Almayan	15	7,8	80	41,5	27	14	60	31,1	11	5,7		
Toplam	34	7,4	183	40	55	12	147	32,1	39	8,5		
	d. Hizmet sağlayıcı firma ve hastane personeli arasında çatışma ortaya çıktı.											
Eğitim Alan	33	12,5	153	58	37	14	35	13,3	6	2,3	4,751	0,314
Eğitim Almayan	28	14,5	124	64,2	16	8,3	21	10,9	4	2,1		
Toplam	61	13,3	277	60,6	53	11,6	56	12,3	10	2,2		
	e. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte personel kullandı.											
Eğitim Alan	25	9,4	131	49,2	42	15,8	55	20,7	13	4,9	7,493	0,112
Eğitim Almayan	19	9,9	106	55,5	19	9,9	44	23	3	1,6		
Toplam	44	9,6	237	51,9	61	13,3	99	21,7	16	3,5		

Tablo : 36 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
	f. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte teknoloji kullandı.												
Eğitim Alan	26	9,8	166	62,4	28	10,5	39	14,7	7	2,6	2,634	0,621	
Eğitim Almayan	19	9,9	125	65,4	23	12	22	11,5	2	1			
Toplam	45	9,8	291	63,7	51	11,2	61	13,3	9	2			
	g. Hastaneye ait gizli ve önemli bilgiler açığa çıktı.												
Eğitim Alan	68	25,8	149	56,4	25	9,5	18	6,8	4	1,5	2,897	0,575	
Eğitim Almayan	55	28,6	113	58,9	11	5,7	10	5,2	3	1,6			
Toplam	123	27	262	57,5	36	7,9	28	6,1	7	1,5			
	h. Hizmetin sunumu kesintiye uğradı.												
Eğitim Alan	64	24,1	165	62	11	4,1	20	7,5	6	2,3	1,794	0,774	
Eğitim Almayan	51	26,7	112	58,6	12	6,3	12	6,3	4	2,1			
Toplam	115	25,2	277	60,6	23	5	32	7	10	2,2			
	ı. Politik ve idari baskılara maruz kalındı.												
Eğitim Alan	34	12,8	95	35,8	57	21,5	57	21,5	22	8,3	9,3	0,054	
Eğitim Almayan	38	19,9	81	42,4	30	15,7	31	16,2	11	5,8			
Toplam	72	15,8	176	38,6	87	19,1	88	19,3	33	7,2			

Tablo : 36’da görüldüğü gibi yöneticilik eğitimi alan ya da almayan yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Elde edilen bu sonuca göre “Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{30}) reddedilmiştir.

Tablo : 37’de yöneticilik sürelerine göre dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşlerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 37
Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında
Karşılaşılan Sorunların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hizmetin denetiminde zorluklarla karşılaşıldı.										20,021	0,067
0-3 Yıl	8	6,5	66	53,7	8	6,5	38	30,9	3	2,4		
4-6 Yıl	6	7,5	32	40	8	10	28	35	6	7,5		
7-9 Yıl	4	6,7	28	46,7	9	15	16	26,7	3	5		
10+ Yıl	6	3,1	101	52,1	7	3,6	65	33,5	15	7,7		
Toplam	24	5,3	227	49,7	32	7	147	32,2	27	5,9		
	b. Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.										22,76	0,030*
0-3 Yıl	19	15,4	69	56,1	18	14,6	17	13,8	0	0		
4-6 Yıl	9	11,1	44	54,3	10	12,3	13	16	5	6,2		
7-9 Yıl	10	16,7	38	63,3	5	8,3	6	10	1	1,7		
10+ Yıl	11	5,7	116	59,8	20	10,3	39	20,1	8	4,1		
Toplam	49	10,7	267	58,3	53	11,6	75	16,4	14	3,1		
	c. Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.										16,76	0,159
0-3 Yıl	32	26,2	71	58,2	8	6,6	9	7,4	2	1,6		
4-6 Yıl	17	21,5	45	57	8	10,1	7	8,9	2	2,5		
7-9 Yıl	13	21,7	35	58,3	4	6,7	4	6,7	4	6,7		
10+ Yıl	25	12,9	117	60,3	15	7,7	26	13,4	11	5,7		
Toplam	87	19,1	268	58,9	35	7,7	46	10,1	19	4,2		
	ç. Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.										8,827	0,718
0-3 Yıl	12	9,8	54	43,9	14	11,4	35	28,5	8	6,5		
4-6 Yıl	7	8,9	31	39,2	11	13,9	26	32,9	4	5,1		
7-9 Yıl	6	10,2	19	32,2	9	15,3	19	32,2	6	10,2		
10+ Yıl	10	5,1	79	40,1	21	10,7	67	34	20	10,2		
Toplam	35	7,6	183	40	55	12	147	32,1	38	8,3		
	d. Hizmet sağlayıcı firma ve hastane personeli arasında çatışma ortaya çıktı.										13,024	0,367
0-3 Yıl	20	16,3	74	60,2	15	12,2	13	10,6	1	0,8		
4-6 Yıl	10	12,7	51	64,6	8	10,1	10	12,7	0	0		
7-9 Yıl	12	20,3	31	52,5	9	15,3	6	10,2	1	1,7		
10+ Yıl	21	10,7	119	60,7	20	10,2	28	14,3	8	4,1		
Toplam	63	13,8	275	60,2	52	11,4	57	12,5	10	2,2		
	e. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte personel kullandı.										10,659	0,558
0-3 Yıl	14	11,5	68	55,7	15	12,3	23	18,9	2	1,6		
4-6 Yıl	6	7,6	45	57	8	10,1	15	19	5	6,3		
7-9 Yıl	7	11,9	28	47,5	8	13,6	16	27,1	0	0		
10+ Yıl	16	8,1	99	50,3	27	13,7	46	23,4	9	4,6		
Toplam	43	9,4	240	52,5	58	12,7	100	21,9	16	3,5		

Tablo : 37 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	f. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte teknoloji kullandı.										19,386	0,08
0-3 Yıl	15	12,3	76	62,3	19	15,6	11	9	1	0,8		
4-6 Yıl	4	5,1	52	66,7	12	15,4	8	10,3	2	2,6		
7-9 Yıl	8	13,3	35	58,3	8	13,3	9	15	0	0		
10+ Yıl	18	9,1	128	65	12	6,1	33	16,8	6	3		
Toplam	45	9,8	291	63,7	51	11,2	61	13,3	9	2		
	g. Hastaneye ait gizli ve önemli bilgiler açığa çıktı.											**
0-3 Yıl	38	30,9	71	57,7	9	7,3	4	3,3	1	0,8		
4-6 Yıl	25	32,1	44	56,4	4	5,1	5	6,4	0	0		
7-9 Yıl	14	23,3	37	61,7	3	5	5	8,3	1	1,7		
10+ Yıl	47	24,1	109	55,9	21	10,8	13	6,7	5	2,6		
Toplam	124	27,2	261	57,2	37	8,1	27	5,9	7	1,5		
	h. Hizmetin sunumu kesintiye uğradı.											**
0-3 Yıl	32	26	75	61	8	6,5	7	5,7	1	0,8		
4-6 Yıl	18	23,4	50	64,9	3	3,9	4	5,2	2	2,6		
7-9 Yıl	19	31,7	32	53,3	4	6,7	5	8,3	0	0		
10+ Yıl	48	24,4	121	61,4	8	4,1	13	6,6	7	3,6		
Toplam	117	25,6	278	60,8	23	5	29	6,3	10	2,2		
	ı. Politik ve idari baskılara maruz kalındı.										15,74	0,203
0-3 Yıl	20	16,4	58	47,5	17	13,9	20	16,4	7	5,7		
4-6 Yıl	13	16,7	31	39,7	15	19,2	10	12,8	9	11,5		
7-9 Yıl	12	20	22	36,7	11	18,3	13	21,7	2	3,3		
10+ Yıl	27	13,8	65	33,2	46	23,5	43	21,9	15	7,7		
Toplam	72	15,8	176	38,6	89	19,5	86	18,9	33	7,2		

*p<0,05, ** Test yapılmamıştır.

Yöneticilik süreleri ile “Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.” görüşü arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). “Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.” görüşüne 7-9 yıl arasında yöneticilik yapmış olanların yüksek oranda katılmadığı, 10 yılın üzerinde yöneticilik yapmış olanların ise yüksek oranda katıldığı görülmektedir.

Yöneticilik süreleri ile karşılaşılan diğer sorunlarla ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Elde edilen bu sonuca göre “Yöneticilik süreleri ile yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.”

hipotezi (H₃₁), “Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.” görüşü açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir.

Tablo : 38’de hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 38

**Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında
Karşılaşılan Sorunların Dağılımı**

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hizmetin denetiminde zorluklarla karşılaşıldı.											8,692	0,069
Kamu Hastaneleri	22	5,7	195	50,9	22	5,7	124	32,4	20	5,2		
Özel Hastaneler	2	2,4	37	44,6	11	13,3	26	31,3	7	8,4		
Toplam	24	5,2	232	49,8	33	7,1	150	32,2	27	5,8		
b. Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.											6,392	0,172
Kamu Hastaneleri	44	11,4	230	59,7	41	10,6	59	15,3	11	2,9		
Özel Hastaneler	6	7,3	41	50	13	15,9	19	23,2	3	3,7		
Toplam	50	10,7	271	58	54	11,6	78	16,7	14	3		
c. Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.											25,826	0,0001*
Kamu Hastaneleri	80	20,9	235	61,4	28	7,3	28	7,3	12	3,1		
Özel Hastaneler	9	11,1	39	48,1	8	9,9	18	22,2	7	8,6		
Toplam	89	19,2	274	59,1	36	7,8	46	9,9	19	4,1		
ç. Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.											6,177	0,191
Kamu Hastaneleri	29	7,5	144	37,4	48	12,5	129	33,5	35	9,1		
Özel Hastaneler	6	7,3	42	51,2	9	11	21	25,6	4	4,9		
Toplam	35	7,5	186	39,8	57	12,2	150	32,1	39	8,4		
d. Hizmet sağlayıcı firma ve hastane personeli arasında çatışma ortaya çıktı.											2,873	0,579
Kamu Hastaneleri	50	13	238	62	41	10,7	47	12,2	8	2,1		
Özel Hastaneler	14	17,1	43	52,4	12	14,6	11	13,4	2	2,4		
Toplam	64	13,7	281	60,3	53	11,4	58	12,4	10	2,1		
e. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte personel kullandı.											8,57	0,073
Kamu Hastaneleri	38	9,9	205	53,5	50	13,1	81	21,1	9	2,3		
Özel Hastaneler	7	8,4	38	45,8	11	13,3	20	24,1	7	8,4		
Toplam	45	9,7	243	52,1	61	13,1	101	21,7	16	3,4		
f. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte teknoloji kullandı.											3,154	0,532
Kamu Hastaneleri	38	9,9	250	65,3	41	10,7	48	12,5	6	1,6		
Özel Hastaneler	8	9,6	48	57,8	10	12	14	16,9	3	3,6		
Toplam	46	9,9	298	63,9	51	10,9	62	13,3	9	1,9		

Tablo : 38 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	g. Hastaneye ait gizli ve önemli bilgiler açığa çıktı.										1,034	0,905
Kamu Hastaneleri	103	26,9	219	57,2	32	8,4	24	6,3	5	1,3		
Özel Hastaneler	22	26,8	48	58,5	5	6,1	5	6,1	2	2,4		
Toplam	125	26,9	267	57,4	37	8	29	6,2	7	1,5		
	h. Hizmetin sunumu kesintiye uğradı.										6,902	0,141
Kamu Hastaneleri	102	26,6	233	60,8	17	4,4	22	5,7	9	2,3		
Özel Hastaneler	16	19,3	50	60,2	6	7,2	10	12	1	1,2		
Toplam	118	25,3	283	60,7	23	4,9	32	6,9	10	2,1		
	ı. Politik ve idari baskılara maruz kalındı.										62,004	0,0001*
Kamu Hastaneleri	39	10,2	147	38,3	83	21,6	84	21,9	31	8,1		
Özel Hastaneler	34	42	34	42	6	7,4	5	6,2	2	2,5		
Toplam	73	15,7	181	38,9	89	19,1	89	19,1	33	7,1		

*p<0,05, Ki Kare Testi

Tablo : 38’ de görüldüğü gibi dış kaynak kullanımında karşılaşılan “Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.” görüşü açısından kamu ve özel hastane yöneticilerinin cevapları arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). “Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.” görüşüne kamu hastaneleri yöneticilerinin yüksek oranda katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise yüksek oranda katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanım sürecinde ve sonrasında “Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşü ile kamu ve özel hastane yöneticilerinin cevapları arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). “Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşüne özel hastanelerin yöneticilerinin yüksek oranda kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum cevabını verdikleri, kamu hastaneleri yöneticilerinin ise yüksek oranda kararsızım ve katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Bu sonuca göre “Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₃₂), “Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.”, “Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşleri açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir. Tablo : 39’da hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin dış kaynak

kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 39

**Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarında
Karşılaşılan Sorunların Dağılımı**

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hizmetin denetiminde zorluklarla karşılaşıldı.											14,008	0,3
30-50 Yatak	7	5	64	45,7	14	10	46	32,9	9	6,4		
51-100 Yatak	7	6,8	48	46,6	5	4,9	34	33	9	8,7		
101-200 Yatak	6	5,7	61	57,5	10	9,4	26	24,5	3	2,8		
201+Yatak	4	3,4	60	50,4	5	4,2	44	37	6	5		
Toplam	24	5,1	233	49,8	34	7,3	150	32,1	27	5,8		
b. Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.											13,472	0,336
30-50 Yatak	10	7,1	78	55,7	21	15	27	19,3	4	2,9		
51-100 Yatak	15	14,6	54	52,4	9	8,7	19	18,4	6	5,8		
101-200 Yatak	13	12,3	68	64,2	10	9,4	13	12,3	2	1,9		
201+Yatak	12	10	73	60,8	14	11,7	19	15,8	2	1,7		
Toplam	50	10,7	273	58,2	54	11,5	78	16,6	14	3		
c. Kadrolu personel, işin hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.											17,286	0,139
30-50 Yatak	30	21,7	77	55,8	11	8	12	8,7	8	5,8		
51-100 Yatak	19	18,4	53	51,5	12	11,7	14	13,6	5	4,9		
101-200 Yatak	22	21	65	61,9	9	8,6	6	5,7	3	2,9		
201+Yatak	18	15	82	68,3	4	3,3	14	11,7	2	1,7		
Toplam	89	19,1	277	59,4	36	7,7	46	9,9	18	3,9		
ç. Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.											17,055	0,148
30-50 Yatak	10	7,2	73	52,9	16	11,6	31	22,5	8	5,8		
51-100 Yatak	10	9,6	34	32,7	13	12,5	38	36,5	9	8,7		
101-200 Yatak	8	7,5	42	39,3	12	11,2	36	33,6	9	8,4		
201+Yatak	7	5,8	40	33,3	16	13,3	45	37,5	12	10		
Toplam	35	7,5	189	40,3	57	12,2	150	32	38	8,1		
d. Hizmet sağlayıcı firma ve hastane personeli arasında çatışma ortaya çıktı.											14,346	0,279
30-50 Yatak	17	12,2	88	63,3	13	9,4	17	12,2	4	2,9		
51-100 Yatak	19	18,3	55	52,9	12	11,5	14	13,5	4	3,8		
101-200 Yatak	17	16	69	65,1	11	10,4	8	7,5	1	0,9		
201+Yatak	11	9,2	70	58,8	18	15,1	19	16	1	0,8		
Toplam	64	13,7	282	60,3	54	11,5	58	12,4	10	2,1		

Tablo : 39 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
e. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte personel kullandı.												11,243	0,508
30-50 Yatak	11	7,9	78	56,1	18	12,9	27	19,4	5	3,6			
51-100 Yatak	12	11,5	48	46,2	13	12,5	24	23,1	7	6,7			
101-200 Yatak	13	12,3	55	51,9	15	14,2	20	18,9	3	2,8			
200+Yatak	8	6,7	64	53,8	16	13,4	30	25,2	1	0,8			
Toplam	44	9,4	245	52,4	62	13,2	101	21,6	16	3,4			
f. Hizmet sağlayıcı firma işe uygun olmayan nitelikte teknoloji kullandı.												14,074	0,296
30-50 Yatak	14	10,1	90	65,2	11	8	19	13,8	4	2,9			
51-100 Yatak	12	11,5	62	59,6	17	16,3	9	8,7	4	3,8			
101-200 Yatak	11	10,4	67	63,2	11	10,4	16	15,1	1	0,9			
200+Yatak	8	6,7	82	68,3	12	10	18	15	0	0			
Toplam	45	9,6	301	64,3	51	10,9	62	13,2	9	1,9			
g. Hastaneye ait gizli ve önemli bilgiler açığa çıktı.												16,849	0,155
30-50 Yatak	38	27,3	78	56,1	14	10,1	5	3,6	4	2,9			
51-100 Yatak	33	32	50	48,5	11	10,7	9	8,7	0	0			
101-200 Yatak	29	27,6	66	62,9	4	3,8	5	4,8	1	1			
200+Yatak	25	20,8	75	62,5	8	6,7	10	8,3	2	1,7			
Toplam	125	26,8	269	57,6	37	7,9	29	6,2	7	1,5			
h. Hizmetin sunumu kesintiye uğradı.												12,821	0,382
30-50 Yatak	30	21,6	84	60,4	8	5,8	12	8,6	5	3,6			
51-100 Yatak	30	28,8	61	58,7	7	6,7	3	2,9	3	2,9			
101-200 Yatak	31	29,2	65	61,3	4	3,8	6	5,7	0	0			
200+Yatak	26	21,8	76	63,9	4	3,4	11	9,2	2	1,7			
Toplam	117	25	286	61,1	23	4,9	32	6,8	10	2,1			
ı. Politik ve idari baskılara maruz kalındı.												23,69	0,022*
30-50 Yatak	24	17,4	58	42	23	16,7	24	17,4	9	6,5			
51-100 Yatak	21	20,4	35	34	15	14,6	17	16,5	15	14,6			
101-200 Yatak	17	16	45	42,5	21	19,8	19	17,9	4	3,8			
200+Yatak	11	9,2	45	37,5	30	25	29	24,2	5	4,2			
Toplam	73	15,6	183	39,2	89	19,1	89	19,1	33	7,1			

*p<0,05, Ki Kare testi

Tablo : 39' da görüldüğü gibi hastane büyüklüğüyle "Politik ve idari baskılara maruz kalındı." görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). Bu görüş açısından 101-200 yatak kapasitesine sahip büyüklükteki hastanelerin yöneticilerinin katılmıyorum cevabı yüksek oranda iken, 200+ yatak kapasitesinin üzerinde büyüklüğe sahip hastanelerin ise katılıyorum cevabının yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Bu sonuca göre “Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₃₃) “Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşü açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir.

347. Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı

Aşağıdaki tablolarda dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçların yöneticilerin ve hastanelerin özellikleri açısından dağılımları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo : 40'ta yöneticilerin görevlerine göre, dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 40

Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hasta bakımında süreklilik sağlandı.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	8	6,2	18	13,8	83	63,8	21	16,2		
Hastane Yöneticileri	2	0,7	20	7,5	29	10,9	164	61,4	52	19,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	8	15,4	11	21,2	28	53,8	5	9,6		
Toplam	2	0,4	36	8	58	12,9	275	61,2	78	17,4		
	b. Hasta bakımına odaklanmanın sonucunda hasta tatmini arttı.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	4	3,1	18	13,7	82	62,6	27	20,6		
Hastane Yöneticileri	2	0,8	11	4,1	29	10,9	167	62,8	57	21,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	5	9,8	10	19,6	29	56,9	7	13,7		
Toplam	2	0,4	20	4,5	57	12,7	278	62,1	91	20,3		
	c. Hizmet kalitesi arttı.											**
Hekim Yöneticiler	0	0	2	1,5	8	6,1	85	64,4	37	28		
Hastane Yöneticileri	1	0,4	10	3,6	16	5,8	170	62	77	28,1		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	3	5,6	7	13	33	61,1	11	20,4		
Toplam	1	0,2	15	3,3	31	6,7	288	62,6	125	27,2		
	ç. Hizmet maliyetleri düştü.										7,672	0,466
Hekim Yöneticiler	0	0	25	19,2	24	18,5	61	46,9	20	15,4		
Hastane Yöneticileri	9	3,3	37	13,6	46	16,8	135	49,5	46	16,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,9	9	16,7	12	22,2	25	46,3	7	13		
Toplam	10	2,2	71	15,5	82	17,9	221	48,4	73	16		

Tablo : 40 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	d. Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.										5,309	0,724
Hekim Yöneticiler	0	0	12	9,5	26	20,6	71	56,3	17	13,5		
Hastane Yöneticileri	4	1,5	38	14,6	50	19,2	129	49,6	39	15		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	1,9	8	15,1	12	22,6	25	47,2	7	13,2		
Toplam	5	1,1	58	13,2	88	20	225	51,3	63	14,4		
	e. Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.										15,993	0,042*
Hekim Yöneticiler	0	0	13	10,2	16	12,6	76	59,8	22	17,3		
Hastane Yöneticileri	7	2,7	27	10,4	27	10,4	150	57,9	48	18,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	9	17	13	24,5	25	47,2	6	11,3		
Toplam	7	1,6	49	11,2	56	12,8	251	57,2	76	17,3		
	f. Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.										7,265	0,508
Hekim Yöneticiler	4	3,2	34	27,4	37	29,8	42	33,9	7	5,6		
Hastane Yöneticileri	12	4,8	94	37,6	61	24,4	70	28	13	5,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	2	15	29,4	12	23,5	20	39,2	3	5,9		
Toplam	17	4	143	33,6	110	25,9	132	31,1	23	5,4		
	g. Hastanenin başka faaliyetler için ek kaynak yaratması sağlandı.										10,785	0,214
Hekim Yöneticiler	5	3,9	29	22,5	32	24,8	53	41,1	10	7,8		
Hastane Yöneticileri	10	3,9	78	30,1	50	19,3	96	37,1	25	9,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	13	25	16	30,8	22	42,3	1	1,9		
Toplam	15	3,4	120	27,3	98	22,3	171	38,9	36	8,2		
	h. Etkili kontrol sağlandı.											**
Hekim Yöneticiler	1	0,8	13	10,1	18	14	77	59,7	20	15,5		
Hastane Yöneticileri	4	1,5	23	8,9	43	16,6	149	57,5	40	15,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	4	7,4	14	25,9	30	55,6	6	11,1		
Toplam	5	1,1	40	9	75	17	256	57,9	66	14,9		
	ı. Politik etkiler azaldı.										11,861	0,158
Hekim Yöneticiler	10	7,9	26	20,5	38	29,9	42	33,1	11	8,7		
Hastane Yöneticileri	29	11,1	81	31	63	24,1	71	27,2	17	6,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	7	13,5	19	36,5	14	26,9	8	15,4	4	7,7		
Toplam	46	10,5	126	28,6	115	26,1	121	27,5	32	7,3		

p<0,05, ** Test uygulanmamıştır.

Yöneticilerin görevleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlardan “Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.” görüşü arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır. (p<0,05). Fonksiyonel yöneticiler yüksek oranda bu görüşe katılmazken, hekim yöneticiler ve hastane yöneticileri yüksek oranda bu görüşe

katılmaktadırlar. Yönetici görevleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen diğer sonuçlarla ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Bu sonuca göre, “Yöneticilerin görevleriyle, dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{34}) “Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.” görüşü açısından kabul edilmiş, diğer görüşler açısından reddedilmiştir.

Tablo : 41’de yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuna göre, dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşlerin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 41
Yöneticilik Eğitimi Alıp-almama Durumuna Göre Dış Kaynak Kullanımı
Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hasta bakımında süreklilik sağlandı.												
Eğitim Alan	2	0,8	24	9,2	34	13,1	158	60,8	42	16,2	2,555	0,635
Eğitim Almayan	0	0	12	6,7	24	13,3	111	61,7	33	18,3		
Toplam	2	0,5	36	8,2	58	13,2	269	61,1	75	17		
b. Hasta bakımına odaklanmanın sonucunda hasta tatmini arttı.												
Eğitim Alan	2	0,8	11	4,3	32	12,5	163	63,4	49	19,1	2,167	0,705
Eğitim Almayan	0	0	9	4,9	25	13,7	109	59,9	39	21,4		
Toplam	2	0,5	20	4,6	57	13	272	62	88	20		
c. Hizmet kalitesi arttı.												
Eğitim Alan	1	0,4	11	4,2	19	7,2	165	62,3	69	26	2,273	0,686
Eğitim Almayan	0	0	4	2,2	12	6,5	118	63,4	52	28		
Toplam	1	0,2	15	3,3	31	6,9	283	62,7	121	26,8		
ç. Hizmet maliyetleri düştü.												
Eğitim Alan	8	3	42	15,9	41	15,5	133	50,4	40	15,2	4,514	0,341
Eğitim Almayan	2	1,1	28	15,2	39	21,2	84	45,7	31	16,8		
Toplam	10	2,2	70	15,6	80	17,9	217	48,4	71	15,8		
d. Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.												
Eğitim Alan	4	1,6	36	14,2	51	20,1	127	50	36	14,2	1,268	0,867
Eğitim Almayan	1	0,6	22	12,4	37	20,9	92	52	25	14,1		
Toplam	5	1,2	58	13,5	88	20,4	219	50,8	61	14,2		

Tablo : 41 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	e. Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.											
Eğitim Alan	4	1,6	27	10,8	31	12,4	147	58,6	42	16,7	0,952	0,917
Eğitim Almayan	3	1,7	22	12,2	25	13,9	97	53,9	33	18,3		
Toplam	7	1,6	49	11,4	56	13	244	56,6	75	17,4		
	f. Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.											
Eğitim Alan	11	4,5	83	33,7	61	24,8	76	30,9	15	6,1	0,313	0,859
Eğitim Almayan	6	3,4	59	33,9	47	27	55	31,6	7	4		
Toplam	17	4	142	33,8	108	25,7	131	31,2	22	5,2		
	g. Hastanenin başka faaliyetler için ek kaynak yaratması sağlandı.											
Eğitim Alan	10	3,9	68	26,8	57	22,4	100	39,4	19	7,5	1,051	0,902
Eğitim Almayan	5	2,8	51	28,7	41	23	65	36,5	16	9		
Toplam	15	3,5	119	27,5	98	22,7	165	38,2	35	8,1		
	h. Etkili kontrol sağlandı.											
Eğitim Alan	3	1,2	24	9,4	43	16,9	147	57,6	38	14,9	0,055	1
Eğitim Almayan	2	1,1	16	8,9	31	17,3	104	58,1	26	14,5		
Toplam	5	1,2	40	9,2	74	17,1	251	57,8	64	14,7		
	ı. Politik etkiler azaldı.											
Eğitim Alan	29	11,5	78	30,8	68	26,9	62	24,5	16	6,3	3,673	0,452
Eğitim Almayan	17	9,5	48	26,8	43	24	56	31,3	15	8,4		
Toplam	46	10,6	126	29,2	111	25,7	118	27,3	31	7,2		

*P<0,05, Ki Kare testi

Tablo : 41’de görüldüğü gibi yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ile dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Bu sonuca göre, “Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ile yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{35}) reddedilmiştir.

Tablo : 42’de yöneticilik sürelerine göre, dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçların dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 42
Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından
Elde Edilen Sonuçların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hasta bakımında süreklilik sağlandı.												
0-3 Yıl	1	0,8	6	5,1	18	15,3	71	60,2	22	18,6		
4-6 Yıl	1	1,3	6	7,9	10	13,2	45	59,2	14	18,4		
7-9 Yıl	0	0	3	5,3	12	21,1	35	61,4	7	12,3		
10+ Yıl	0	0	20	10,5	18	9,5	120	63,2	32	16,8		
Toplam	2	0,5	35	7,9	58	13,2	271	61,5	75	17		
b. Hasta bakımına odaklanmanın sonucunda hasta tatmini arttı.												
0-3 Yıl	1	0,8	3	2,5	15	12,7	76	64,4	23	19,5		
4-6 Yıl	1	1,3	5	6,5	11	14,3	42	54,5	18	23,4		
7-9 Yıl	0	0	3	5,4	9	16,1	34	60,7	10	17,9		
10+ Yıl	0	0	9	4,8	22	11,6	120	63,5	38	20,1		
Toplam	2	0,5	20	4,5	57	13	272	61,8	89	20,2		
c. Hizmet kalitesi arttı.												
0-3 Yıl	0	0	0	0	9	7,4	82	67,8	30	24,8		
4-6 Yıl	1	1,3	4	5,1	5	6,4	49	62,8	19	24,4		
7-9 Yıl	0	0	3	5,3	6	10,5	33	57,9	15	26,3		
10+ Yıl	0	0	8	4,1	11	5,6	119	60,7	58	29,6		
Toplam	1	0,2	15	3,3	31	6,9	283	62,6	122	27		
ç. Hizmet maliyetleri düştü.											6,89	0,865
0-3 Yıl	1	0,8	17	14,3	21	17,6	58	48,7	22	18,5		
4-6 Yıl	3	3,9	14	18,2	14	18,2	35	45,5	11	14,3		
7-9 Yıl	1	1,8	10	17,5	14	24,6	22	38,6	10	17,5		
10+ Yıl	5	2,6	30	15,3	31	15,8	100	51	30	15,3		
Toplam	10	2,2	71	15,8	80	17,8	215	47,9	73	16,3		
d. Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.											7,74	0,805
0-3 Yıl	1	0,9	9	7,8	25	21,6	64	55,2	17	14,7		
4-6 Yıl	2	2,7	11	14,7	16	21,3	35	46,7	11	14,7		
7-9 Yıl	0	0	8	14,5	10	18,2	31	56,4	6	10,9		
10+ Yıl	2	1,1	29	15,7	35	18,9	92	49,7	27	14,6		
Toplam	5	1,2	57	13,2	86	20	222	51,5	61	14,2		
e. Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.											10,31	0,589
0-3 Yıl	1	0,9	7	6,1	16	13,9	72	62,6	19	16,5		
4-6 Yıl	2	2,6	11	14,5	9	11,8	42	55,3	12	15,8		
7-9 Yıl	0	0	9	16,4	9	16,4	30	54,5	7	12,7		
10+ Yıl	4	2,2	20	10,8	21	11,4	103	55,7	37	20		
Toplam	7	1,6	47	10,9	55	12,8	247	57,3	75	17,4		

Tablo : 42 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
f. Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.													
0-3 Yıl	3	2,7	41	36,3	26	23	38	33,6	5	4,4			
4-6 Yıl	4	5,6	21	29,2	19	26,4	25	34,7	3	4,2			
7-9 Yıl	2	3,6	15	27,3	15	27,3	19	34,5	4	7,3			
10+ Yıl	8	4,5	63	35,6	48	27,1	47	26,6	11	6,2			
Toplam	17	4,1	140	33,6	108	25,9	129	30,9	23	5,5		**	
g. Hastanenin başka faaliyetler için ek kaynak yaratması sağlandı.													
0-3 Yıl	2	1,7	31	27	25	21,7	50	43,5	7	6,1			
4-6 Yıl	2	2,7	23	30,7	16	21,3	26	34,7	8	10,7			
7-9 Yıl	3	5,5	11	20	12	21,8	24	43,6	5	9,1			
10+ Yıl	7	3,7	53	28,3	43	23	69	36,9	15	8			
Toplam	14	3,2	118	27,3	96	22,2	169	39,1	35	8,1	6,125	0,91	
h. Etkili kontrol sağlandı.													
0-3 Yıl	8	7	25	21,7	28	24,3	44	38,3	10	8,7			
4-6 Yıl	9	12,2	19	25,7	20	27	20	27	6	8,1			
7-9 Yıl	6	10,9	17	30,9	18	32,7	11	20	3	5,5			
10+ Yıl	22	11,7	62	33	48	25,5	44	23,4	12	6,4			
Toplam	45	10,4	123	28,5	114	26,4	119	27,5	31	7,2	11,542	0,483	
ı. Politik etkiler azaldı.													
0-3 Yıl	8	7	25	21,7	28	24,3	44	38,3	10	8,7			
4-6 Yıl	9	12,2	19	25,7	20	27	20	27	6	8,1			
7-9 Yıl	6	10,9	17	30,9	18	32,7	11	20	3	5,5			
10+ Yıl	22	11,7	62	33	48	25,5	44	23,4	12	6,4			
Toplam	45	10,4	123	28,5	114	26,4	119	27,5	31	7,2	14,381	0,277	

**Test uygulanmamıştır.

Tablo : 42’de görüldüğü gibi yöneticilik süreleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarının sonuçlarıyla ilgili görüşler arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Elde edilen bu sonuca göre, “Yöneticilik süreleri ile yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{36}) reddedilmiştir

Tablo : 43’te hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 43
Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından
Elde Edilen Sonuçların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hasta bakımında süreklilik sağlandı.											
Kamu Hastaneleri	2	0,5	25	6,8	45	12,2	230	62,5	66	17,9	6,091	0,192
Özel Hastaneler	0	0	11	13,6	13	16	46	56,8	11	13,6		
Toplam	2	0,4	36	8	58	12,9	276	61,5	77	17,1		
	b. Hasta bakımına odaklanmanın sonucunda hasta tatmini arttı.											
Kamu Hastaneleri	2	0,5	10	2,7	41	11,2	241	65,7	73	19,9		**
Özel Hastaneler	0	0	10	12,5	16	20	37	46,3	17	21,3		
Toplam	2	0,4	20	4,5	57	12,8	278	62,2	90	20,1		
	c. Hizmet kalitesi arttı.											
Kamu Hastaneleri	1	0,3	8	2,1	22	5,8	242	64,2	104	27,6		**
Özel Hastaneler	0	0	7	8,5	9	11	46	56,1	20	24,4		
Toplam	1	0,2	15	3,3	31	6,8	288	62,7	124	27		
	ç. Hizmet maliyetleri düştü.											
Kamu Hastaneleri	9	2,4	56	15	70	18,7	177	47,3	62	16,6	3,272	0,513
Özel Hastaneler	1	1,2	16	19,3	12	14,5	44	53	10	12		
Toplam	10	2,2	72	15,8	82	17,9	221	48,4	72	15,8		
	d. Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.											
Kamu Hastaneleri	5	1,4	44	12,3	66	18,4	189	52,8	54	15,1	7,099	0,131
Özel Hastaneler	0	0	14	17,5	22	27,5	36	45	8	10		
Toplam	5	1,1	58	13,2	88	20,1	225	51,4	62	14,2		
	e. Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.											
Kamu Hastaneleri	7	1,9	36	10	36	10	207	57,7	73	20,3	26,833	0,0001*
Özel Hastaneler	0	0	14	17,5	20	25	43	53,8	3	3,8		
Toplam	7	1,6	50	11,4	56	12,8	250	56,9	76	17,3		
	f. Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.											
Kamu Hastaneleri	14	4	128	37	89	25,7	99	28,6	16	4,6	10,492	0,033*
Özel Hastaneler	3	3,8	16	20,5	20	25,6	32	41	7	9		
Toplam	17	4	144	34	109	25,7	131	30,9	23	5,4		
	g. Hastanenin başka faaliyetler için ek kaynak yaratması sağlandı.											
Kamu Hastaneleri	14	3,9	102	28,4	78	21,7	133	37	32	8,9	6,518	0,164
Özel Hastaneler	1	1,3	18	22,5	20	25	38	47,5	3	3,8		
Toplam	15	3,4	120	27,3	98	22,3	171	39	35	8		

Tablo : 43 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	h. Etkili kontrol sağlandı.										3,414	0,491
Kamu Hastaneleri	4	1,1	35	9,7	56	15,6	211	58,8	53	14,8		
Özel Hastaneler	1	1,2	5	6,1	19	23,2	45	54,9	12	14,6		
Toplam	5	1,1	40	9,1	75	17	256	58	65	14,7		
	ı. Politik etkiler azaldı.										11,893	0,018*
Kamu Hastaneleri	32	8,9	96	26,6	101	28	106	29,4	26	7,2		
Özel Hastaneler	13	16,7	30	38,5	15	19,2	14	17,9	6	7,7		
Toplam	45	10,3	126	28,7	116	26,4	120	27,3	32	7,3		

*p<0,05 Ki Kare Testi, **Test uygulanmamıştır.

Tablo : 43'te görüldüğü gibi hastane mülkiyetine göre yöneticilerin “Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.”, “Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.”, “Politik etkiler azaldı.” görüşlerine verdikleri cevaplar arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05).

“Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.” görüşüne özel hastanelerin yöneticilerinin yüksek oranda katılmadıkları kamu hastanelerinin yöneticilerinin ise yüksek oranda katıldıkları görülmektedir.

“Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin yüksek oranda katılmadıkları, özel hastanelerin yöneticilerinin ise yüksek oranda katıldıkları görülmektedir.

“Politik etkiler azaldı.” görüşüne ise özel hastanelerin yöneticilerinin yüksek oranda katılmadıkları, kamu hastanelerinin yöneticilerinin ise yüksek oranda katıldıkları görülmektedir.

Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarının sonuçlarıyla ilgili diğer görüşleri arasında ise anlamlı derecede bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Bu sonuçlara göre, “Hastane mülkiyetine göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H₃₇) “Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.”, “Uzman personelin hastaneye

transferi sağlandı.”, “Politik etkiler azaldı.” görüşleri açısından kabul edilmiş diğer görüşler açısından reddedilmiştir.

Tablo : 44’te hastane büyüklüğüne göre yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 44
Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımı Uygulamalarından
Elde Edilen Sonuçların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hasta bakımında süreklilik sağlandı.										16,934	0,152
30-50 Yatak	2	1,5	14	10,3	16	11,8	85	62,5	19	14		
51-100 Yatak	0	0	5	5,1	10	10,1	59	59,6	25	25,3		
101-200 Yatak	0	0	6	6	14	14	59	59	21	21		
201+Yatak	0	0	11	9,5	18	15,5	74	63,8	13	11,2		
Toplam	2	0,4	36	8	58	12,9	277	61,4	78	17,3		
	b. Hasta bakımına odaklanmanın sonucunda hasta tatmini arttı.											**
30-50 Yatak	2	1,5	11	8,1	17	12,5	80	58,8	26	19,1		
51-100 Yatak	0	0	2	2	14	14,1	57	57,6	26	26,3		
101-200 Yatak	0	0	3	3	10	10,1	63	63,6	23	23,2		
201+Yatak	0	0	4	3,5	16	13,9	79	68,7	16	13,9		
Toplam	2	0,4	20	4,5	57	12,7	279	62,1	91	20,3		
	c. Hizmet kalitesi arttı.											**
30-50 Yatak	1	0,7	6	4,3	11	7,9	87	62,1	35	25		
51-100 Yatak	0	0	2	2	5	5	64	63,4	30	29,7		
101-200 Yatak	0	0	2	1,9	8	7,8	62	60,2	31	30,1		
201+Yatak	0	0	5	4,3	7	6	76	65	29	24,8		
Toplam	1	0,2	15	3,3	31	6,7	289	62,7	125	27,1		
	ç. Hizmet maliyetleri düştü.										14,973	0,243
30-50 Yatak	6	4,3	26	18,6	17	12,1	69	49,3	22	15,7		
51-100 Yatak	1	1	15	15	23	23	43	43	18	18		
101-200 Yatak	1	1	16	15,7	16	15,7	50	49	19	18,6		
201+Yatak	2	1,7	15	12,8	27	23,1	60	51,3	13	11,1		
Toplam	10	2,2	72	15,7	83	18,1	222	48,4	72	15,7		
	d. Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.										21,512	0,043*
30-50 Yatak	3	2,3	12	9,1	29	22	69	52,3	19	14,4		
51-100 Yatak	0	0	23	24,2	16	16,8	43	45,3	13	13,7		
101-200 Yatak	0	0	8	8,1	26	26,3	50	50,5	15	15,2		
201+Yatak	2	1,8	15	13,2	18	15,8	64	56,1	15	13,2		
Toplam	5	1,1	58	13,2	89	20,2	226	51,4	62	14,1		

Tablo : 44 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
e. Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.												
30-50 Yatak	0	0	21	15,6	25	18,5	70	51,9	19	14,1	18,727	0,095
51-100 Yatak	2	2,1	11	11,7	12	12,8	55	58,5	14	14,9		
101-200 Yatak	1	1	7	7,1	10	10,2	62	63,3	18	18,4		
201+Yatak	4	3,5	11	9,6	9	7,9	66	57,9	24	21,1		
Toplam	7	1,6	50	11,3	56	12,7	253	57,4	75	17		
f. Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.												
30-50 Yatak	5	3,9	45	35,2	35	27,3	36	28,1	7	5,5	16,681	0,162
51-100 Yatak	4	4,3	34	37	18	19,6	28	30,4	8	8,7		
101-200 Yatak	1	1,1	24	25,5	34	36,2	30	31,9	5	5,3		
201+Yatak	7	6,3	41	36,6	23	20,5	38	33,9	3	2,7		
Toplam	17	4	144	33,8	110	25,8	132	31	23	5,4		
g. Hastanenin başka faaliyetler için ek kaynak yaratması sağlandı.												
30-50 Yatak	3	2,3	42	31,8	24	18,2	53	40,2	10	7,6	10,845	0,542
51-100 Yatak	5	5,3	25	26,3	18	18,9	38	40	9	9,5		
101-200 Yatak	3	3,1	18	18,4	27	27,6	42	42,9	8	8,2		
201+Yatak	4	3,4	35	30,2	30	25,9	39	33,6	8	6,9		
Toplam	15	3,4	120	27,2	99	22,4	172	39	35	7,9		
h. Etkili kontrol sağlandı.												
30-50 Yatak	1	0,8	12	9,1	28	21,2	71	53,8	20	15,2	13,897	0,307
51-100 Yatak	1	1	9	9,4	13	13,5	59	61,5	14	14,6		
101-200 Yatak	0	0	6	6	16	16	57	57	21	21		
201+Yatak	3	2,6	13	11,3	18	15,7	71	61,7	10	8,7		
Toplam	5	1,1	40	9	75	16,9	258	58,2	65	14,7		
ı. Politik etkiler azaldı.												
30-50 Yatak	16	12	39	29,3	32	24,1	36	27,1	10	7,5	19,555	0,076
51-100 Yatak	14	14,7	30	31,6	23	24,2	17	17,9	11	11,6		
101-200 Yatak	8	8,1	24	24,2	26	26,3	32	32,3	9	9,1		
201+Yatak	7	6,1	33	28,9	35	30,7	37	32,5	2	1,8		
Toplam	45	10,2	126	28,6	116	26,3	122	27,7	32	7,3		

*p<0,05 Ki Kare Testi, **Test uygulanmamıştır.

Hastane büyüklüğüne göre yöneticilerin “Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.” görüşüne verdikleri cevaplar arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır (p<0,05). “Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.” görüşüne 51-100 yatak kapasitesine sahip

büyüklerdeki hastanelerin yöneticilerinin yüksek oranda katılmadıkları, 201+ yatağın üzerinde yatak kapasitesine sahip büyüklerdeki hastanelerin yöneticilerinin ise yüksek oranda katıldıkları görülmektedir.

Hastane büyüklüğüne göre yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarının sonuçları konusundaki diğer görüşlere verdikleri cevaplar arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Bu sonuca göre, “Hastane büyüklüğüne göre, yöneticilerin dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşleri arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{38}) “Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.” görüşü açısından kabul edilmiş, diğer görüşler açısından reddedilmiştir.

348. Hizmet Alım Tutarlarındaki Artış Beklentisinin Değişkenlere Göre Dağılımı

Tablo : 45’te dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin, 2005 yılına göre 2006 yılında beklenen tutarının, hastane ve yönetici değişkenlerine göre dağılımı ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo : 45

Hizmet Alım Tutarlarındaki Artış Beklentisinin Hastane ve Yönetici Değişkenlerine Göre Dağılımı

	Değişiklik Beklemiyorum		Artış Bekliyorum		Düşme Bekliyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
	2006 yılındaki hizmet alım tutarınızda, 2005 yılına göre nasıl bir değişiklik bekliyorsunuz?							
<i>Hastaneler</i>								
Kamu	69	19,7	269	76,9	12	3,4	13,224	0,001*
Özel	31	38,8	47	58,8	2	2,5		
Toplam	100	23,3	316	73,5	14	3,3		
30-50	38	28,3	92	68,7	4	3		**
51-100	24	25,3	69	72,6	2	2,1		
101-200	20	20,2	74	74,7	5	5,1		
201+	19	18,3	82	78,8	3	2,9		
Toplam	101	23,4	317	73,4	14	3,2		
<i>Yöneticiler</i>								
Eğitim Alan	56	22,8	183	74,4	7	2,8	0,256	0,869
Eğitimi Almayan	42	24,1	126	72,4	6	3,4		
Toplam	98	23,3	309	73,6	13	3,1		
Hekim Yöneticiler	31	26,1	85	71,4	3	2,5		**
Hastane Yöneticileri	52	20,1	198	76,4	9	3,5		
Fonksiyonel Yöneticiler	17	32,1	34	64,2	2	3,8		
Toplam	100	23,2	317	73,5	14	3,2		

* $p<0,05$ Ki Kare Testi, ** Test uygulanmamıştır.

Tablo : 45'te görüldüğü gibi hastane mülkiyeti ile 2006 yılında dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin tutarlarında beklenen değişiklik arasında anlamlı derecede bir ilişki vardır ($p>0,05$). Kamu hastanelerinin yöneticilerinin dış kaynak kullanımının tutarlarında yüksek oranda artış beklediği, özel hastanelerin yöneticilerinin ise yüksek oranda değişiklik beklemediği görülmektedir.

Hastane büyüklüğü, yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ve yönetici görevleri ile 2006 yılında dış kaynak kullanımından sağlanan hizmetlerin tutarlarında beklenen değişiklik arasında anlamlı derecede bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Elde edilen bu sonuçlara göre; “Yöneticilerin görevleriyle, dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılında beklenen tutarları arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{39}) ve “Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ile dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılında beklenen tutarları arasında ilişki vardır.” hipotezi (H_{40}) reddedilmiştir. “Hastane mülkiyeti ile dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılındaki beklenen tutarları arasında bir ilişki vardır.” hipotezi (H_{41}) kabul edilmiş, “Hastane büyüklüğü ile dış kaynak kullanımıyla sağlanan hizmetlerin 2006 yılında beklenen tutarları arasında bir ilişki vardır.” hipotezi (H_{42}) reddedilmiştir.

349. Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenlerinin Dağılımı

Aşağıdaki tablolarda dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenlerinin yöneticilerin görevlerine, yöneticilerin eğitim durumlarına, yöneticilik sürelerine, hastanelerin mülkiyetine ve büyüklüğüne göre dağılımı ile ilgili bulgular yer almaktadır. Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenleriyle ilgili soruları yalnızca dış kaynak kullanımından yararlanmayan hastanelerin yöneticileri cevaplandırmıştır.

Tablo : 46'da yönetici görevlerine göre dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo : 46
Yöneticilerin Görevlerine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama
Nedenleri Arasındaki Dağılım

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.											
Hekim Yöneticiler	2	7,4	3	11,1	4	14,8	10	37	8	29,6		**
Hastane Yöneticileri	2	7,1	7	25	1	3,6	14	50	4	14,3		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	16,7	3	25	6	50	1	8,3		
Toplam	4	6	12	17,9	8	11,9	30	44,8	13	19,4		
	b. Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.											
Hekim Yöneticiler	4	15,4	10	38,5	1	3,8	7	26,9	4	15,4		**
Hastane Yöneticileri	1	3,7	14	51,9	1	3,7	9	33,3	2	7,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	8,3	3	25	3	25	4	33,3	1	8,3		
Toplam	6	9,2	27	41,5	5	7,7	20	30,8	7	10,8		
	c. Hastanedeki personel atıl duruma düşer.											
Hekim Yöneticiler	3	11,5	9	34,6	5	19,2	5	19,2	4	15,4		**
Hastane Yöneticileri	1	3,8	11	42,3	5	19,2	8	30,8	1	3,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	5	41,7	4	33,3	2	16,7	1	8,3		
Toplam	4	6,3	25	39,1	14	21,9	15	23,4	6	9,4		
	ç. Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.											
Hekim Yöneticiler	3	11,5	10	38,5	1	3,8	6	23,1	6	23,1		**
Hastane Yöneticileri	2	7,7	6	23,1	2	7,7	11	42,3	5	19,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	8,3	4	33,3	2	16,7	4	33,3	1	8,3		
Toplam	6	9,4	20	31,3	5	7,8	21	32,8	12	18,8		
	d. Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.											
Hekim Yöneticiler	4	16	7	28	8	32	3	12	3	12		**
Hastane Yöneticileri	2	8,7	10	43,5	5	21,7	4	17,4	2	8,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	10	0	0	5	50	2	20	2	20		
Toplam	7	12,1	17	29,3	18	31	9	15,5	7	12,1		
	e. Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.											
Hekim Yöneticiler	8	30,8	6	23,1	3	11,5	6	23,1	3	11,5		**
Hastane Yöneticileri	3	12,5	10	41,7	6	25	4	16,7	1	4,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	4	33,3	1	8,3	2	16,7	2	16,7	3	25		
Toplam	15	24,2	17	27,4	11	17,7	12	19,4	7	11,3		

Tablo : 46 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	f. Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.											
Hekim Yöneticiler	1	3,8	8	30,8	4	15,4	10	38,5	3	11,5	**	
Hastane Yöneticileri	1	3,6	9	32,1	3	10,7	13	46,4	2	7,1		
Fonksiyonel Yöneticiler	1	8,3	4	33,3	0	0	4	33,3	3	25		
Toplam	3	4,5	21	31,8	7	10,6	27	40,9	8	12,1		
	Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır.											
Hekim Yöneticiler	2	7,7	9	34,6	5	19,2	8	30,8	2	7,7	**	
Hastane Yöneticileri	1	3,6	11	39,3	5	17,9	7	25	4	14,3		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	16,7	2	16,7	6	50	2	16,7		
Toplam	3	4,5	22	33,3	12	18,2	21	31,8	8	12,1		
	h. Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.											
Hekim Yöneticiler	1	3,8	4	15,4	4	15,4	14	53,8	3	11,5	**	
Hastane Yöneticileri	1	4,2	6	25	10	41,7	6	25	1	4,2		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	1	9,1	1	9,1	5	45,5	4	36,4		
Toplam	2	3,3	11	18	15	24,6	25	41	8	13,1		
	i. Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.											
Hekim Yöneticiler	2	7,7	8	30,8	5	19,2	7	26,9	4	15,4	**	
Hastane Yöneticileri	2	7,4	11	40,7	4	14,8	9	33,3	1	3,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	16,7	5	41,7	4	33,3	1	8,3		
Toplam	4	6,2	21	32,3	14	21,5	20	30,8	6	9,2		
	i. Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.											
Hekim Yöneticiler	3	11,1	16	59,3	1	3,7	2	7,4	5	18,5	**	
Hastane Yöneticileri	2	7,7	12	46,2	3	11,5	8	30,8	1	3,8		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	4	33,3	2	16,7	5	41,7	1	8,3		
Toplam	5	7,7	32	49,2	6	9,2	15	23,1	7	10,8		
	j. Hastane hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.											
Hekim Yöneticiler	2	7,7	11	42,3	3	11,5	6	23,1	4	15,4	**	
Hastane Yöneticileri	2	7,4	14	51,9	2	7,4	7	25,9	2	7,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	3	25	1	8,3	6	50	2	16,7		
Toplam	4	6,2	28	43,1	6	9,2	19	29,2	8	12,3		
	k. Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.											
Hekim Yöneticiler	3	11,5	10	38,5	6	23,1	4	15,4	3	11,5	**	
Hastane Yöneticileri	1	3,7	12	44,4	4	14,8	8	29,6	2	7,4		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	2	16,7	5	41,7	4	33,3	1	8,3		
Toplam	4	6,2	24	36,9	15	23,1	16	24,6	6	9,2		
	l. Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.											
Hekim Yöneticiler	2	7,7	8	30,8	6	23,1	5	19,2	5	19,2	**	
Hastane Yöneticileri	1	3,7	11	40,7	4	14,8	10	37	1	3,7		
Fonksiyonel Yöneticiler	0	0	1	8,3	6	50	4	33,3	1	8,3		
Toplam	3	4,6	20	30,8	16	24,6	19	29,2	7	10,8		

*P<0,05, **Test uygulanmamıştır.

Tablo : 46’da görüldüğü gibi yöneticilerin görevlerine göre dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.” görüşüne hekim yöneticilerin % 37’sinin, hastane yöneticilerinin ve fonksiyonel yöneticilerin ise %50’sinin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.” görüşüne hekim yöneticilerin % 38,5’ i, hastane yöneticilerinin %51,9’u katılmıyorum cevabını verirken, fonksiyonel yöneticilerin % 33,3’ünün katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanedeki personel atıl duruma düşer.” görüşüne hekim yöneticilerin % 34,6’sının, hastane yöneticilerinin % 42,3’ünün, fonksiyonel yöneticilerin % 41,7’sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.” görüşüne hekim yöneticilerin % 38,5’inin katılmıyorum, hastane yöneticilerin % 42,3’ünün, fonksiyonel yöneticilerin % 33,3’ünün katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.” görüşüne hekim yöneticilerin % 32’sinin kararsızım, hastane yöneticilerinin % 43,5’inin katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 50’sinin kararsızım cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.” görüşüne hekim yöneticilerin % 30,8’ inin kesinlikle katılmıyorum, hastane yöneticilerinin % 41,7’ sinin katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 33,3’ünün ise kesinlikle katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.” görüşüne hekim yöneticilerin % 38,5’inin katılıyorum, hastane yöneticilerinin % 46,4’ünün katılıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 33,3’ünün katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır.” görüşüne hekim yöneticilerin % 34,6’ının katılmıyorum, hastane yöneticilerinin % 39,3’ünün katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 50’sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.” görüşüne hekim yöneticilerin % 53,8’inin katılmıyorum, hastane yöneticilerinin % 41,7’sinin kararsızım, fonksiyonel yöneticilerin % 45,5’inin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.” görüşüne hekim yöneticilerin % 30,8’inin katılmıyorum, hastane yöneticilerinin % 40,7’sinin katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 41,7’sinin kararsızım cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.” görüşüne hekim yöneticilerin % 59,3’ünün katılmıyorum, hastane yöneticilerinin % 46,2’sinin katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 41,7’sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.” görüşüne hekim yöneticilerin % 42,3’ünün katılmıyorum, hastane yöneticilerinin % 51,9’unun katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 50’sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.” görüşüne hekim yöneticilerin % 38,5’inin katılmıyorum, hastane yöneticilerinin %44,4’ünün katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 41,7’sinin kararsızım cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.” görüşüne hekim yöneticilerin % 30,8’inin katılmıyorum, hastane yöneticilerinin % 40,7’sinin katılmıyorum, fonksiyonel yöneticilerin % 50’sinin kararsızım cevabını verdikleri görülmektedir.

Tablo : 47’de yöneticilerin yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ile dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenleri arasındaki dağılım gösterilmektedir.

Tablo : 47
Yöneticilik Eğitimi Alıp-Almama Durumuna Göre
Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri Arasındaki Dağılım

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.												
Eğitim Alan	2	5,7	7	20	5	14,3	19	54,3	2	5,7		**
Eğitim Almayan	2	6,7	4	13,3	3	10	11	36,7	10	33,3		
Toplam	4	6,2	11	16,9	8	12,3	30	46,2	12	18,5		
b. Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.												
Eğitim Alan	2	5,9	17	50	4	11,8	10	29,4	1	2,9		**
Eğitim Almayan	4	13,8	9	31	1	3,4	10	34,5	5	17,2		
Toplam	6	9,5	26	41,3	5	7,9	20	31,7	6	9,5		
c. Hastanedeki personel atıl duruma düşer.												
Eğitim Alan	1	2,9	15	44,1	9	26,5	9	26,5	0	0		**
Eğitim Almayan	3	10,7	9	32,1	5	17,9	5	17,9	6	21,4		
Toplam	4	6,5	24	38,7	14	22,6	14	22,6	6	9,7		
ç. Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.												
Eğitim Alan	3	8,8	11	32,4	4	11,8	13	38,2	3	8,8		**
Eğitim Almayan	3	10,7	8	28,6	1	3,6	8	28,6	8	28,6		
Toplam	6	9,7	19	30,6	5	8,1	21	33,9	11	17,7		
d. Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.												
Eğitim Alan	4	12,5	7	21,9	13	40,6	5	15,6	3	9,4		**
Eğitim Almayan	2	8,3	9	37,5	5	20,8	4	16,7	4	16,7		
Toplam	6	10,7	16	28,6	18	32,1	9	16,1	7	12,5		
e. Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.												
Eğitim Alan	7	21,9	10	31,3	8	25	5	15,6	2	6,3	5,38	0,25
Eğitim Almayan	8	28,6	5	17,9	3	10,7	7	25	5	17,9		
Toplam	15	25	15	25	11	18,3	12	20	7	11,7		
f. Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.												
Eğitim Alan	2	5,7	11	31,4	3	8,6	17	48,6	2	5,7		**
Eğitim Almayan	1	3,4	8	27,6	4	13,8	10	34,5	6	20,7		
Toplam	3	4,7	19	29,7	7	10,9	27	42,2	8	12,5		
g. Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır												
Eğitim Alan	1	2,9	10	28,6	8	22,9	13	37,1	3	8,6		**
Eğitim Almayan	2	6,9	10	34,5	4	13,8	8	27,6	5	17,2		
Toplam	3	4,7	20	31,3	12	18,8	21	32,8	8	12,5		

Tablo : 47 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	h. Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.											
Eğitim Alan	1	3,1	6	18,8	9	28,1	13	40,6	3	9,4		
Eğitim Almayan	1	3,7	4	14,8	6	22,2	11	40,7	5	18,5		
Toplam	2	3,4	10	16,9	15	25,4	24	40,7	8	13,6		**
	i. Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.											
Eğitim Alan	2	5,7	12	34,3	8	22,9	13	37,1	0	0		**
Eğitim Almayan	2	7,1	7	25	6	21,4	7	25	6	21,4		**
Toplam	4	6,3	19	30,2	14	22,2	20	31,7	6	9,5		**
	i. Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.											
Eğitim Alan	2	6,1	18	54,5	4	12,1	8	24,2	1	3		**
Eğitim Almayan	3	10	13	43,3	2	6,7	7	23,3	5	16,7		**
Toplam	5	7,9	31	49,2	6	9,5	15	23,8	6	9,5		**
	j. Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.											
Eğitim Alan	2	5,7	15	42,9	4	11,4	11	31,4	3	8,6		**
Eğitim Almayan	2	7,1	12	42,9	2	7,1	8	28,6	4	14,3		**
Toplam	4	6,3	27	42,9	6	9,5	19	30,2	7	11,1		**
	k. Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur..											
Eğitim Alan	1	2,9	11	32,4	12	35,3	9	26,5	1	2,9		**
Eğitim Almayan	3	10,3	12	41,4	3	10,3	7	24,1	4	13,8		**
Toplam	4	6,3	23	36,5	15	23,8	16	25,4	5	7,9		**
	l. Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileycidir.											
Eğitim Alan	1	2,9	11	32,4	9	26,5	12	35,3	1	2,9		**
Eğitim Almayan	2	6,9	8	27,6	7	24,1	7	24,1	5	17,2		**
Toplam	3	4,8	19	30,2	16	25,4	19	30,2	6	9,5		**

*P<0,05, **Test uygulanmamıştır.

Tablo : 47’de görüldüğü gibi dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 54,3’ünün katılıyorum, yöneticilik eğitimi almayanların ise % 36,7’sinin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 50’sinin katılmıyorum, yöneticilik eğitimi almayanların ise % 34,5’inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanedeki personel atıl duruma düşer.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 44,1’ inin, yöneticilik eğitimi almayanların ise % 32,1’ inin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 38,2’ isinin, yöneticilik eğitimi almayanların ise % 28,6’ ısının katılıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 40,6’ sının kararsız, yöneticilik eğitimi almayanların % 37,5’ inin katılmıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 31,3’ ünün katılmıyorum, yöneticilik eğitimi almayanların % 28,6’ sının ise kesinlikle katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 48,6’ sının katılıyorum, yöneticilik eğitimi almayanların % 34,5’ inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 37,1’ inin katılıyorum, yöneticilik eğitimi almayanların % 34,5’ inin katılmıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 40,6’ sının, yöneticilik eğitimi almayanların ise % 40,7’ sinin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 37,1’inin, yöneticilik eğitimi almayanların ise % 25’inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 54,5’inin, yöneticilik eğitimi almayanların ise % 43,3’ünün katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların ve yöneticilik eğitimi almayanların % 42,9’ünün katılmıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 35,3’ünün kararsızım, yöneticilik eğitimi almayanların % 41,4’ünün katılmıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.” görüşüne yöneticilik eğitimi alanların % 35,3’ünün katılıyorum, yöneticilik eğitimi almayanların % 27,6’sının katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Tablo : 48’te yöneticilerin yöneticilik süresi ile dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenleri arasındaki dağılım gösterilmektedir.

Tablo : 48
Yöneticilik Sürelerine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri
Arasındaki Dağılım

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.											
0-3 Yıl	2	10,5	4	21,1	4	21,1	8	42,1	1	5,3		
4-6 Yıl	1	11,1	0	0	0	0	6	66,7	2	22,2		
7-9 Yıl	0	0	3	33,3	2	22,2	2	22,2	2	22,2		**
10+ Yıl	1	3,4	4	13,8	2	6,9	14	48,3	8	27,6		
Toplam	4	6,1	11	16,7	8	12,1	30	45,5	13	19,7		
	b. Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.											
0-3 Yıl	3	15,8	10	52,6	0	0	6	31,6	0	0		
4-6 Yıl	1	11,1	2	22,2	1	11,1	3	33,3	2	22,2		
7-9 Yıl	1	11,1	4	44,4	0	0	4	44,4	0	0		**
10+ Yıl	1	3,7	11	40,7	3	11,1	7	25,9	5	18,5		
Toplam	6	9,4	27	42,2	4	6,3	20	31,3	7	10,9		
	c. Hastanedeki personel atıl duruma düşer.											
0-3 Yıl	2	10,5	9	47,4	4	21,1	4	21,1	0	0		
4-6 Yıl	1	12,5	0	0	4	50	1	12,5	2	25		
7-9 Yıl	0	0	5	55,6	1	11,1	2	22,2	1	11,1		**
10+ Yıl	1	3,7	11	40,7	4	14,8	8	29,6	3	11,1		
Toplam	4	6,3	25	39,7	13	20,6	15	23,8	6	9,5		
	ç. Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.											
0-3 Yıl	1	5,3	6	31,6	3	15,8	6	31,6	3	15,8		
4-6 Yıl	2	25	1	12,5	1	12,5	3	37,5	1	12,5		**
7-9 Yıl	1	11,1	4	44,4	1	11,1	1	11,1	2	22,2		
10+ Yıl	1	3,7	9	33,3	0	0	11	40,7	6	22,2		
Toplam	5	7,9	20	31,7	5	7,9	21	33,3	12	19		
	d. Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.											
0-3 Yıl	1	5,6	8	44,4	5	27,8	3	16,7	1	5,6		
4-6 Yıl	0	0	0	0	3	50	1	16,7	2	33,3		**
7-9 Yıl	2	25	2	25	3	37,5	1	12,5	0	0		
10+ Yıl	4	16	7	28	6	24	4	16	4	16		
Toplam	7	12,3	17	29,8	17	29,8	9	15,8	7	12,3		
	e. Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.											
0-3 Yıl	3	16,7	3	16,7	6	33,3	5	27,8	1	5,6		
4-6 Yıl	3	37,5	0	0	1	12,5	2	25	2	25		**
7-9 Yıl	1	11,1	5	55,6	1	11,1	2	22,2	0	0		
10+ Yıl	7	26,9	9	34,6	3	11,5	3	11,5	4	15,4		
Toplam	14	23	17	27,9	11	18	12	19,7	7	11,5		

Tablo : 48 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	f. Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.											
0-3 Yıl	0	0	7	36,8	2	10,5	9	47,4	1	5,3		
4-6 Yıl	2	25	2	25	0	0	4	50	0	0		
7-9 Yıl	0	0	4	44,4	0	0	4	44,4	1	11,1		
10+ Yıl	1	3,4	8	27,6	5	17,2	9	31	6	20,7		
Toplam	3	4,6	21	32,3	7	10,8	26	40	8	12,3		
	g. Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır											
0-3 Yıl	0	0	9	47,4	3	15,8	7	36,8	0	0		**
4-6 Yıl	2	25	0	0	2	25	4	50	0	0		**
7-9 Yıl	0	0	2	22,2	1	11,1	5	55,6	1	11,1		**
10+ Yıl	1	3,4	11	37,9	6	20,7	4	13,8	7	24,1		**
Toplam	3	4,6	22	33,8	12	18,5	20	30,8	8	12,3		**
	h. Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.											
0-3 Yıl	0	0	6	33,3	4	22,2	6	33,3	2	11,1		**
4-6 Yıl	1	12,5	0	0	3	37,5	3	37,5	1	12,5		**
7-9 Yıl	0	0	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0	0		**
10+ Yıl	1	4	4	16	6	24	9	36	5	20		**
Toplam	2	3,3	11	18,3	15	25	24	40	8	13,3		**
	ı. Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.											
0-3 Yıl	1	5,3	4	21,1	8	42,1	6	31,6	0	0		**
4-6 Yıl	2	25	1	12,5	1	12,5	2	25	2	25		**
7-9 Yıl	0	0	3	33,3	1	11,1	4	44,4	1	11,1		**
10+ Yıl	1	3,6	13	46,4	4	14,3	7	25	3	10,7		**
Toplam	4	6,3	21	32,8	14	21,9	19	29,7	6	9,4		**
	i. Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.											
0-3 Yıl	2	10,5	12	63,2	1	5,3	4	21,1	0	0		**
4-6 Yıl	2	25	2	25	1	12,5	2	25	1	12,5		**
7-9 Yıl	0	0	4	44,4	1	11,1	3	33,3	1	11,1		**
10+ Yıl	1	3,6	14	50	2	7,1	6	21,4	5	17,9		**
Toplam	5	7,8	32	50	5	7,8	15	23,4	7	10,9		**
	j. Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.											
0-3 Yıl	1	5,3	12	63,2	3	15,8	3	15,8	0	0		**
4-6 Yıl	2	25	0	0	2	25	2	25	2	25		**
7-9 Yıl	0	0	3	33,3	0	0	5	55,6	1	11,1		**
10+ Yıl	1	3,6	13	46,4	0	0	9	32,1	5	17,9		**
Toplam	4	6,3	28	43,8	5	7,8	19	29,7	8	12,5		**

Tablo : 48 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
k. Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.												
0-3 Yıl	2	10,5	8	42,1	3	15,8	6	31,6	0	0		**
4-6 Yıl	1	12,5	2	25	2	25	2	25	1	12,5		
7-9 Yıl	0	0	5	55,6	2	22,2	2	22,2	0	0		
10+ Yıl	1	3,6	9	32,1	8	28,6	5	17,9	5	17,9		
Toplam	4	6,3	24	37,5	15	23,4	15	23,4	6	9,4		
l. Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.												
0-3 Yıl	1	5,6	7	38,9	3	16,7	6	33,3	1	5,6		**
4-6 Yıl	1	12,5	3	37,5	2	25	1	12,5	1	12,5		
7-9 Yıl	0	0	3	33,3	4	44,4	1	11,1	1	11,1		
10+ Yıl	1	3,4	7	24,1	7	24,1	10	34,5	4	13,8		
Toplam	3	4,7	20	31,3	16	25	18	28,1	7	10,9		

**Test uygulanmamıştır.

Tablo : 48'te görüldüğü gibi yöneticilik sürelerine göre dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir." görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 42,1' inin katılıyorum, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 66,7'sinin katılıyorum, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 33,3'ünün katılmıyorum ve 10+ yıl hizmet süresi olanların % 48,3'ünün katılıyorum cevabı verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder." görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 52,6'sı katılmıyorum, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 33,3'ü katılıyorum, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 44,4'ü katılmıyorum ve 10+ yıl yöneticilik yapanların % 40,7' si katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hastanedeki personel atıl duruma düşer." görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 47,4' ünün katılmıyorum, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 50'sinin kararsızım, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 55,6' sının katılmıyorum ve 10+ yıldır yöneticilik yapanların % 40,7'sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.” görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 31,6’sının katılmıyorum, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 37,5’inin katılıyorum, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 44,4’ünün katılmıyorum ve 10+ yıl hizmeti olan yöneticilerin % 40,7’sinin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.” görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 44,4’ünün katılmıyorum, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 37,5’inin kararsızım, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 37,5’inin kararsızım ve 10+yıldır yöneticilik yapanların % 28’inin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.” görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 33,3’ünün kararsızım, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 37,5’inin kesinlikle katılmıyorum, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 55,6’sının katılmıyorum ve 10 + yıl yöneticilik yapanların %27,9’unun katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.” görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 47,4’ünün katılıyorum, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 50’inin katılıyorum, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 44,4’ünün katılmıyorum ve 10+ yıl hizmeti olanların % 27,6’ının katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır.” görüşüne 0-3 yıl arası yöneticilik yapanların % 47,4’ünün katılmıyorum, 4-6 yıl arası yöneticilik yapanların % 50’sinin katılıyorum, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 55,6’ının katılıyorum ve 10+ yıl yöneticilik yapanların %37,9’unun katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.” görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik

yapanların % 33,3' ünün katılmıyorum, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 37,5'inin katılıyorum, 7-9 yıl arasında yöneticilik yapanların % 66,7'sinin katılıyorum ve 10+ yıldır yöneticilik yapanların % 36' sının katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür." görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanların %42,1'inin kararsızım, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 25'inin katılıyorum, 7-9 yıl arasında yöneticilik yapanların % 44,4' ünün katılıyorum ve 10+ yıldır yöneticilik yapanların % 46,4'ünün katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir." görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanların % 63,2' sinin katılmıyorum, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 25'inin katılıyorum, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 44,4'ünün katılıyorum ve 10 + yıldır yöneticilik yapanların % 50'sinin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder." görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanların % 63,2' sinin katılıyorum, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 25'inin katılıyorum, 7-9 yıl arasında yöneticilik yapanların % 55,6'sının katılıyorum ve 10+ yıldır yöneticilik yapanların % 43' ünün katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Tablo : 49' da yöneticilerin yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ile dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenleri arasındaki dağılım gösterilmektedir.

Tablo : 49
Hastane Mülkiyetine Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama
Nedenleri Arasındaki Dağılım

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	a. Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.											
Kamu Hastaneleri	4	14,8	7	25,9	3	11,1	9	33,3	4	14,8		
Özel Hastaneler	0	0	5	12,5	5	12,5	21	52,5	9	22,5		
Toplam	4	6	12	17,9	8	11,9	30	44,8	13	19,4		**
	b. Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.											
Kamu Hastaneleri	3	11,5	16	61,5	1	3,8	5	19,2	1	3,8		
Özel Hastaneler	3	7,7	11	28,2	4	10,3	15	38,5	6	15,4		
Toplam	6	9,2	27	41,5	5	7,7	20	30,8	7	10,8		**
	c. Hastanedeki personel atıl duruma düşer.											
Kamu Hastaneleri	3	11,5	12	46,2	2	7,7	8	30,8	1	3,8		
Özel Hastaneler	1	2,6	13	34,2	12	31,6	7	18,4	5	13,2		
Toplam	4	6,3	25	39,1	14	21,9	15	23,4	6	9,4		**
	ç. Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.											
Kamu Hastaneleri	2	7,7	4	15,4	2	7,7	12	46,2	6	23,1		
Özel Hastaneler	4	10,5	16	42,1	3	7,9	9	23,7	6	15,8		
Toplam	6	9,4	20	31,3	5	7,8	21	32,8	12	18,8		**
	d. Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.											
Kamu Hastaneleri	1	4	12	48	4	16	6	24	2	8		
Özel Hastaneler	6	18,2	5	15,2	14	42,4	3	9,1	5	15,2		
Toplam	7	12,1	17	29,3	18	31	9	15,5	7	12,1		**
	e. Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.											
Kamu Hastaneleri	1	4	9	36	7	28	6	24	2	8		
Özel Hastaneler	14	37,8	8	21,6	4	10,8	6	16,2	5	13,5		
Toplam	15	24,2	17	27,4	11	17,7	12	19,4	7	11,3		**
	f. Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.											
Kamu Hastaneleri	1	3,8	9	34,6	3	11,5	11	42,3	2	7,7		
Özel Hastaneler	2	5	12	30	4	10	16	40	6	15		
Toplam	3	4,5	21	31,8	7	10,6	27	40,9	8	12,1		**
	g. Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır											
Kamu Hastaneleri	1	3,8	14	53,8	4	15,4	5	19,2	2	7,7		
Özel Hastaneler	2	5	8	20	8	20	16	40	6	15		
Toplam	3	4,5	22	33,3	12	18,2	21	31,8	8	12,1		**

Tablo : 49 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	h. Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.											
Kamu Hastaneleri	1	4	8	32	8	32	6	24	2	8		
Özel Hastaneler	1	2,8	3	8,3	7	19,4	19	52,8	6	16,7		
Toplam	2	3,3	11	18	15	24,6	25	41	8	13,1		**
	i. Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.											
Kamu Hastaneleri	3	11,5	8	30,8	8	30,8	6	23,1	1	3,8		
Özel Hastaneler	1	2,6	13	33,3	6	15,4	14	35,9	5	12,8		
Toplam	4	6,2	21	32,3	14	21,5	20	30,8	6	9,2		**
	i. Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.											
Kamu Hastaneleri	4	16	13	52	2	8	5	20	1	4		
Özel Hastaneler	1	2,5	19	47,5	4	10	10	25	6	15		
Toplam	5	7,7	32	49,2	6	9,2	15	23,1	7	10,8		**
	j. Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.											
Kamu Hastaneleri	3	11,5	16	61,5	2	7,7	3	11,5	2	7,7		
Özel Hastaneler	1	2,6	12	30,8	4	10,3	16	41	6	15,4		
Toplam	4	6,2	28	43,1	6	9,2	19	29,2	8	12,3		**
	k. Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.											
Kamu Hastaneleri	3	11,5	13	50	4	15,4	4	15,4	2	7,7		
Özel Hastaneler	1	2,6	11	28,2	11	28,2	12	30,8	4	10,3		
Toplam	4	6,2	24	36,9	15	23,1	16	24,6	6	9,2		**
	l. Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.											
Kamu Hastaneleri	2	7,7	11	42,3	4	15,4	7	26,9	2	7,7		
Özel Hastaneler	1	2,6	9	23,1	12	30,8	12	30,8	5	12,8		
Toplam	3	4,6	20	30,8	16	24,6	19	29,2	7	10,8		**

**Test uygulanmamıştır.

Tablo : 49'da görüldüğü gibi dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir." görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 33,3'ünün özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 52,5'inin "katılıyorum" cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, "Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder." görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 61,5'inin katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 38,5'inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanedeki personel atıl duruma düşer.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 46,2’ sinin, özel hastanelerin yöneticilerinin % 34,2’ sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 46,2’ sinin katılıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 42,1’ inin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 48’ inin katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin % 42,4’ ünün kararsızım cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 36’ sının katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin % 37,8’ inin kesinlikle katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 42,3’ ünün, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 40’ inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 53,8’ inin katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin % 40’ inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 32’ sinin katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 52,8’ inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 30,8’ inin katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin % 35,9’ unun katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir. Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak,

“Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 52’sinin, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 47,5’inin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir. Dış kaynak kullanmama nedeni olarak, “Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 61,5’inin katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 41’inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin % 50’sinin katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 30,8’inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.” görüşüne kamu hastanelerinin % 42,3’ünün katılmıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 30,8’inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir. Tablo : 50’de hastane büyüklükleri ile dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenleri arasındaki dağılım gösterilmektedir.

Tablo : 50

Hastane Büyüklüğüne Göre Dış Kaynak Kullanımından Yararlanmama Nedenleri Arasındaki Dağılım

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
a. Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.												**
30-50 Yatak	2	4,9	8	19,5	6	14,6	16	39	9	22		
51-100 Yatak	0	0	2	18,2	1	9,1	6	54,5	2	18,2		
101-200 Yatak	0	0	0	0	1	14,3	5	71,4	1	14,3		
201+Yatak	2	25	2	25	0	0	3	37,5	1	12,5		
Toplam	4	6	12	17,9	8	11,9	30	44,8	13	19,4		
b. Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.												**
30-50 Yatak	4	10	18	45	2	5	12	30	4	10		
51-100 Yatak	0	0	3	27,3	1	9,1	5	45,5	2	18,2		
101-200 Yatak	1	16,7	2	33,3	0	0	2	33,3	1	16,7		
201+Yatak	1	12,5	4	50	2	25	1	12,5	0	0		
Toplam	6	9,2	27	41,5	5	7,7	20	30,8	7	10,8		
c. Hastanedeki personel atıl duruma düşer.												**
30-50 Yatak	3	7,5	14	35	10	25	11	27,5	2	5		
51-100 Yatak	0	0	5	50	2	20	1	10	2	20		
101-200 Yatak	0	0	2	33,3	1	16,7	2	33,3	1	16,7		
201+Yatak	1	12,5	4	50	1	12,5	1	12,5	1	12,5		
Toplam	4	6,3	25	39,1	14	21,9	15	23,4	6	9,4		

Tablo : 50 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	ç. Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.											
30-50 Yatak	4	10	14	35	4	10	10	25	8	20		**
51-100 Yatak	0	0	3	30	1	10	4	40	2	20		
101-200 Yatak	0	0	2	33,3	0	0	3	50	1	16,7		
201+Yatak	2	25	1	12,5	0	0	4	50	1	12,5		
Toplam	6	9,4	20	31,3	5	7,8	21	32,8	12	18,8		
	d. Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.											
30-50 Yatak	5	14,3	10	28,6	11	31,4	7	20	2	5,7		**
51-100 Yatak	2	22,2	1	11,1	3	33,3	1	11,1	2	22,2		
101-200 Yatak	0	0	2	33,3	1	16,7	1	16,7	2	33,3		
201+Yatak	0	0	4	50	3	37,5	0	0	1	12,5		
Toplam	7	12,1	17	29,3	18	31	9	15,5	7	12,1		
	e. Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.											
30-50 Yatak	12	31,6	9	23,7	7	18,4	7	18,4	3	7,9		**
51-100 Yatak	3	30	4	40	0	0	1	10	2	20		
101-200 Yatak	0	0	2	33,3	0	0	2	33,3	2	33,3		
201+Yatak	0	0	2	25	4	50	2	25	0	0		
Toplam	15	24,2	17	27,4	11	17,7	12	19,4	7	11,3		
	f. Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.											
30-50 Yatak	3	7,3	14	34,1	5	12,2	16	39	3	7,3		**
51-100 Yatak	0	0	3	27,3	1	9,1	5	45,5	2	18,2		
101-200 Yatak	0	0	1	16,7	0	0	4	66,7	1	16,7		
201+Yatak	0	0	3	37,5	1	12,5	2	25	2	25		
Toplam	3	4,5	21	31,8	7	10,6	27	40,9	8	12,1		
	g. Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır											
30-50 Yatak	1	2,5	11	27,5	10	25	13	32,5	5	12,5		**
51-100 Yatak	1	9,1	3	27,3	3	27,3	3	27,3	1	9,1		
101-200 Yatak	0	0	3	50	0	0	2	33,3	1	16,7		
201+Yatak	1	12,5	3	37,5	3	37,5	1	12,5	0	0		
Toplam	3	4,6	20	30,8	16	24,6	19	29,2	7	10,8		
	h. Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.											
30-50 Yatak	2	5,3	7	18,4	8	21,1	16	42,1	5	13,2		**
51-100 Yatak	0	0	1	11,1	2	22,2	4	44,4	2	22,2		
101-200 Yatak	0	0	1	16,7	2	33,3	2	33,3	1	16,7		
201+Yatak	0	0	2	25	3	37,5	3	37,5	0	0		
Toplam	2	3,3	11	18	15	24,6	25	41	8	13,1		

Tablo : 50 Devam

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
ı. Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.												
30-50 Yatak	3	7,3	13	31,7	6	14,6	17	41,5	2	4,9		**
51-100 Yatak	0	0	4	40	3	30	1	10	2	20		
101-200 Yatak	0	0	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7		
201+Yatak	1	12,5	2	25	3	37,5	1	12,5	1	12,5		
Toplam	4	6,2	21	32,3	14	21,5	20	30,8	6	9,2		
i. Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.												
30-50 Yatak	3	7,7	20	51,3	4	10,3	9	23,1	3	7,7		**
51-100 Yatak	0	0	5	41,7	2	16,7	2	16,7	3	25		
101-200 Yatak	0	0	3	50	0	0	2	33,3	1	16,7		
201+Yatak	2	25	4	50	0	0	2	25	0	0		
Toplam	5	7,7	32	49,2	6	9,2	15	23,1	7	10,8		
j. Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.												
30-50 Yatak	2	4,9	17	41,5	5	12,2	12	29,3	5	12,2		**
51-100 Yatak	0	0	5	50	0	0	3	30	2	20		
101-200 Yatak	0	0	2	33,3	1	16,7	2	33,3	1	16,7		
201+Yatak	2	25	4	50	0	0	2	25	0	0		
Toplam	4	6,2	28	43,1	6	9,2	19	29,2	8	12,3		
m. Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.												
30-50 Yatak	2	5	13	32,5	9	22,5	12	30	4	10		**
51-100 Yatak	1	9,1	3	27,3	3	27,3	3	27,3	1	9,1		
101-201 Yatak	0	0	3	50	1	16,7	1	16,7	1	16,7		
201+Yatak	1	12,5	5	62,5	2	25	0	0	0	0		
Toplam	4	6,2	24	36,9	15	23,1	16	24,6	6	9,2		
n. Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.												
30-50 Yatak	1	2,5	11	27,5	10	25	13	32,5	5	12,5		**
51-100 Yatak	1	9,1	3	27,3	3	27,3	3	27,3	1	9,1		
101-201 Yatak	0	0	3	50	0	0	2	33,3	1	16,7		
201+Yatak	1	12,5	3	37,5	3	37,5	1	12,5	0	0		
Toplam	3	4,6	20	30,8	16	24,6	19	29,2	7	10,8		

**Test uygulanmamıştır.

Tablo : 50’de görüldüğü gibi, dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 39’unun, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 54,5’inin, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 71,4’ünün ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 37,5’inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin % 45’inin katılmıyorum, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 45,5’inin katılıyorum, 101-200 kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3’ünün katılmıyorum ve 201+ kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 50’ sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanedeki personel atıl duruma düşer.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 35’inin, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin % 50’sinin, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin % 33,3’ ünün ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin % 50’sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin % 35’inin katılmıyorum, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 40’ının, 101-200 yatak kapasiteli ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 50’sinin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 28,6’ sının katılmıyorum, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3’ ünün kararsızım, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3’ ünün katılmıyorum ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 50’ sinin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 31,6’ sının kesinlikle katılmıyorum, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 40’ının katılmıyorum, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3’ ünün katılmıyorum ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 50’sinin kararsızım cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 39’ unun, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 45,5’inin , 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 66,7’sinin katılıyorum,

201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 37,5' inin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Pazarda yeterli nitelik ve sayıda hizmet sağlayıcı firma bulunmamaktadır.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 32,5'inin , 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin % 27,3'ünün katılıyorum, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin % 50'sinin ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin % 37,5' inin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet sunan hizmet sağlayıcı firmaların fiyat teklifleri yüksektir.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin %42,1'inin, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 44,4'ünün, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3' ünün ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 37,5' inin katılıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin %41,5'inin katılıyorum, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 40'ının, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3'ünün katılıyorum ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 37,5'inin kararsızım cevabını verdikleri görülmektedir.

Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedeni olarak, “Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 51,3' ünün, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 41,7'sinin, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 50'sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

“Hastane, hizmet sağlayıcının sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 41,5'inin, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 50' sinin, 101-201 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3' ünün ve 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 50'sinin katılmıyorum cevabını verdikleri görülmektedir.

4. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

40. Sonuçlar

Dış kaynak kullanımı iş modelinin, Türkiye’de hastane hizmetlerindeki uygulamalarını tespit ederek, bu uygulamaların sonuçları hakkında oluşan yönetsel görüşü hastanelerin ve yöneticilerin özellikleri açısından ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Dış kaynak kullanılan hastanelerde en çok dış kaynak kullanımından yararlanan hizmet türlerinin işletme destek hizmetleriyle ilgili alanlarda; % 73 ile temizlik, % 55 ile bilgi işlem, % 43 ile yemek, medikal hizmetlerle ilgili alanlarda ise % 12 ile laboratuvar hizmetleri, % 11 ile tıbbi görüntüleme hizmetleri, % 7 ile ambulans hizmetleri olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre Türkiye’deki hastanelerde dış kaynak kullanım yönteminin ağırlıklı olarak işletme destek hizmetleriyle ilgili alanlarda kullanıldığı, tıbbi hizmetlerle ilgili alanlarda ise daha sınırlı bir kullanımının olduğu söylenebilir.

2. Yöneticilerin hastanelerde dış kaynak kullanımından yararlanan hizmet türlerinden % 97 oranıyla en çok sekreterlik hizmetlerinden memnun oldukları tespit edilmiştir. Bunu sırasıyla çamaşırhane hizmetlerinin % 96, hemşirelik hizmetlerinin % 95, faturalama hizmetlerinin % 94, temizlik, yemek, personel taşıma hizmetleri ve bahçe işlemlerinin % 93, ilaçlama hizmetlerinin % 92, hastane yönetimi ve tıbbi görüntüleme hizmetlerinin % 91, muhasebe, ve teknisyenlik hizmetlerinin % 89, hekim hizmetlerinin % 88 ve diğer hizmet türlerinin takip ettiği saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre hastane yönetimlerinin kurumsal olarak dış kaynak kullanımından yararlandıkları hizmetlerden yüksek oranda memnun oldukları ileri sürülebilir. Tıbbi hizmetlerde dış kaynak kullanımından yararlanma oranı düşük olmasına rağmen dış kaynak kullanımıyla yararlanan hizmetlerden yöneticilerin yüksek oranda memnun olduğu söylenebilir.

3. Hastanelerin büyüklükleri ile temizlik, yemek, bilgi işlem, güvenlik, sekreterlik, çamaşırhane ve tıbbi görüntüleme hizmetlerinde dış kaynak kullanımından yararlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Hastane büyüklüğündeki artışa bağlı olarak bahsedilen hizmet türlerinde dış kaynak kullanımından yararlanma oranının arttığı söylenebilir. Tıbbi görüntüleme hizmetlerinde 30-50 yatak kapasiteli hastanelerde bu oranın 51-100 yatak kapasiteli hastanelere göre düşük çıkmasının nedeni, özel hastanelerin, büyük sabit sermaye yatırımı gerektiren ve ancak belirli ölçekteki hastaneler için fizibil olabilecek bu hizmetleri dış opsiyonları kullanarak temin etme eğiliminden kaynaklanabilir.

4. Hastanelerin mülkiyeti ile temizlik, yemek, bilgi işlem, sekreterlik, otopark, bina bakım onarım, personel taşıma, ilaçlama, faturalama, danışmanlık, ambulans, klinik teşhis ekipman bakımı ve hekim hizmetlerinde dış kaynak kullanımından yararlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanelerinin özel hastanelere göre temizlik, yemek, bilgi işlem, sekreterlik ve faturalama hizmetlerinde; özel hastanelerin ise kamu hastanelerine göre otopark, danışmanlık, ambulans, klinik teşhis ekipman bakımı, bina bakım onarım, hekim hizmetleri ve ilaçlama hizmetlerinde daha yüksek oranda dış kaynak kullanımından yararlandıkları söylenebilir.

Bu durumun özel sektör hastanelerinin yapısal özellikleriyle ilgili olduğu düşünülebilir. Türkiye’de faaliyet gösteren özel hastanelerin; genelde metropol kentlerde yoğunlaşmalarının, hastane mimarisine uygun olarak tasarlanmış olmamalarının ve apartman binalarda faaliyet göstermelerinin, otopark hizmetlerine ve bina bakım onarım hizmetlerine olan ihtiyacı; kârlılık esasına dayalı faaliyetlerinin, mali müşavirlik ve benzeri danışmanlık hizmetlerine olan ihtiyacı; hekimlerin yarı zamanlı olarak özel hastanelerde de çalışma olanaklarına sahip olmalarının, özel sektörde hekim hizmetlerinin daha fazla kullanımını, ortaya çıkarabileceği ileri sürülebilir.

5. Hastanelerin büyüklüğü ile dış kaynak kullanım (hizmet alım) tutarları arasında, doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki ve anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin büyüklüklerine göre hizmet alım tutarları aşağıdaki gibidir:

- a. 30-50 yataklı hastanelerin ortalama hizmet alım tutarları 316 Bin YTL,
- b. 51 -100 yataklı hastanelerin ortalama hizmet alım tutarları 640 Bin YTL,
- c. 101-200 yataklı hastanelerin ortalama hizmet alım tutarları 1234 Bin YTL,
- ç. 201+ yataklı hastanelerin ortalama hizmet alım tutarları ise 4336 Bin YTL'dir.

Bu sonuçlara göre yatak kapasitesi arttıkça hizmet alım tutarlarının da arttığı söylenebilir.

6. Hastanelerin büyüklüğüne göre, kullandıkları hizmet sağlayıcı firma personel sayıları arasında, istatistiksel olarak doğrusal pozitif yönlü anlamlı ilişki ve anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre yatak kapasitesi arttıkça hizmet sağlayıcı firma personel sayısının arttığı söylenebilir. Bu durum hastanelerin örgütsel yapısındaki büyümeye bağlı olarak, personel sayısındaki artıştan ya da türev hizmetlerde dış kaynak kullanımından yararlanılmasından kaynaklanabilir.

7. Hastane mülkiyetine göre kamu ve özel hastanelerin hizmet alım tutarları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilememiştir. Bu durumun özel sektör hastanelerinin finansal verilerini paylaşmaktaki tutumuyla ilgili olduğu düşünülebilir.

8. Hastane mülkiyetine göre, hastanelerin hizmet sağlayıcı firma personeli sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Hizmet sağlayıcı firma personel sayısı ortalaması kamu hastanelerinde 95, özel hastanelerde ise 55 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre kamu hastanelerinin kullandıkları hizmet sağlayıcı firma personel sayısının özel sektör hastanelerine göre daha fazla olduğu söylenebilir. Özel hastanelerin, kamu hastanelerine göre daha küçük kapasiteli hastaneler olmaları nedeniyle hizmet sağlayıcı firma personel sayılarının da daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

9. Yöneticilerin dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerine katımlarının (katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevaplarının toplamı) aşağıdaki gibi sıralandığı tespit edilmiştir.

- a. Hizmetin kalitesini yükseltir. % 86,6
- b. Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir. % 85,7
- c. Hasta tatminini yükseltir. % 82,7
- ç. Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar % 82,4
- d. Hasta bakımında devamlılığı sağlar. % 80,5
- e. Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir. % 80,4
- f. Finansal riskleri tedarikçiye aktarır. % 74,5
- g. Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır. % 73,6
- h. Yönetimi zor olan işlerin kontrolünü kolaylaştırır %73,4
- ı. Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır. % 69,4
- i. Hizmet maliyetlerini düşürür. % 68,2
- j. Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar. % 64,1
- k. Klinik hekimlik ve hemşirelik hizmetlerindeki özel uzmanlıkların hastaneye transfer edilmesini sağlar. % 48,1
- l. Hastanenin bağlı olduğu üst kurumun (Bakanlığın\Şirketin) isteğidir. % 39,1
- m. Politik etkilerden uzaklaştırır. % 36,1

Dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleriyle ilgili olarak elde edilen sonuçların Tatar ve arkadaşlarının 1992 yılında kamu hastaneleri üzerinde gerçekleştirmiş olduğu araştırmasında ulaştığı sonuçlarla ve Ergin'in 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasındaki sonuçlarla kimi küçük farklılıklar dışında genel olarak örtüştüğü söylenebilir.

Tatar ve arkadaşlarının çalışmasında, hastane yönetimlerinin hizmet satın almalarındaki kurumsal gerekçelerin personelin sayısal yetersizliğinin % 93,3, kaliteli hizmet gereksiniminin % 60, verimli hizmet sunumunun % 45,3, merkezi yönetimin teşvikinin %14,7, diğer hastanelerin uygulamaları hakkında olumlu duyumun % 8, depolitizasyon ve kalifiye eleman açığının % 2,7 oranında olduğu saptanmışken (TATAR vd, 1997, s. 88), Ergin'in Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerinde yürütmüş olduğu çalışmadaki gerekçeler en etkiliden başlayarak personelin sayısal yetersizliği, hizmet kalitesini artırmak, verimli hizmet gereksinimi, hasta memnuniyetini artırmak, hasta bakımına daha fazla zaman ayırmak, hastanenin imajını güçlendirmek, etkili bir kontrol

sistemi kurmak, uzmanlaşmadan yararlanmak, teknolojik yeniliklere ulaşmak ve parasal tasarruf sağlamak (ERGİN, 2002, s.56) olarak sıralanmıştır.

10. Yöneticilerin görevleri ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinden “Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman ve benzeri satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.” görüşüne verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

“Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman ve benzeri satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.” görüşüne hekim yöneticiler, % 59,1, hastane yöneticileri % 45,2, fonksiyonel yöneticiler ise % 44, 2 oranında katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Bu sonuca göre hekim yöneticilerin “Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman ve benzeri satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.” görüşüne daha fazla katıldığı söylenebilir. Bu durum hastanelerde tıbbi cihaz ve ekipman alımlarında hekim yöneticilerin karar verici rol oynamasından kaynaklanabilir.

11. Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuca göre yöneticilik eğitimi alıp-almama durumunun dış kaynak kullanımından yararlanma nedenleri ile arasında bir ilişki olmadığı söylenebilir.

12. Yöneticilik süreleri ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinden “Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.” ve “Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.” görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanlar % 80,6, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanlar % 72,2, 7-9 yıl arasında yöneticilik yapanlar % 59,3, 10+ yıldır yöneticilik yapanlar ise % 73,8 oranında kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir.

“Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.” görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanların % 79,3’ü, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 69,2’si, 7-9 yıl arası hizmet olan yöneticilerin % 77,4’ ü, 10+ yıl arası hizmeti olan yöneticilerin ise % 72,4’ ü kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir.

“Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.” ve “Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.” görüşlerine en yüksek katılım oranının 0-3 yıl arasında yöneticilik yapan yönetici grubunda olduğu söylenebilir. Bu durum yöneticilerin ilerleyen yıllarda teknoloji değişimiyle ya da finansal konularda yaşanabilecek sorunlarla karşılaşma olasılığının artmasından kaynaklanıyor olabilir.

13. Hastane mülkiyeti ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinden “Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.”, “Hasta tatminini yükseltir.”, “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.”, “Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.” görüşüne kamu hastanesi yöneticileri % 24,5 oranında, özel hastanelerin yöneticileri ise % 41,9 oranında kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre özel hastane yöneticilerinin kamu hastanelerinin yöneticilerine göre “Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.” görüşüne daha yüksek oranda katıldıkları söylenebilir. Bu durum özel hastane yöneticilerinin temel yetenekler üzerinde odaklanmayı daha önemli buldukları şeklinde yorumlanabilir.

“Hasta tatminini yükseltir.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 85,7’ sinin kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 69,4’ ünün kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, kamu hastanesi yöneticilerinin “Hasta tatminini yükseltir.” görüşüne özel hastanelerin yöneticilerine göre daha fazla katıldıkları söylenebilir. Bu durum dış kaynak kullanımı uygulamalarının, hasta (müşteri) tatminini artıracak yönündeki beklentinin kamu hastanesi yöneticilerinde özel sektör yöneticilerine göre daha fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir.

“Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 66,1’i, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 85,5’i kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.” görüşüne özel hastanelerdeki yöneticilerin daha yüksek oranda katıldığı söylenebilir. Bu durum özel hastanelerin kamu hastanelerinden farklı olarak kâr motifi ile hareket etmeleriyle ilgili olabilir.

“Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 83,1’i, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 67,1’i kesinlikle katılıyor ve katılıyor cevapını vermişlerdir. Bu sonuca göre dış kaynak kullanımı ile ilgili olumlu beklentilerin kamu hastaneleri yöneticilerinde daha yüksek olduğu söylenebilir

14. Hastanelerin büyüklükleri ile dış kaynak kullanımından yararlanma nedenlerinden “Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.”, “Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.”, “Hizmet maliyetlerini düşürür.”, “Politik etkilerden uzaklaştırır.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 80,4’ü, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin, % 80,3’ü, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 89,7’si, 201 + yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 93,3’ü kesinlikle katılıyor ve katılıyor cevapını vermişlerdir. Bu sonuca göre, hastaneler büyüdükçe dış kaynak kullanım yönteminin, bir insan kaynağı bulma ve seçme aracı olarak daha fazla kullanıldığı şeklinde yorumlanabilir.

“Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.” görüşüne 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33,3’ü, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 37’ si, 201 + yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 46,9’ u kesinlikle katılıyor ve katılıyor cevapını vermişlerdir. Bu sonuca göre yatak kapasitesi fazla olan hastanelerin dış kaynak kullanım stratejisini kadrolu personel sayısını azaltmada bir yöntem olarak daha fazla kullandıkları söylenebilir.

“Hizmet maliyetlerini düşürür.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 18, 7’si, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 10,4’ ü, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 9,2’si, 201 + yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 16’ sı katılmıyor cevapını vermişlerdir. Bu sonuca göre “Hizmet maliyetlerini düşürür.” görüşüne katılmama oranının en yüksek oranda 30-50 yatak kapasiteli hastanelerde olduğu söylenebilir. Bu durum ölçek ekonomisinden dolayı küçük kapasiteli hastanelerde daha az dış kaynak kullanımına bağlı olabilir.

“Politik etkilerden uzaklaştırır.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 37,1’ i, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 33’ ü, 101-

200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 41,7'si, 201+ yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 35,1'i kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre politik etkinin en yoğun olarak 101-200 yatak kapasiteli hastanelerde hissedildiği söylenebilir. 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin özel hastaneler olmasına karşın politik etkilerin özel hastanelerde de ortaya çıktığı ileri sürülebilir. Bu durum bölümler arası rekabet ve benzeri sebeplerden kaynaklanabilir.

15. Hastane yönetimlerinin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerinin (katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevapları toplamının) aşağıdaki gibi sıralandığı tespit edilmiştir:

- a. Hizmet sağlayıcı firmanın yenilikleri uyarılma hızı yüksek olmalıdır. % 98,9
- b. Hizmet sağlayıcı firmanın nitelikli personel kullanması çok önemlidir. % 98,6
- c. Hizmet sağlayıcı firmanın sektör ve spesifik tecrübesi bulunmalıdır % 98,5
- ç. Hizmet sağlayıcı firmayla birlikte çalışma kolaylığı çok önemlidir. % 98,2
- d. Hizmet sağlayıcı firmanın teknolojik alt yapısı güçlü olmalıdır. % 96,5
- e. Hizmet sağlayıcı firma hastane yönetimiyle ortak iş kültürüne sahip olmalıdır. %96,5
- f. Hizmet sağlayıcı firmanın diğer hastanelerde sunduğu hizmetlerin durumu yerinde ziyaret edilerek incelenmelidir. % 95,6
- g. Hizmet sağlayıcı firmanın finansal yapısı güçlü olmalıdır. % 92,6
- h. Hizmet sağlayıcı firmanın ek katma değer yaratma yeteneği bulunmalıdır. % 78
- ı. Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır. % 77
- i. Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.% 41,4
- j. En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir. % 28,9
- k. Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır. % 15

Bu sonuçlara göre yöneticilerin lokal hizmet sağlayıcı firmalarla çalışmakta bir mahsur görmedikleri (i), firma seçiminde fiyat dışında başka faktörlere de dikkat ettikleri (j), yeni firmalarla çalışmaya açık oldukları (k) öne sürülebilir.

16. Yöneticilerin görevleri ile “Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Hizmet sağlayıcı firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.” görüşüne hekim yöneticilerin % 39,8’ i, hastane yöneticilerinin % 41,4’ ü, fonksiyonel yöneticilerin %44,4’ü, kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre hizmet sağlayıcı firma seçimi konusunda nihai karar veren yönetici grubunun yerel firmalarla çalışma fikrine daha yakın olduğu söylenebilir.

17. Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumu ile yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuca göre yöneticilik eğitimi alıp-almama durumunun hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerle arasında bir ilişki olmadığı söylenebilir.

18. Yöneticilik süreleri ile yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerinden “Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.”, “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.” görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanların % 83,4’ü, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 69,2’ si, 7-9 yıl arası yöneticilik yapanların % 77,1’ i, 10+ yıldır yöneticilik yapanların ise % 75,7’ si kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre yöneticilik süresi daha fazla olan yöneticilerin “Hizmet sağlayıcı firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.” görüşüne 0-3 yıldır yöneticilik yapanlara göre daha az katıldıkları söylenebilir. Bu durum yöneticilik süresi fazla olan yöneticilerin hizmet sağlayıcı firmalarla olan iş ilişkilerinde tecrübelerine güvenmelerinden kaynaklanabilir.

“En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanların % 43,6’sı, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 29,2’si, 7-9 yıl arasında yöneticilik yapanların % 20’si, 10+ yıl yöneticilik yapanların ise % 21,5’ i kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuç, yöneticilik süresi daha uzun olan yöneticilerin hizmet sağlayıcı firmanın düşük fiyat vermesini tek başına yeterli görmedikleri, fiyat dışındaki unsurlara da duyarlı oldukları şeklinde yorumlanabilir.

19. Hastane mülkiyetine göre yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşlerden “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.”, “Hizmet

sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 32,3’ü, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 12,3’ü kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Kamu hastanelerinin yöneticilerinin “En düşük fiyat teklifi vermiş hizmet sağlayıcı firma seçilmelidir.” görüşüne özel hastane yöneticilerinden daha yüksek oranda katıldıkları söylenebilir. Bu durum yöneticilerin yasal sorumluluklarıyla ilgili endişelerinden kaynaklanabilir.

“Hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 13’ü, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 23,8’i kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum, cevabını vermişlerdir. Elde edilen bu sonuca göre özel hastane yöneticilerinin, kamu hastane yöneticilerine göre hizmet sağlayıcı firmayla geçmişe dayalı ilişkilere daha fazla önem verdiği söylenebilir.

20. Hastane büyüklüğü ile yöneticilerin hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuca göre hastane büyüklüğü ile hizmet sağlayıcı firma seçimindeki görüşler arasında bir ilişki olmadığı söylenebilir.

21. Yöneticilerin bir hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken özelliklere genel olarak çok yüksek oranlarda katıldıkları tespit edilmiştir. “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşüne katılım oranı ise % 46,3’tür. Elde edilen bu sonuca göre yöneticilerin çoğunluğunun “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşüne katılmadıkları söylenebilir.

22. Yöneticilerin görevleri ile yöneticilerin bir hizmet alım sözleşmesinde bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşüne hekim yöneticilerin % 44,6’ sı, hastane yöneticilerinin % 42,9’ u, fonksiyonel yöneticilerin ise % 68,5’ i çok önemli ve önemli cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre sözleşmelerin gizliliği ile ilgili olarak belirli bir fonksiyona odaklanmış yöneticilerin tepe yöneticilerinden farklı düşündükleri söylenebilir.

23. Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, yöneticilik süreleriyle ve hastane büyüklükleriyle bir hizmet alım sözleşmesinde bulunması gerekli görülen/istenen özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuca göre yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, yöneticilik süreleriyle ve hastane büyüklükleriyle bir hizmet alım sözleşmesinde bulunması gerekli görülen/istenen özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olmadığı söylenebilir.

24. Hastane mülkiyetine göre yöneticilerin bir hizmet alım sözleşmesinde bulunmasını gerekli gördükleri/istedikleri özelliklerden “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerinin %42’si, özel hastanelerinin yöneticilerinin ise % 67,1’i çok önemli ve önemli cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre “Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.” görüşüne özel hastane yöneticilerinin daha yüksek oranda katıldıkları söylenebilir. Bu durum, özel hastane yöneticileri açısından sözleşme bilgilerinin ticari sır kapsamında olmasından kaynaklanabilir.

25. Yöneticilerin görevleriyle, dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlardan “Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

“Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.” görüşüne hekim yöneticilerin % 35’i, hastane yöneticilerinin % 45,2’si, fonksiyonel yöneticilerin ise %28,3’ü kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre “Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.” görüşüne en az katılan yönetici grubunun fonksiyonel yöneticilerin olduğu söylenebilir. Bu durum fonksiyonel yöneticilerin personelin ilk kademe sorumluluğuna sahip olmalarıyla ilgili olabilir.

26. Yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla, dış kaynak kullanımı uygulamasında karşılaşılan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuca göre yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olmadığı söylenebilir.

27. Yöneticilik süreleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlardan “Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

“Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.” görüşüne 0-3 yıl arasında yöneticilik yapanların % 13,8’i, 4-6 yıl arasında yöneticilik yapanların % 22,2’ si, 7-9 yıl arasında yöneticilik yapanların % 11,7’ si, 10+ yıldır yöneticilik yapanların ise %24,2’ si kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. “Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.” görüşünün genel olarak yöneticilik süresi fazla olanlarda yüksek çıktığı söylenebilir. Bu durum hizmet sağlayıcı firmaların ilk yıllarda daha kaliteli hizmet sundukları şeklinde yorumlanabilir.

28. Hastane mülkiyetleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlardan “Kadrolu personel için hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.”, “Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Kadrolu personel için hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 10,4’ünün, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 30,9’unun kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuca göre “Kadrolu personel için hizmet sağlayıcı firmaya devrine direnç gösterdi.” görüşüne özel hastanelerin yöneticilerinin daha yüksek oranda katıldıkları söylenebilir. Bu durum özel hastanelerde çalışan personelin daha fazla işini kaybetme endişesi taşıyor olmasından kaynaklanabilir.

“Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin %30’ unun, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 8,7’ sinin kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuca göre kamu hastanelerinin politik etkilere özel hastanelerden daha fazla maruz kaldığı söylenebilir.

29. Hastane büyüklükleri ile dış kaynak kullanımı uygulamalarında karşılaşılan sorunlardan, “Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

“Politik ve idari baskılara maruz kalındı.” görüşüne 30-50 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 17,4, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin, % 16,5, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 17,9, 201 + yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise % 24,2 oranında katılıyorum cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuca göre genel olarak hastane büyüklüğüne bağlı olarak politik ve idari baskıların arttığı söylenebilir.

30. Yöneticilerin dış kaynak kullanımından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşlere katılımı (katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevaplarının toplamı) aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- a. Hizmet kalitesi arttı. % 89,8
- b. Hasta bakımına odaklanmanın sonucunda hasta tatmini arttı. % 82,4
- c. Hasta bakımında süreklilik sağlandı. % 78,6
- ç. Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi. % 74,5
- d. Etkili kontrol sağlandı. % 72,8
- e. Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı. % 65,7
- f. Hizmet maliyetleri düştü. % 64,4
- g. Hastanenin başka faaliyetler için ek kaynak yaratması sağlandı. % 47,1
- h. Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı. % 36,5
- ı. Politik etkiler azaldı. % 34,8

Bu sonuçlara göre dış kaynak kullanım yönteminin; politik etkilerin azaltılması, uzmanlıkların hastaneye transfer edilmesi ve ek kaynak yaratılması konularında hastane yönetimlerinin çoğunluğunun beklentilerini karşılamadığı söylenebilir.

31. Yöneticilerin görevlerine göre dış kaynak kullanımından elde edilen sonuçlarla ilgili “Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.” görüşüne hekim yöneticilerin % 77,1’inin, hastane yöneticilerinin % 76,4’ünün, fonksiyonel yöneticilerin ise % 58,5’inin kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuca göre “Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.” görüşü ile ilgili olarak personelin ilk

kademe yöneticileri olan fonksiyonel yöneticilerin üst kademe yöneticilerle aynı düşünceyi paylaşmadıkları söylenebilir.

32. Yöneticilerin, yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla ve yöneticilik süreleriyle dış kaynak kullanımından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilememiştir. Yöneticilerin, yöneticilik eğitimi alıp-almama durumuyla ve yöneticilik süresiyle dış kaynak kullanımından elde edilen sonuçlarla ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olmadığı söylenebilir.

33. Hastane mülkiyeti ile dış kaynak kullanımı uygulamalarından elde edilen sonuçlarla ilgili “Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.”, “Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.”, “Politik etkiler azaldı.” görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 78’i, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 57,6’sı kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre kamu hastanelerinin özel hastanelere göre dış kaynak kullanım yöntemini daha çok personel yetersizliğini giderme aracı olarak kullandıkları söylenebilir.

“Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 33,2’si, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 50’ si kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre özel hastanelerin yöneticilerinin “Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.” görüşüne kamu hastanelerinin yöneticilerine göre daha fazla katıldıkları söylenebilir. Bu durum, özel hastanelerin ekonomik nedenlerden dolayı kadrolu hekim çalıştırmak yerine, part time hekimlerle çalışmayı tercih etmelerinden kaynaklanabilir.

“Politik etkiler azaldı.” görüşüne kamu hastanesi yöneticilerinin % 36,6’sı, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 25,6’ sı kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabını vermişlerdir. Bu sonuca göre kamu hastanelerinin özel hastanelere göre daha yüksek oranda politik etkilere maruz kaldığı söylenebilir.

34. Hastane büyüklükleri ile dış kaynak kullanımından elde edilen sonuçlardan “Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki tespit edilmiştir.

“Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.” görüşüne 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 45,3’ünün, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin % 50,5’inin, 201 + yatak kapasiteli hastanelerin yöneticilerinin ise %56,1’inin katılıyorum cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuca göre dış kaynak kullanımının yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşımada büyük hastaneler tarafından daha fazla kullanıldığı söylenebilir. Bu durum büyüklüğe bağlı olarak ortaya çıkan ileri tetkik, teşhis, görüntüleme cihaz ve ünitelerine yatırım yapma ihtiyacının yüksek olmasıyla ilgili olabilir. 30-50 yatak kapasiteli hastanelerde bu oranın %52,3 oranında çıkması, özel hastanelerin pahalı teknolojik yatırımları dış opsiyonlarla karşılamayı tercih etmelerinden kaynaklanabilir.

35. Dış kaynak kullanımından yararlanmama nedenleriyle hastanelerin ve yöneticilerin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olmadığı söylenebilir.

36. Hastane mülkiyetine göre, 2006 yılında 2005 yılına göre dış kaynak kullanım tutarlarındaki beklenen değişiklik arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanelerinin % 76,9’unun dış kaynak kullanım tutarlarında bir önceki yıla göre artış beklediği, % 19,7’sinin değişiklik beklemediği, % 3,4’ünün düşme beklediği, özel hastanelerin yöneticilerinin ise % 58,8’inin artış beklediği, % 38, 8’inin değişiklik beklemediği, % 2,5’inin düşme beklediği tespit edilmiştir. Bu sonuca göre kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde bir önceki yıla göre dış kaynak kullanılan hizmetlerin tutarında bir artış gerçekleşeceği ve toplamda bu artışın kamu hastanelerinde özel hastanelere göre daha fazla olabileceği söylenebilir.

37. Hastanelerin büyüklüğündeki artışa bağlı olarak 2006 yılında 2005 yılına göre dış kaynak kullanım tutarlarında daha fazla artış beklendiği tespit edilmiştir.

30-50 yatak kapasiteli hastanelerin % 68,7' si, 51-100 yatak kapasiteli hastanelerin %72,6' sı, 101-200 yatak kapasiteli hastanelerin % 74,7' si, 201+yatak kapasiteli hastanelerin ise % 78,8'i dış kaynak kullanım tutarlarında artış beklediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuca göre büyük hastanelerde dış kaynak kullanım tutarlarının daha fazla artacağı söylenebilir.

41. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgulara ve konunun teorik boyutuna bağlı olarak dış kaynak kullanım yönteminin hastane hizmetlerindeki uygulamaları ile ilgili olarak hastane yönetimleri ve hizmet sağlayıcı firmalar açısından şu öneriler getirilebilir:

1. Öncelikle dış kaynak kullanım yönetim stratejisinin sağlık sektöründe işlemesi için gerekli olan yapısal dönüşüm sağlanmış olmalıdır. Yani, rekabetçi bir piyasa yapısı oluşturulduktan sonra bu iş modelinin hastane hizmetlerinde uygulanmasına geçilebilir. Örneğin, lokal firmalar ya da yerel yönetimlere bağlı şirketler rekabeti artırıcı unsur olarak teşvik edilebilir ve kullanılabilir.

2. Hastane yönetimleri, dış kaynak kullanım yönteminin kullanımına dahili üretim seçeneğiyle kıyaslama yaparak karar vermelidirler. Dış kaynak kullanım yöntemi, dahili üretim seçeneğine göre hastaneyi kâra geçirmesi durumunda tercih edilmelidir. Bu amaçla yöneticiler, aynı projede farklı teknoloji veya üretim tekniği arasında seçim yapmada kullanılabilen, başa baş noktası analizi (kâra geçiş analizi) aracılığıyla karar verebilirler.

3. Genel olarak, dış kaynak kullanım yöntemi hastanelerin temel yeteneği dışında olan işletme destek hizmetleriyle ilgili alanlarda kullanılması durumunda daha başarılı olabilir.

4. Tıbbi hizmetlerle ilgili alanlarda dış kaynak kullanımından düşük oranda yararlanılmasına rağmen; kullanılan hizmetlerden memnuniyetin yüksek oranda olması gelecekte dış kaynak kullanım yönteminin hastanelerin tıbbi hizmetlerinde bir seçenek olarak daha fazla gündeme gelebileceğine işaret etmektedir. Özellikle taşrada bulunan hastaneler; klinik uzmanlıkları, yeni teşhis, tedavi, ameliyat yöntem ve tekniklerini kurumlarına kazandırmada alternatif olarak dış kaynak kullanım yöntemini düşünebilirler. Ancak hastane yönetimleri, tıbbi hizmetlerle ilgili alanlarda modelin uygulanmasına

geçmeden önce görev kompleksliği, varlık spesifikliği ve rekabet faktörleri boyutunda dikkatli değerlendirmeler yapmalıdırlar.

5. Türkiye’de hastanelerin dış kaynak kullanımından yararlandığı hizmetlerin genellikle rutin hizmetlerle ilgili alanlarda olduğu görülmektedir. Oysa hastaneler yüksek teknoloji kullanan örgütlerdir. Yüksek teknolojinin son derece hızlı değişim gösterdiği günümüzde hastane yönetimlerinin yapacağı yanlış tercihler hastaneleri bu konuda finansal risklerle ya da yüksek batık maliyetlerle karşılaştırabilir. Bu nedenle hastane yönetimlerinin yüksek teknoloji tıbbi cihazlara yatırımlar konusunda dış kaynak kullanım opsiyonunu değerlendirmesi, en azından teknoloji seçiminde karar verirken bu konuda uzman kuruluşlardan danışmanlık hizmeti alması önerilebilir.

6. Kamu hastaneleri ve özel hastanelerin talep fazlası ve/veya arz yetersizliği olan tıbbi hizmetler için, yasal ve teknik alt yapısı hazırlanmak şartıyla, kurumsal sözleşmelere dayalı olarak birbirlerinden hizmet satın almaları sağlanabilir. Örneğin, bir kamu hastanesi talep fazlası olan poliklinik ya da ameliyat hizmetini özel bir hastaneden, bir özel hastane ileri tetkik, görüntüleme ünitesi hizmetini bir kamu hastanesinden satın alabilir.

7. Özel hastanelerde tıbbi hizmetlerle ilgili ortaya çıkan uzmanlık ihtiyacının çeşitli nedenlerden dolayı bir sözleşmeye dayanmadan karşılanması hizmet kalitesinde sorunlara, hastane ile hekim arasında doğabilecek anlaşmazlıklara, kayıt dışılığa ya da başka olumsuzluklara sebep olabilir. Özel hastanelerin hastane dışından sağladığı klinik uzmanlıklarda hizmet alım sözleşmelerini kullanmaları ve sözleşme uygulamalarının kurumsallaşması bu konuda yaşanabilecek hukuki sorunları ve kayıt dışılığı önleyebilir.

8. Dış kaynak kullanımının kamu hastanelerindeki uygulama biçimi olan hizmet ihalelerinin mali boyutu Sayıştay ve Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmeleri Daire Başkanlığı’na takip edilmekte ve yasal denetimi yapılmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı, Bakanlık hastanelerinin hizmet sağlayıcılardan daha maliyet etkin hizmet alabilmelerini sağlamak için, farklı hastanelerin satın aldıkları aynı tür hizmetlerin birim maliyet karşılaştırmalarını ve teknik takibini yapacak, hizmet ihalelerinin etkinliğini artırıcı düzenlemeleri koordine edecek, profesyonellerden oluşan merkezi ya da bölgesel düzeyde hastaneler üstü yönetim yapıları oluşturabilir.

9. Hastane yönetimlerinin, sözleşmelerle ilgili olarak yasal prosedürler dışında hizmet alımlarında dış kaynak kullanımında yararlanılan hizmetin niteliğine göre hukukçu, teknik eleman ve konunun uzmanlarına danışmadan sözleşme yapmaması; standart, tamamlanmamış sözleşmeleri imzalamamaları önerilebilir.

10. Dış kaynak kullanımı sonucunda politik etkilerin önemli bir oranda devam etmesi dış kaynak kullanım sözleşmelerinin açıklığı, objektifliği ve şeffaflığı konusunda ilgili tüm tarafları ikna edecek politik etkileri önleyici ek düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu konuda, merkezi karar alma biriminin (Sağlık Bakanlığının), konunun tarafları olan kamu ihale kurumu yetkililerinin ve hastane yönetimlerinin ortak görüşü doğrultusunda yeni çözümler araması önerilebilir.

11. Hastane yönetimlerinin bir hizmetin sorumluluğunu hizmet sağlayıcı bir firmaya vermesiyle bu hizmetle ilgili sorumluluğu üzerinden kalkmamakta, yalnızca işin yaptırılış biçimi değişmektedir. Dolayısıyla yöneticiler işin yönetimini değil sözleşmeyi yönetmeyi öğrenmelidirler. Bu konuda da yöneticilerin sözleşme yönetimiyle ilgili eğitimden geçirilmeleri önerilebilir.

12. Dış kaynak kullanım yöntemini kullanan hastanelerin bünyesinde hizmet sağlayıcı firmaların sunduğu hizmetlerin denetimini yapacak, hizmet sunumu boyunca süren ilişkileri ve iletişimi düzenleyecek bir yönetsel ara yüz oluşturulabilir. Ülkemizin önemli özel sektör hastanelerinden birinin organizasyon yapısında bulunan kontratlı hizmetler direktörlüğü gibi formal bir birim bu konuda önerilebilir.

13. Hastane yönetimlerinin, yeni firmalarla çalışmaya açık olmaları, hizmet sağlayıcı seçiminde; hizmet kalitesi gibi, düşük fiyat dışındaki ölçütleri de dikkate almaları önerilebilir.

14. Sağlık hizmetleri piyasasında, özel sektör sunumunun finansmanı ile ilgili yasal alt yapı oluşturulduktan sonra, yeni girişimci ve yatırımcıların; tıbbi hizmetlerle ilgili alanlarda uzmanlığa sahip yeni hizmet sağlayıcı firmalar kurarak hastanelere yönelik hizmet sunmaları önerilebilir. Örneğin, uzmanlaşmış hekimlik hizmeti, acil sağlık hizmeti gibi hizmetleri sunan şirketler kurulabilir.

15. Temizlik, çamaşır gibi rutin hizmet alanlarının dışında hizmet veren hizmet sağlayıcı firmaların, hastane yönetimlerinin dış kaynaklardan sağladıkları hizmetlerden en çok memnun oldukları sekreterlik, hemşirelik hizmetleri gibi alanlarda da uzmanlaşarak hizmet sağlayıcı piyasasında yaygın olmayan bu tür hizmetleri sunmaları önerilebilir.

16. Dış kaynak kullanımının hastane büyüklüğüne bağlı olarak artması nedeniyle, hizmet sağlayıcı firmaların, öncelikli hedef pazar olarak bugüne kadar dış kaynak sağlayıcılardan hizmet almamış büyük hastaneleri seçmeleri önerilebilir.

17. Dış kaynak kullanım yöntemi açısından hizmet kalitesinin öne çıkan bir konu olması, hizmet sağlayıcı firmaların da kalite konusuna hizmeti satın alanlar kadar önem vermesini gerekli kılar. Bu anlamda hizmet sağlayıcı firmaların da mesleki örgütlenmeye giderek iş etiği ve çalışma usulleriyle ilgili standartlar oluşturması, standart dışı hizmet sunanların ve sözleşme şartlarını ihlal eden firmaların yeni sözleşme yapmalarının engellenmesi, akredite edilmemesi ya da benzeri yaptırımlar yoluyla sektörün hizmet kalitesi konusunda disiplin altına alınması sağlanabilir.

Sonuç olarak her iş modelinde olduğu gibi dış kaynak kullanımı da kendinden beklenen faydayı gerek kurumsal gerekse makro düzeyde uygun koşulların oluşması, oluşturulması ve doğru yönetilmesi durumunda sağlayabilecek bir iş modelidir. Ayrıca hastanelerin tıbbi hizmetlerinde, işletme destek hizmetlerinden farklı boyutları göz önüne alınarak son derece dikkatli kullanılması gereken bir yöntemdir. Dış kaynak kullanımı her yerde çare bir araç olarak düşünülmemelidir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

a. Kitaplar

- AKTAN, C. Can : Kamu Ekonomisinden Piyasa Ekonomisine
Özelleştirme, Ankara, 1993.
- DRUCKER, Peter F. : Kapitalist Ötesi Toplum, Çev: Belkıs Çorakçı, İnkılap
Kitapevi, 1993.
- DRUCKER, Peter F. : Gelecek İçin Yönetim, Çev: Fikret Üçcan, Türkiye İş
Bankası Kültür Yayınları, Genel Yayın No:307, 1996.
- DÜREN, Zeynep : 2000'li Yıllarda Yönetim, Alfa Basım Yayım, Birinci
Basım, İstanbul, 2000.
- GINTER, P.
SWAYNE, L.
DUNCAN, W. J. : Strategic Management of Health Care Organisations,
Third Edition, Blackweell Publishers Ltd., 1998.
- HAYRAN, Osman
SUR, Haydar : Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Sayed Yayınları,
Birinci Baskı, 2005.
- JOHNSON, Mike : Gelecek Bin Yılda Yönetim, Çev: Sinem Gül, Sabah
Kitapları,1. Baskı, İstanbul, 1996.
- KALAYCI, Şeref : SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri,
1. Baskı, Ankara, 2005.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal
Kitabevi, Ankara, 2000.

- KOÇEL, Tamer : İşletme Yöneticiliği, Arıkan Basım Yayım Dağıtım, 10. Bası, İstanbul, 2005.
- MENDERES, Münevver : Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 812,1994.
- ÖZBAY, Tanju : İşletme Yönetiminde Yeni Eğilimler Dizisi: Sorularla Dış Kaynak Kullanımı, İTO Yayın No: 2004-27, İstanbul, 2004.
- SALTMAN, R.B.
FIGUREAS, J. : Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Aralık 1998.
- SEÇİM, Hikmet : Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İşletme Fak. Yayın No: 252, İstanbul 1991.
- SÜMBÜLOĞLU, Kadir
SÜMBÜLOĞLU, Vildan : Biyoistatistik, Hatiboğlu Yayınevi, 3. Basım, Ankara, 1990.
- YEREBAKAN, Metin : Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İTO Yayın No: 2000-26, İstanbul, 2000.
- YAZICI, Kamil : İşletme Bilimine Giriş, Derya Kitapevi, 4. Baskı, Trabzon, 2007.

b. Makale ve Bildiriler

- ALLEN, Sandy
CHANDRASHEKAR, Ashok : “Outsourcing Services: The Contract Is Just The Beginning”, **Business Horizons**, March-April 2000, pp.25-34.

- ALPUGAN, Oktay : “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, **Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Yıl 1, Sayı:1-2. Nisan- Ekim 1981, ss.197-205.
- : “Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, 1. Verimlilik Kongresi Yayınlar, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları:454, 1991, ss.59-70.
- ARTUKOĞLU, Sedat : “Mükemmel Yönetici Yetmez”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, Sayı:3, 1999, s.25.
- ASLANTAŞ, C. Cüneyt : “Outsourcing Süreci ve Uygulamada Yaşanan Sorunlar”, **Outsourcing**, Haziran-Temmuz-Ağustos 2005, ss.40-48.
- BILLI, E. J.
CHIN, W. P.
SPAHLINGER, D. : “Strategic Outsourcing of Clinical Services: A Model For Volume Stressed Academic Medical Centers”, **Health Care Management Review**, October-December 2004, pp.291-297.
- BLUMBERS, Les : “Stratejik Dış Kaynak Kullanım İlişkisi Nasıl Olmalıdır?”, **Outsourcing**, Eylül-Ekim-Kasım 2005, ss. 48-52.
- BOYD, William : “Her İki Tarafında Kazandığı Dış Kaynak Kullanım İlişkileri”, **Outsourcing**, Şubat- Mart 2005, ss. 41-43.

- CAREY, Kathleen
 AVI, Dor : “Trends In Contract Management, The Hidden Evolution in Hospital Organization”, **Health Affairs**, Volume:23, Number:6, November/December 2004, pp.192-199.
- CHYNA, Julie T. : “From Alliances to Outsourcing: Making Good Connections”, **Healthcare Executive**, May/Jun, 2000, ABI/Inform Global, p.12.
- CORBETT, Michael F. : “Dış Kaynak Kullanımına Hoş Geldiniz”, **Outsourcing**, Ekim-Kasım 2003 a, ss.8-10.
- : “Yöneticiler Günümüzde Kaynaklarını Nasıl Kullanıyor?”, **Outsourcing**, Ekim-Kasım 2003 b, ss.16-18.
- : “Dış Kaynak Kullanımı İle Kuruluşu Yeniden Tanımlayarak Değer Yaratmak”, **Outsourcing**, Ekim-Kasım 2003 c, ss.40-41.
- : “Başarılı Dış Kaynak Kullanımı İçin Bir Rehber”, **Outsourcing**, Aralık-Ocak 2004 a, ss.8-9.
- : “Nelerin Outsource Edileceğine Karar Verme Konusunda Başarılı Uygulamalar”, **Outsourcing**, Şubat-Mart 2004 b, ss.12-13.
- : “Neden Outsourcingi Tercih Ederiz”, **Outsourcing**, Mart-Nisan-Mayıs 2006, ss.50-52.
- ÇOBAN, Orhan
 TUTKUN, Oğuz : “Firmaların Piyasa Performansının Artırılmasında Bir Strateji Olarak Outsourcing’in Rolü”, **Outsourcing**, Aralık- Ocak 2004, ss.36-40.

- GALLORO, Vince : “Out and Out Trend”, **Modern Healthcare**, September 3, 2001, pp.57-60.
- GREENO, Ron : “Hospitals Take On The Risk As They Turn to Hospitalist Programs”, **Managed Healthcare Exucutive**, May 2001, pp.48-50
- HARTLEY, K.
HUBY, M. : “Özelleştirme İhale Politikası Teori ve İspatı”, Çev: Haluk Egeli, **Kamu Ekonomisinin Genişlemesi ve Özelleştirme**, İzmir, 1993, ss.422-435.
- HARTLEY, Keith : “Özelleştirmede İhale Yöntemi : Rekabete Doğru Bir Adım”, Seçme Çeviriler, **Kamu Ekonomisinin Genişlemesi ve Özelleştirme**, İzmir, 1993, ss.436-448.
- HARRINGTON, Lisa H. : “Sağlık Sektörünün Yaraları Nasıl Sarılır?”, **Lojistik&Tedarik Zinciri Yönetim Dergisi**, Haziran-Temmuz 2006, ss.30-33.
- HOPPSZALLERN, Suzana : “Contarct Management Survey”, **Hospital&Health Networks**, October 2002, 76,10, ABI/INFORM Global, p.49.
- İŞÇİ, Emre
ARTAN, Sinan : “Hastanelerde Teknoloji Yönetiminde Dış Kaynak Kullanımının Önemi”, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresine Sunulan Bildiri, Ankara, 28-30 Eylül 2005.
- KARAYILMAZLAR, Selman : “Bilgi İşlem Taşeronluğu “Outsourcing”, **İ.Ü. İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi**, Yıl:6, Sayı: 22, Ekim 1995, s.24.

- LANSER, Ellen G. : “Core Competencies of Successful Outsourcing”, **Healthcare Executive**, Jul/Aug 2003, 18, 4 ABI/INFORM Global, p.52.
- MARGILIÇ, Tuncay : “Dış Kaynak Kullanım Sürecinde Sözleşme Çeşitleri ve Sözleşme Esnekliği Yöntemleri”, **Outsourcing**, Mart-Nisan-Mayıs 2005, ss.40-42.
- MERSİN, Doğan : “Bilgi Teknolojilerinde Dış Kaynak Kullanımı Yararları ve Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar”, **Outsourcing**, Eylül-Ekim-Kasım 2005 a, ss.54-58.
- : “Dış Kaynak Kullanım Projelerinde Hizmet Düzeylerinin Tanımlanması”, **Outsourcing**, Eylül-Ekim-Kasım 2005 b, ss.28-31.
- MUTER, Naci : “Yerel Yönetim Hizmetleri ve Özelleştirme”, Özelleştirme Sempozyumu, Manisa, Mart 1995.
- PASCOE, Graham : “Dışa Yönelim: Dış Kaynak Kullanımının Zamanı Geldi”, **Outsourcing**, Şubat-Mart 2004, ss.20-22.
- QUIN, Brian J. : “Stratejik Outsourcing: Bilgi Birikim Kabiliyetlerinin Artırılması”, **Outsourcing**, Eylül-Ekim-Kasım 2005, ss.44-45.
- RAYSMAN, Brown
MILSTEIN, Felder
LLP, Steiner : “Risk ve Ödül İçin Sözleşme Yapmak”, **Outsourcing**, Eylül-Ekim-Kasım 2005, ss.20-22.
- ROBERTS, Velma : “Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry”, **Journal of Healthcare Management**, Jul/Aug 2001, 46, 4, ABI/Inform Global, pp.239-249.

- SHINKMAN, Ron : Special Report, Outsourcing Providers are Farming Out More Services to Spend Less Money, **Modern Healthcare**, September 4, 2000, p.46.
- TATAR, Fahreddin : “Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri Teori ve Uygulama”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 30, Sayı 2, Ayrı Bası, Haziran 1997.
- TATAR, Fahreddin
TATAR, Mehtap
ŞAHİN, İsmet : “Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye’deki Uygulamalar”, **Amme İdaresi Dergisi**, 30/3 Eylül 1997. ss.77-96.
- VINING, Aidan R.
GLOBERMAN, Steven : “Contracting-Out Health Care Services : A Conceptual Framework”, **Health Policy**, 10 October 1998, pp.77-96.
- YOUNG, M.
JUDE, M. : “E-Business Tanımı ve Outsourcing İle Arasındaki Farklar”, **Outsourcing**, Mart-Nisan-Mayıs 2005, ss.30-31.
- YÜCE, B.Civelek
MERSİN, Doğan : “Dış Kaynak Kullanımında Müşteriye Yakınlığın Önemi”, **Outsourcing**, Mart-Nisan-Mayıs 2006, ss.18-25.
- YÜCESAN, Enver : “Hizmet Tedarik Zincirlerinde Eşgüdüm Örnekleri”, **Lojistik Tedarik Zinciri Yönetim Dergisi**, Nisan-Mayıs 2006 a, ss.18-19.

----- : “Hizmet Tedarik Zincirlerinde Eşgüdüm”,
Lojistik&Tedarik Zinciri Yönetim Dergisi, Şubat-
 Mart 2006 b, ss.18-19.

c. Tezler

ARSLANTAŞ, C.Cüneyt : “Yeni Bir Yönetim Stratejisi Olarak Dış Kaynaklardan Yararlanma ve İlaç Sanayinde Faaliyet Gösteren Firmaların Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamaları”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999.

ARSOY, M. Fatih : “Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Türk Sanayinde Bir Uygulama Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, İstanbul 2001.

AYDINLI, Fulya : “Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminde Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Bankacılık Sektöründeki Uygulamalara İlişkin Bir Araştırma”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, İstanbul 2001.

ERGİN, Gülpembe : “Hastanelerde Hizmet İhaleleri : T.C: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Değerlendirmeleri”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003.

GÖKDERE, Halis : “Bilgi Sistemlerinde Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Başarısını Etkileyen Faktörler”, Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, 2000.

KARACAOĞLU, Korhan : “Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Teknoloji İle İlgili Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Türkiye’de Bankacılık Sektöründe Uygulamaları”, Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2001.

ç. İnternet

AKOMEDE ve diğerleri : <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title> (Aralık 2005)

BİLGEN, Semih : <http://www.eee.metu.edu.tr/~bilgen/> (Temmuz.2006)

GREAVER : <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title>(Aralık 2005)

İŞÇİ, Emre

YİĞİT, İhsan : http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/868_2hasta_nelerde_dis_kaynak_kullanimi.pdf (Ekim 2005)

LACITY, M.C.

HIRSCHHEIM, R. : <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title> (Aralık 2005)

OUTSOURCING INSTUTE : <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title> (Aralık 2005)

QUELIN, Duhamel : <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?title> (Aralık 2005)

d. Diğer

CAPITAL : “Outsourcing, Türkiye’den ve Dünyadan Örnek Outsourcing Uygulamaları”, Özel Araştırmalar, Aralık 2004 a.

----- : “Outsourcing’in Yıldızı Parlıyor”, Yıl:3, Sayı:12, Nisan 2004 b.

TUSİAD : “Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri”, Yayın No: TUSİAD-T/2004-09/380, İstanbul, Eylül 2004.

- OUTSOURCING : “ Türkiye’de Dış Kaynak Kullanımı”, Ekim-Kasım 2003, ss.28-29.
- : “Yönetici Olarak Dış Kaynak Kullanımı’nda Kontrolü Elinizde Nasıl Tutarsınız?”, Nisan-Mayıs 2004 a, ss.14-18.
- : “Küresel Dış Kaynak Kullanım Pazarı”, Şubat-Mart 2004 b, ss.36-40.
- : “Temel Yetkinlikleri Belirlemek Ne Kadar Zor?”, Aralık-Ocak 2005 a, ss.18-24.
- : “E-business”, Haziran-Temmuz-Ağustos, 2005 b, ss.60-61.
- : “Outsourcing ve Kaynak Yönetimi”, Eylül-Ekim-Kasım 2005 c, ss.24-27.
- HEINZL, Armin : Information Systems Outsourcing in The Health Care Industry, 18 June 2001.
- HOSPITALS&HEALTH NETWORKS : 2001 Contract Management Survey, October 2001.
- İTO : Sağlık Sektöründe Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri I, Yayın No:2004-03, İstanbul,2004.
- : Sağlık Sektöründe Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri II, Yayın No:2004-22, İstanbul,2004.
- KAMU İHALE KURUMU : Kamu Alımlarına İlişkin Uygulamalı Kılavuz, Haziran 2006.

EKLER

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

12 TEMMUZ 2006

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02-020
Konu : Araştırma İzni

5784

BAKANLIK MAKAMINA

Karadeniz Teknik Üniversitesinin 30.06.2006 tarih ve B.30.2.KTÜ.0.E1.00.00/21/463 sayılı yazısı ile; Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı İşletme Doktora programı tez aşaması öğrencisi Öğr.Gör. Gökhan YILMAZ'ın, Danışman Prof.Dr.Kamil YAZICI yönetiminde "Hastane Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı ve Türkiye Örneği" konulu çalışmasını anket yoluyla, 10 Temmuz – 15 Eylül 2006 tarihleri arasında Bakanlığımıza bağlı 50 yatak üzerindeki hastanelerde yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Öğr.Gör.Gökhan YILMAZ'ın 10 Temmuz – 15 Eylül 2006 tarihleri arasında söz konusu çalışmayı anket yoluyla, 50 yatak üzerindeki Bakanlığımız hastanelerinde yapması ve yapılan araştırma sonucunun bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi kaydıyla uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

Doç. Dr. Osman GÜLER
Genel Müdür V.

OLUR

Uzm. Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Bakan a.
Müsteşar Yardımcısı V.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

14 Temmuz 2006

Sayı : B.10.1.RSH.0.40.00.00/04- 733
Konu : "Hastane Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı
ve Türkiye Örneği" Konulu Araştırma

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalında, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğretim Görevlisi Gökhan YILMAZ tarafından yürütülen "Hastane Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı ve Türkiye Örneği" konulu araştırma, Müdürlüğümüzle işbirliği içinde yürütülmektedir. Bakanlığımıza bağlı hastanelerde uygulanmak üzere, Makamın 12 Temmuz 2006 tarih ve B.10.0.THG.0.10.00.02-020/5784 sayılı Olur'u Ek-1'de yer almaktadır.

Tarafınızca Ek-3'de yer alan anketlerin, ilinize bağlı Ek-2'listesinde yer alan 50 yatak ve üzeri devlet hastaneleri ile 30 yatak ve üzeri özel hastanelerce doldurulması sağlandıktan sonra, değerlendirilmek üzere toplu olarak, 15 Eylül 2006 tarihine kadar Öğr. Gör. Gökhan YILMAZ adına Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO (Tıp Fakültesi Yanı), 61080 Trabzon adresine matbu olarak gönderilmesi hususunda gereğini arz ederim.


Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Müdür

EKLER:

1. Makam Olur'u
2. Hastane Listesi
3. Anket

DAĞITIM:

81 İl Valiliği



Sayın Hastane Yöneticisi,

Günümüzün modern yönetim uygulamalarından biri olan dış kaynak kullanımının (dışarıdan hizmet satın alımının), kamu ve özel kesime ait hastane sektöründeki boyutunu ortaya koymak amacıyla Türkiye genelinde Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı ve Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü işbirliğinde Sağlık Bakanlığı ve özel sektör bünyesinde bulunan hastaneler üzerinde bir araştırma yapılmaktadır.

Bu araştırma çerçevesinde sizlere gönderilen anket, hastane yöneticilerinin değerlendirmelerini saptamak üzere tasarlanmıştır. Anketi hastanelerin tıbbi ve idari hizmetlerinin yönetiminden sorumlu **Başhekim, Tıbbi Direktör, Hastane Müdürü, İşletme Müdürü, Genel Koordinatör** veya eş değer pozisyonlardaki yöneticilerden birinin cevaplandırması yeterlidir. Elde edilen bilgiler akademik çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak, anket değerlendirilmesinde kişi ve kurum adları geçmeyecek, sadece genel sonuçlar öneri olarak kullanılacak ve cevaplayıcılar herhangi bir sorumluluk taşımayacaktır.

Ortak görüşlerin belirlenmesinde bireysel düşüncelerin önemi açıktır. **Veri toplamının güçlüğüne de** göz önünde bulundurarak bu konuda araştırmaya yapacağınız katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, cevaplarınızın mümkün olan en kısa zamanda, bağlı bulunduğunuz İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilmesini rica ederiz.

Saygılarımızla,

Öğr. Gör. Uz. Gökhan YILMAZ

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri MYO
gokhany@ktu.edu.tr

0462-3775703
0543-5350978

Prof. Dr. Kamil YAZICI

Karadeniz Teknik Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi
kyazici@ktu.edu.tr

0462-3772913

ANKET

(Lütfen Kurşun Kalemle Doldurunuz)

1. Hastanenin Adı :	Bulunduğu İl :
2. Hastanenin 2005 Yılı Fiili Yatak Sayısı :	Bulunduğu İlin ya da İlçenin Nüfusu :
3. Hastanenin Mülkiyeti: <input type="checkbox"/> Sağlık Bakanlığı <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> Vakıf Hastanesi <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz):	
4. Hastanedeki Görev Ünvanınız : <input type="checkbox"/> Başhekim <input type="checkbox"/> Hastane Müdürü <input type="checkbox"/> Genel Koordinatör <input type="checkbox"/> Tıbbi Direktör <input type="checkbox"/> İşletme Müdürü <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz) :	
5. Eğitim - Öğrenim Durumunuz : <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora ve üzeri	
6. Yönetim biliminin herhangi bir dalında (hastane yönetimi / işletme yönetimi,vb.) aşağıda belirtilen düzeyde bir eğitim aldınız mı? <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora ve üzeri <input type="checkbox"/> Sertifika <input type="checkbox"/> Almadım	
7. Mevcut göreviniz dahil olmak üzere, yönetici olarak (bölüm şefi, başhekim yrd., müdür yrd., vb.) çalıştığınız süre toplam kaç yıldır? <input type="checkbox"/> 0-3 yıl <input type="checkbox"/> 4-6 yıl <input type="checkbox"/> 7-9yıl <input type="checkbox"/> 10 yıl ve üzeri	
8. Hastanenin fiziki büyüklüğü yaklaşık olarak kaç metrekaredir?m ²	
9. Hastanenin personel sayısı toplam kaç kişidir? Belirtiniz	
10. Hastanenin 2005 yılına ait yıllık geliri :YTL Hastanenin 2005 yılına ait yıllık gideri :YTL (Lütfen ilgili finansal birimle görüşerek rakam olarak belirtiniz.)	
11. 2005 yılında hastaneye dış kaynaklardan herhangi bir hizmet satın aldınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (Cevabınız Hayır ise lütfen 25. soruya geçiniz.)	
12. Hizmet alımından önce ve hizmet alımından sonra hizmet maliyetlerinizi belirlediniz mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

13. 2005 yılında aşağıda belirtilen hizmetlerden satın aldıklarınız için, ilgili kutuları [X] ile işaretleyerek karşısına memnuniyet derecenizi belirtiniz.	Çok Memnunum	Memnunum	Kararsızım	Memnun Değilim	Hiç Memnun Değilim
<input type="checkbox"/> Temizlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Yemek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bilgi işlem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Güvenlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sekreterlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Çamaşırhane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otopark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Genel bina bakım-onarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bahçe işlemleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personel taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> İlaçlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faturalama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Muhasebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malzeme yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Danışmanlık (finansal, hukuksal, proje, vb...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. 2005 yılında aşağıda belirtilen hizmetlerden satın aldıklarınız için, ilgili kutuları [X] ile işaretleyerek karşısına memnuniyet derecenizi belirtiniz.	Çok Memnunum	Memnunum	Kararsızım	Memnun Değilim	Hiç Memnun Değilim
<input type="checkbox"/> Eczane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laboratuvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Teknisyenlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tıbbi Görüntüleme (MRI, CT, vb...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Klinik teşhis ekipmanı bakımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hemşirelik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hekim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hastane yönetimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hastanenin <u>2005 yılındaki</u> hizmet sözleşmelerinin (ihale) toplam bedeli ne kadardır? (Lütfen ilgili finansal birimden bilgi alınız)YTL
15. Tedarikçi firmaların 2005 yılında hastanede çalıştırdıkları personel sayısı toplam kaç kişidir? Belirtiniz.

16. Dışarıdan hizmet satın alma <u>nedenleriyle</u> ilgili aşağıdaki ifadelere <u>katılma düzeyinizi</u> belirtiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
a. Asıl işimiz olan hasta bakımına odaklanmamızı sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hasta bakımında devamlılığı sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hasta tatminini yükseltir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tıbbi ve idari personel yetersizliğini giderir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Klinik hekimlik ve hemşirelik hizmetlerindeki özel uzmanlıkların hastaneye transfer edilmesini sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kadrolu çalışan personel sayısını azaltır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hizmet maliyetlerini düşürür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Yeni ve ileri teknolojileri hastaneye taşır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hizmetin kalitesini yükseltir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kurumsal imajı olumlu yönde güçlendirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hastanenin tıbbi cihaz, ekipman vb. satın alma maliyetlerini başka faaliyetlere aktararak ek kaynak yaratmasını sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Finansal riskleri tedarikçiye aktarır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Yönetimi zor olan işlerin kontrolünü kolaylaştırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Politik etkilerden uzaklaştırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Hastanenin bağlı olduğu üst kurumun (Bakanlığın\Şirketin) isteğidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hizmet satın aldığımız <u>tedarikçi firmaların seçimiyle ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi belirtiniz.</u>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
a. Tedarikçi firmanın sektör ve spesifik tecrübesi bulunmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tedarikçi firmanın diğer hastanelerde sunduğu hizmetlerin durumu yerinde ziyaret edilerek incelenmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tedarikçi firmanın finansal yapısı güçlü olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tedarikçi firma uzun süredir faaliyet gösteren bir firma olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En düşük fiyat teklifi vermiş tedarikçi firma seçilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tedarikçi firmanın nitelikli personel kullanması çok önemlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tedarikçi firmanın teknolojik alt yapısı güçlü olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tedarikçi firma ulusal çapta tanınan bir firma olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tedarikçi firmanın ek katma değer yaratma yeteneği bulunmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tedarikçi firmanın yenilikleri uyarlama hızı yüksek olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tedarikçi firma hastane yönetimiyle ortak iş kültürüne sahip olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Tedarikçi firmayla birlikte çalışma kolaylığı çok önemlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Tedarikçi firmayla geçmişe dayalı ilişkiler bulunmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hastanenizde tedarikçi firmayla olan ilişkiyi kim(ler) yürütmektedir?*Belirtiniz.*

.....

19. Bir hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken çeşitli özelliklerin, size göre önem derecesini aşağıdaki ifadelere göre belirtiniz.	Çok Önemli	Önemli	Kararsızım	Önemsiz	Çok Önemsiz
a. Verilecek hizmet çeşitlerinin tanımları ve açıklamaları olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hizmete ve girdilere ait kalite standartları belirtilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. İhale öncesi ve ihale sürecindeki prosedür süresi ve sonrasındaki hizmetlerin gerçekleştirileceği süreler tespit edilmiş olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Alt sözleşmelerin varlığı ve usulleri belirlenmiş olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sözleşme bedeli, sözleşme bedelinin ödeme zamanı ve oluşabilecek fiyat farklarıyla ilgili şartlar kesinleşmiş olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Denetim yöntemleri ve şartları saptanmış olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Taraflar açısından cezai hükümler ve tazminat yükümlülükleri belirlenmiş olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Bir hizmet alım sözleşmesinde bulunması gereken çeşitli özelliklerin, size göre önem derecesini aşağıdaki ifadelere göre belirtiniz.	Çok Önemli	Önemli	Kararsızım	Önemsiz	Çok Önemsiz
h. Tıbbi cihaz ve ekipmanın tedarikçi firmaya transferi, teslimi ve iade şartları belirlenmiş olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. İnsan kaynakları sayısı ve nitelikleri tespit edilmiş olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Çalıştırılacak personele ait ücret ve sigorta yükümlülükleri belirtilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Personelin sosyal hakları (izin, sendika, ...) belirlenmiş olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Personeli işe alıştırmaya ve hizmet içi eğitim programları belirtilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Personelin işe başlamadan önceki sağlık kontrolleri yapılmış olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Sözleşmenin fesih koşulları açık olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Sözleşme bilgileri gizli olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hizmet alım sürecinde ve sonucunda karşılaştığınız sorunlarla ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi belirtiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
a. Hizmetin denetiminde zorluklarla karşılaşıldı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hizmetin kalitesinde düşüş yaşandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kadrolu personel, işin tedarikçi firmaya devrine direnç gösterdi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hastane personeli kendi işini firma personeline yükledi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tedarikçi firma ve hastane personeli arasında çatışma ortaya çıktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tedarikçi firma işe uygun olmayan nitelikte personel kullandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tedarikçi firma işe uygun olmayan nitelikte teknoloji kullandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hastaneye ait gizli ve önemli bilgiler açığa çıktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hizmetin sunumu kesintiye uğradı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Politik ve idari baskılara maruz kalındı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. 2005 yılında kesintiye uğrayan hizmet alım sözleşmeleriniz varsa belirtiniz. (Yoksa lütfen 22. soruya geçiniz.)					
.....
.....

23. Hizmet satın alımından elde ettiğiniz sonuçlarla ilgili olarak aşağıdaki ifadelere <u>katılma düzeyinizi</u> belirtiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
a. Hasta bakımında süreklilik sağlandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hasta bakımına odaklanmanın sonucunda hasta tatmini arttı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hizmet kalitesi arttı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hizmet maliyetleri düştü.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Yeni ve ileri teknolojiler hastaneye taşındı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tıbbi ve idari personel yetersizliği giderildi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Uzman personelin hastaneye transferi sağlandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hastanenin başka faaliyetler için ek kaynak yaratması sağlandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Etkili kontrol sağlandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Politik etkiler azaldı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. <u>2006 yılındaki</u> hizmet alımı tutarınızda, <u>2005 yılına</u> göre nasıl bir değişiklik bekliyorsunuz?(Lütfen % Belirtiniz) <input type="checkbox"/> Değişiklik beklemiyorum <input type="checkbox"/> Artış Bekliyorum: %..... Belirtiniz <input type="checkbox"/> Düşme Bekliyorum: %..... Belirtiniz
--

25. Hastanenizde, gelecek yıllarda, dışardan satın alarak sunulmasını istediğiniz bir hizmet türü varsa belirtiniz.

(Yalnızca 11. soruya Hayır cevabını verenler cevaplandıracaklardır.) 26. Dışarıdan hizmet satın almama nedenleriyle ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi belirtiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
a. Hastanenin hizmeti kendinin sunması daha ekonomiktir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hastane kendi dahili becerilerini ve uzmanlığını kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hastanedeki personel atıl duruma düşer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hizmet alımı yapmak için gerekli finansal kaynaklar yetersizdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hizmet alımı için kamu ihale sistemi yetersizdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Politik etki ve baskılara maruz kalınmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Satın alınacak hizmetlerin kalite düzeyini belirlemek zordur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Yalnızca 11. soruya Hayır cevabını verenler cevaplandırıcaklardır.) 26. Dışarıdan hizmet satın almama nedenleriyle ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
h. Pazarda yeterli nitelik ve sayıda tedarikçi firma bulunmamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hizmet sunan tedarikçi firmaların fiyat teklifleri yüksektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Hizmet satın almak kadrolu çalışanların çalışma verimini düşürür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hastanenin mevcut hizmet kalitesi olumsuz yönde etkilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Hastane, tedarikçinin sunduğu hizmet üzerindeki kontrolünü kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hastaneye ait gizli bilgiler deşifre olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Hizmet satın alan diğer hastanelerin karşılaştıkları olumsuz örnekler etkileyicidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Hastanenin kurumsal imajı olumsuz yönde etkilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR, TEŞEKKÜR EDERİZ.

Verdiğiniz cevaplara ek olarak belirtmek istediğiniz konuları bu bölüme yazabilirsiniz.

Lütfen cevaplarınızı mümkün olan en kısa zamanda bağlı bulunduğunuz İl Sağlık Müdürlüğüne gönderiniz.

Çalışma sonuçlarının adresime gönderilmesini istiyorum.

ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında Vakfıkebir/Trabzon'da doğan Gökhan YILMAZ, ilk ve orta eğitimini Vakfıkebir'de, lisans eğitimini ise 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulunda tamamladı. 1993-1994 yılları arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde idarecilik görevinde bulundu. 1994-1995 yılları arasında askerliğini yedek subay olarak Samsun Sahra Sıhhiye Merkez Eğitim Komutanlığında yaptı.

1997 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne Araştırma Görevlisi olarak atanan YILMAZ, 1999 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalında yüksek lisans eğitimini bitirdi. 1998 yılından beri Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda Öğretim Görevlisi olarak görevini sürdüren YILMAZ, İngilizce bilmektedir.

Evli ve iki çocuk babasıdır.