

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE DÖNER SERMAYE
HARCAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hüseyin ÖZBAY

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Halk Sağlığı Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Kocaeli

2010

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE DÖNER SERMAYE
HARCAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hüseyin ÖZBAY

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Halk Sağlığı Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

DANIŞMAN
Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN

Kocaeli

2010

ÖZET

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Döner Sermaye Harcamalarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın amacı Sağlık Bakanlığı gelir ve giderleri içinde döner sermaye gelir ve giderlerinin yeri ve büyüklüğünün yıllar itibariyle değişiminin ve gelişiminin genel durumunu ortaya koymaktır.

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmada Sağlık Bakanlığı hastanelerine ait döner sermaye verileri, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından tüm hastanelerden elektronik olarak toplanarak oluşturulan iki ayrı veri tabanından, Genel Bütçe, SB bütçesi ve THGM bütçeleri de Bütçe Kesin Hesap Cetvellerinden yapılan analizlerle oluşturulmuştur.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında, döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulduğunu gözlüyoruz. Döner sermaye gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine oranı 2003 yılında sadece %13,7 iken bu oran sürekli artarak performansa bağlı ek ödemenin başladığı yıl olan 2004’de %105,4, bir sonraki SSK’ya ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığı’na devredildiği yıl olan 2005’de ise %118,6’ya yükselmiş ve sonraki yıllarda yüzde yüzün üzerinde devam etmiştir.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi ile döner sermaye gelirleri karşılaştırılması daha çarpıcı bir tablo ortaya koymaktadır. Döner sermaye gelirinin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesine oranı 1993 yılında %29,1 iken 2001 yılında %201,9 ve 2008 yılında %143,8 olarak gerçekleşmiştir. Son üç yıla bakıldığında %150 ila 200 arasında olduğu görülmektedir. Bu veriler ışığında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde döner sermaye gelirlerinin buna bağlı olarak da harcamalarının genel bütçe kalemlerinden yapılan harcamaların üzerine çıktığı ve son yıllarda sürekli öyle kaldığı söylenebilir.

Ortaya koyulan bu tablonun sebeplerini tam anlamıyla gösterebilmek için bu konularda daha detaylı çalışmalara ve daha ileri analizlere gereksinim duyulacağı açıktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Bakanlığı, Finansman, Döner Sermaye, Sağlık Harcamaları.

ABSTRACT

Assessment of Revolving Fund Expenditures at the Ministry of Health Hospitals

This study aims to lay out the general profile of the changes and developments in the role and size of revolving fund revenues and expenditures in the Ministry of Health revenues and expenditures over years.

In this study, which has a descriptive nature, data on the Ministry of Health hospitals' revenues were electronically collected by the Ministry of Health Directorate General of from two databases covering all hospitals, and analyses were based on the analyses, which were previously conducted by using the General Budget, Ministry of Health and Directorate General of Curative Services budgets are from the Budget Final Accounts Scale.

Given the financing of health care services and distribution of expenditures in Turkey, it could be seen that revolving fund implementations are rising. While the ratio of revolving fund revenues to the Ministry of Health budget was only 13,7 % in 2003, the ratio increased steadily. In 2004, when the performance-based supplementary payment was launched, it was noted 105,4 % and in 2005, when the former SII-affiliated health care facilities and personnel were devolved to the Ministry of Health, it was noted 118,6 % and the increase in the next years was reported over 100 % similarly.

A comparison between the Ministry of Health Directorate General of Curative Services budget and revolving fund revenues lays out a more impressive picture. While the ratio of revolving fund revenues to the Directorate General of Curative Services budget was 29,1 % in 1993, it was reported 201,9 % in 2001 and 143,8 % in 2008. In the last three years, the ratio has been noted 150 % - 200 %. In the light of these data, it could be said that revolving funds revenues depending on this expenditures in the Ministry of Health hospitals have gone beyond expenditures financed by the general budget and this increase is likely to continue over the next years.

Yet, it is obvious that more detailed studies and advanced analyses are necessary to find out the exact reasons for the existing situation.

Key Words: Ministry of Health, Financing, Revolving Fund, Health Expenditures.

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Y¼ksek Lisans Programı s¼resince ¼nemli oranda desteklerini g¼rd¼ę¼m başta tez danıŐmanım Dr. iğdem ağlayan olmak ¼zere, Dr. Onur Hamzaoğlu, Dr. Nilay Etiler ve Dr. Cavit IŐık Yavuz'a, tezin hazırlanmasına verdikleri katkılardan dolayı teŐekk¼rlerimi sunarım.

Tezimde verilerini kullanmama izin veren Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ne de ayrıca teŐekk¼rlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Gerekçe	3
1.2. Amaç ve Kapsam.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	4
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	6
2.2.1. Finansman ile Hizmet Sunumunun Birleştirilmesi.....	9
2.2.2. Finansman Açısından Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	10
2.2.2.1. Sağlık Sisteminin Bileşenleri	10
2.2.2.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	12
2.3. Sağlık Harcamaları	16
2.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamaları.....	18
2.3.1.1. Finansman Açısından 2006 Yılı Öncesi Yapılanma	19
2.3.1.1.1. Devlet Bütçesi	20
2.3.1.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumları.....	21
2.3.1.1.3. Özel Finansman	23
2.3.1.2. Finansman Açısından 2006 Yılı Sonrasında Genel Sağlık Sigortası Yapılanması	24
2.3.1.3. Sağlık Finansmanı Çalışmaları ve Ulusal Sağlık Hesapları	25
2.3.1.4. Kamu Sağlık Harcamaları	27
2.4. Bütçe.....	34
2.4.1. Bütçe Tanımı	34
2.4.2. Türkiye’de Bütçe Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi	34
2.4.3. Türkiye’de Bugünkü Bütçe Mevzuatı ve Uygulaması	36
2.5. Döner Sermaye	39
2.5.1. Döner Sermayenin Tanımı	39

2.5.2.	Sağlık Bakanlığın'da Döner Sermayenin Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları....	40
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
4.	BULGULAR	49
4.1.	Bütçe.....	49
4.1.1.	Sağlık Bakanlığı Toplam Bütçesi	49
4.1.2.	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi.....	54
4.2.	Döner Sermaye	59
4.2.1.	Döner Sermaye Gelirleri.....	59
4.2.2.	Döner Sermaye Giderleri.....	70
5.	TARTIŞMA.....	81
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	86
	KAYNAKLAR.....	88
	ÖZGEÇMİŞ.....	94
	EK.....	95

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BÜMKO	Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü
ES	Emekli Sandığı
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
NHS	Ulusal Sağlık Sistemleri
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SB	Sağlık Bakanlığı
SGP	Satınalma Gücü Paritesi
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
THGM	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TSH	Toplam Sağlık Harcaması
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TÜFE	Tüketici Fiyatları Endeksi
WHO (DSÖ)	Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Roemer'in Dörtlü Sınıflandırması.....	14
Çizelge 2.2. Sağlık Sistemlerini Sınıflamada Örgütlenme ve Finansmana Göre Dünya Bankası Yaklaşımı.....	14
Çizelge 2.3. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları, 2006.....	17
Çizelge 2.4. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Finansmanı	19
Çizelge 2.5. Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamaları, 2002-2008, Türkiye, (Bin YTL).....	29
Çizelge 2.6. Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Nominal Değişimleri, 2002-2008, (%).....	30
Çizelge 2.7. Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamalarının Reel Değişimleri, 2002-2008, (%).....	31
Çizelge 2.8. Yıllara Göre Toplam Gelir ve Personele Dağıtılan Toplam Ek Ödeme Miktarları (2001-2007) (YTL).....	44
Çizelge 2.9. Yıllara Göre Döner Sermaye Gelirleri, Sağlık Bakanlığı Bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesinin Değişimi (1993-2008).....	46
Çizelge 3.1. Araştırma Takvimi	48
Çizelge 4.1. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Orantısı (%) (1979-2009).....	49
Çizelge 4.2. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin TL) (2000-2003).....	50
Çizelge 4.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2000-2003).....	51
Çizelge 4.4 Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin TL) (2004-2008).....	52
Çizelge 4.5. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008).....	53
Çizelge 4.6. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (Bin TL) (2000-2003).....	55
Çizelge 4.7. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2000-2003).....	56
Çizelge 4.8. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (YTL) (2004-2008).....	57

Çizelge 4.9. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2004-2008)	58
Çizelge 4.10. Sağlık Bakanlığı Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine Oranı (1993-2008)	59
Çizelge 4.11. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)	61
Çizelge 4.12. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)	62
Çizelge 4.13. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008).....	63
Çizelge 4.14. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	64
Çizelge 4.15. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008).....	65
Çizelge 4.16. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	66
Çizelge 4.17. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	67
Çizelge 4.18. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirleri % (2006-2008)	68
Çizelge 4.19. Yataklı Tedavi Hizmetleri Döner Sermaye Gelirlerinin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesine Oranı (1993-2008).....	70
Çizelge 4.20. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)	71
Çizelge 4.21. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı* (Bin YTL) (2004-2008)	72
Çizelge 4.22. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)	73
Çizelge 4.23. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı* (%) (2004-2008)	74
Çizelge 4.24. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	75
Çizelge 4.25. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008).....	76

Çizelge 4.26. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008).....	77
Çizelge 4.27. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	78
Çizelge 4.28. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008).....	79
Çizelge 4.29. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlık Sistemi Bileşenleri	11
Şekil 2.2. Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması	19
Şekil 2.3. Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya (GSYH) oranı (1999-2007)	26
Şekil 2.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH'ye oranı (1999-2007).....	26
Şekil 2.5. Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye oranı (1999-2007)	27
Şekil 2.6. Sosyal Güvenlik Kurumları Tedavi Harcamalarının Nominal ve Reel Değişimleri, 2002-2008 (%).....	32
Şekil 2.7. Sosyal Güvenlik Kurumları İlaç Harcamalarının Nominal ve Reel Değişimleri, 2002-2008 (%).....	33
Şekil 2.8. Sosyal Güvenlik Kurumları Toplam Sağlık Harcamalarının Nominal ve Reel Değişimleri, 2007-2008 (%).....	33
Şekil 2.9. 2001 – 2007 Yılları Arasında Toplam Dağıtılan Ek Ödeme Miktarının Toplam Gelire Oranı	45
Şekil 4.1. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin TL) (2000-2003)	50
Şekil 4.2. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2000-2003).....	51
Şekil 4.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)	53
Şekil 4.4 Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008).....	54
Şekil 4.5. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (Bin TL) (2000-2003).....	55
Şekil 4.6. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2000-2003)	56
Şekil 4.7 Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (YTL) (2004-2008).....	57
Şekil 4.8. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2004-2008)	58
Şekil 4.9. Sağlık Bakanlığı Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine Oranı (%) (1993-2008)	60

Şekil 4.10. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)	61
Şekil 4.11. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)	62
Şekil 4.12. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	64
Şekil 4.13. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	65
Şekil 4.14. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	66
Şekil 4.15. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	67
Şekil 4.16. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	68
Şekil 4.17. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirleri % (2006-2008)	69
Şekil 4.18. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)	72
Şekil 4.19. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamaları Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)	74
Şekil 4.20. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	75
Şekil 4.21. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	76
Şekil 4.22. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	77
Şekil 4.23. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	78
Şekil 4.24. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)	79
Şekil 4.25. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)	80

1. GİRİŞ

Temelde kişi ve toplumla ilgili önemli bir kavram olan sağlıkla ilgili olarak bugüne kadar çok çeşitli tanımlamalar kullanılmıştır. Bunların en çok bilineni ve yaygın kullanılanı, Birleşmiş Milletler'in bir kuruluğu olan Dünya Sağlık Örgütünün 1946 yılında yapılan Anayasasında yer alan “*Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir*” şeklindeki tanımlamadır (WHO 1946, s. 1).

Sağlıklı olma hali her kesin arzu ettiği bir durumdur ve sağlığın korunup geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için sağlıklılık durumu sosyo-ekonomik, biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplum bireylerinin davranış ve yaşam tarzlarında gerekli değişikliklerin yapılması ve tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir. Sağlığın politik, toplumsal ve eylemlerle edinildiği, dolayısı ile hastalıkların türlerini, dağılımını ve sonuçlarını etkileyen temel etkenlerin hem politik hem toplumsal hem de ekonomik etkenler olduğu ve bu etkenlerin topluma sunulan sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimini ve niteliğini de belirlediği bilinmektedir (Hamzaoğlu, 1991, s. 1).

Sağlığı etkileyen faktörlerden biri olan ekonomi; “İnsanların ihtiyaçlarına göre kaynakların kıt olduğu fikrinden hareketle bu kıt kaynakların çeşitli şekillerde değerlendirilerek alternatifler arasında en uygun olan kullanımın benimsenmesini sağlamaya çalışan bir bilimdir” şeklinde tanımlanmaktadır (Kurtulmuş, 1998, s. 13, Bertan ve Güler, 1997, s.391).

Bilindiği gibi ekonomi, mal ve hizmetlerin üretimi, ticareti, tüketimi ve dağıtımı gibi ekonominin çeşitli alanları ile ilgilidir. Sağlıkla ilgili konulara uygulanan ekonomi biliminin bir alt disiplini olarak tanımlanan sağlık ekonomisinin faaliyet alanı da sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı, sağlık merkezlerinin ve hastanelerin çalıştırılması ve sağlık hizmetlerinin üretilerek halka yaygınlaştırılması yollarının belirlenmesi gibi sağlık sektöründeki çalışmaları kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998, s. 20-22, Bertan ve Güler, 1997, s.392).

Sağlık ekonomisinin genel amacı sağlığı korumak ve iyileştirmek için tasarlanmış tüm aktivitelerin ekonomik yönlerini araştırmaktır. Bunların arasında sağlık hizmeti finansman yöntemleri, sağlık hizmeti ürünleri üretimi, sağlık hizmeti çalışanlarının eğitimi, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi, dağıtımı ve sağlık hizmeti

ürünlerinin ve girişimlerinin uygulanması vardır. Sağlık ekonomisi; etik, kalite, yararlanım, verimlilik ve eşitlik ilkelerini kullanır (Smith ve ark., 2003).

“Gelişmişlik düzeyleri ne olursa olsun ülkelerin sağlık durumları “finansman”, “örgütlenme biçimi” ve “insan gücü” olarak sıralanabilen üç alanda değerlendirilerek belirlenebilir” (Hamzaoğlu, 1991, s. 1).

Ülkelerin sağlığı söz konusu olduğunda sağlık sisteminden bahsetmek gerekir. Yukarıda sayılan üç alan bir ülkenin sağlık sisteminin en önemli unsurlarıdır. “Günümüzün karmaşık dünyasında, bir sağlık sisteminin ne olduğunu, nelerden oluştuğunu ve nerede başlayıp nerede sona erdiğini kesin bir şekilde söylemek zor olabilir.” (WHO 2000, s. 5).

Sağlık sistemlerinin anlatıldığı DSÖ Dünya Sağlık Raporu 2000 tüm yönleriyle dünya sağlık sistemlerini incelemektedir. Bu raporda büyük ölçüde günümüzde çokça bahsedilen konular daha çok Dünya Bankası yaklaşımları doğrultusunda piyasacı, özerkleşmeci/özelleştirmeci bir bakış açısıyla anlatılmaktadır. Rapora göre ülke sağlık sistemlerinin ülkede yaşayanlar için gerçekleştirmeye çalıştığı hedefleri vardır. Buna göre, sağlık sistemlerinin yalnız insanların sağlığını iyileştirmek değil, aynı zamanda onları hastalığın mali masrafına karşı korumak ve onlara saygıyla davranmak gibi bir sorumluluğu vardır. Dolayısıyla, sağlık sistemlerinin üç temel hedefi vardır. Bunlar:

1. Hizmet verdikleri nüfusun sağlığını geliştirmek;
2. İnsanların beklentilerine cevap vermek;
3. Hastalık-sağlığın masraflarına karşı mali koruma sağlamaktır (WHO, 2000, s. 8).

Rapor, eğer sistem yukarıdaki üç amacı başarıyla gerçekleştirmek istiyorsa, bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken dört genel fonksiyonun olduğunu söyler. Bunlar:

- Hizmetlerin sağlanması
- Kaynakların yaratılması
- Finansman
- İdare (Stewardship) (WHO, 2000, s. 25; WHO, 2005, s.7).

Yukarıdan da anlaşılacağı üzere sağlık sektörü için önemli olan dört kavram vardır ve bunlar çeşitli şekillerde birbirleriyle ilişki halindedirler. Aslında bu dört kavramın birbirlerine tercih açısından öncelikleri yoktur. Ancak bu çalışmada bunların oluşmasında çok önemli olan finansman kavramının Sağlık Bakanlığı Hizmet Sunucularının verdiği

hizmetlere karşılık aldığı bedellerden oluşturduğu döner sermaye gelirleri ve bunların harcandığı kalemler üzerinde durulacaktır.

1.1.Konunun Önemi ve Gerekçe

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarını karşılamada, üç temel finansman kaynağı vardır. Genel Bütçeden ayrılan pay, döner sermaye gelirleri ve fon gelirleri. Fon gelirleri son yıllarda azaldığı için, genel bütçeden ayrılan payların döner sermaye gelirleriyle karşılaştırılması önem kazanır.

Sağlık Bakanlığı, 2002 yılında, koruyucu sağlık hizmetleri anlayışına aykırı olmasına rağmen, sağlık ocağı gibi birinci basamak sağlık birimlerinde de, döner sermaye uygulamasına başlamıştır. Bu hızlı artışı dikkate alındığında, döner sermaye harcamalarının 2010'da genel bütçeden yapılan harcamaları geride bırakacağı ileri sürülebilir. Üniversite hastanelerinde giderek yaygınlaşan ve derinleşen döner sermaye uygulaması Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında da hızla artmaktadır. Ancak döner sermaye gelirleri bu yolla arttıkça sosyal güvenlik kuruluşlarının, resmi kuruluşların ve yurttaşların yaptığı sağlık harcamalarının da olabildiğince artacağı öngörülmektedir (Tıp Kurumu, 2004).

Bu nedenlerle sağlıkta, buna bağlı olarak da Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde döner sermaye harcamalarının boyutunun bilinmesi önem kazanmaktadır.

1.2.Amaç ve Kapsam

Bu çalışmanın amacı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde döner sermaye gelir ve giderlerinin yıllar itibariyle değişimi ile Sağlık Bakanlığı gelir ve giderleri içinde döner sermaye gelir ve giderlerinin yeri ve büyüklüğünün yıllar itibariyle değişiminin gösterilmesidir.

Ayrıca döner sermaye gelirlerinden harcanan toplam miktar ve bu kapsamda alınan mal ve hizmetler, döner sermaye kaynaklarından yapılan yatırım miktarları ve döner sermayeden çalışanlar için gerçekleştirilen ek ödeme miktarlarının yıllar itibariyle dağılımının saptanması da bu çalışmanın amaçları arasındadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanu'nun 2. Maddesinde sağlık hizmetleri “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1961; Sağlık Bakanlığı, 2001).

Sağlık hizmetleri, Türk Dil Kurumu tarafından “sağlık konularını içeren çalışma alanı” olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, sağlık hizmetleri dilimizde genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamında kullanılır (Fişek, 1985, s. 4).

Sağlık hizmetinin amacı kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu koruyup geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır. Kişi sağlığını ve ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen başlıca unsurlar birlikte incelendiğinde, ülkenin genel ekonomik durumu, gelir dağılımı ve ülkede uygulanan resmi sağlık politikaları o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerini belirleyen en önemli etkenlerdir. Bunun yanında örgütsel ve mesleki unsurlar ile kişisel unsurlar da sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen etmenlerdir (Sargutan, 1997, s. 14).

Sağlık hizmetiyle ilgili çeşitli sınıflamalar yapılmaktadır. Bunlardan birinde sağlık hizmeti dörde ayrılır:

- a) Tıbbi Teknoloji ve İlaç
- b) Tıbbi Bakım Hizmeti
 - i. Bireye Yönelik Tedavi Edici Hizmetler
 - ii. Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetler
- c) Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler
- d) İdari Hizmetler ile Otelcilik Hizmetleri

şeklinde sınıflandırılmıştır (Belek, 2001, s. 40)

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ise Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesini “Sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu anlayışından hareketle, sağlık hizmetlerini yurttaşların yaşadığı en uç yerlere kadar yayarak, herkesin bu hizmetlerden hakça yararlanmasını, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesini ve halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlayarak toplumun sağlık düzeyini

geliştirmeyi amaçlayan örgütlenme ve hizmet biçimidir” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2001).

Sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana bileşenden oluşmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri; doğrudan tehlikenin kendisi ile yapılan mücadeledir. Koruyucu sağlık hizmetleri, birey sağlığını korumak için bireye yönelik çabaların yeterli olmadığına anlaşılması ile birlikte yaygınlaşmış ve toplum sağlık göstergelerinin yükseltilmesinde ciddi katkılar sağlamıştır. Aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha önlemleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliğinin önlenmesi gibi çevre şartlarının kontrolü faaliyetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamına girmektedir (Fişek, 1985, s. 4-6, Dirican ve Bilgel, 1993, s. 52).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı sadece kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleri değil, bununla birlikte kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma gibi hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, hastaların sakatlık ve nüksten korunmasını da kapsar. Erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler de koruyucu hizmetlerden sayılmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2001, Fişek, 1985, s. 19, Dirican ve Bilgel, 1993, s. 507-508).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin sağlıklı olma durumunun ortadan kalkması durumunda verilen sağlık hizmetidir. Burada, toplum yerine bireyin yararı ön plana çıkmaktadır. Ancak, bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, bireyin hastalığı toplum sağlığını da tehdit ediyorsa, bu durumda bireysel ve toplumsal fayda bir arada gerçekleşmiş olmaktadır.

Bunların yanında yine aynı yönergede kişiye yönelik tedavi edici hizmetler de basamaklandırılmaktadır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların, ilk başvurduğu hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilir (Sağlık Bakanlığı, 2001, Dirican ve Bilgel, 1993, s. 52).

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatırılarak muayene ve tedavileridir (Sağlık Bakanlığı, 2001, Dirican ve Bilgel, 1993, s. 53).

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkanlara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle en üst düzeyde tıp teknolojisi kullanılan özel dal ya da eğitim hastanelerinde verilir (Sağlık Bakanlığı, 2001, Dirican ve Bilgel, 1993, s. 53).

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulmasına rağmen kişinin sağlık durumunda kalıcı kayıplara neden olması halinde sunulan ve kişinin normal yaşama en az kayıpla döndürülmesini amaçlayan hizmetler bütünüdür.

Rehabilitasyon yolu ile kapsamlı ve birbiri ile ilişkili hizmetler götürerek sakat ve çalışma gücünü yitiren veya sosyal bakımdan dezavantajlı durumda olan kişilerin refahına hizmet edilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri kapsamında; fizik tedavi, gerekli araç-gereçlerin temini ve bunların kullanımı için gerekli eğitim, bireysel ve mesleki danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, sakatların özel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak yaşadıkları mekanlarda gerekli değişikliklerin yapılması ve uygun özelliklerin kazandırılması için öğretim ve mesleki eğitim verilmesi ve sosyal çalışmacılar tarafından bu kişilerin uygun işlere yerleştirilmesi ve işe uyum sağlanması gibi bütüncül hizmetler bulunmaktadır (Fişek, 1985, s. 6, Dirican ve Bilgel, 1993, s. 53, Kurtulmuş, 1998, s. 92).

2.2.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin sunumu hizmetin finansmanı ile doğrudan ilişkilidir; bu da ülkenin ekonomik yapılanmasına ve dünyada mevcut olan ekonomik modeller ile olan ilişkisine bağlıdır. Sağlık finansman sistemi esas olarak daha kapsayıcı bir bütünün, sağlık sisteminin içinde yer alan temel bileşenlerden birisidir (Belek, 2009, s. 155).

Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır.

DSÖ'ye göre sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapmadır (WHO, 2000, s.95-97).

“Finansman sağlık sisteminin parasal yönünü ifade eder. Sistemin finansman boyutu, hizmetin finansmanı için bir fona ihtiyaç duyulduğu gerçeği de göz önünde bulundurularak, kendi içinde dört bileşene ayrılabilir:

- a) Parasal kaynakların hangi toplum kesimlerinden-hangi sınıflardan toplanacağına karar vermek. Ya da hangi sınıfların kaynak havuzuna ne oranda katkıda bulunacaklarını önceden belirlemek. Fonun üzerine oturacağı toplumsal sınıflar.
- b) Fonun hangi teknikle oluşturulacağını, paranın hangi yollarla toplanacağını kararlaştırmak. Paranın toplanma teknikleri.
- c) Oluşturulan fonu tahsis etmek. Tahsisat.
- d) Tahsisatta hangi ödeme biçimlerinin kullanılacağını saptamak. Ödeme biçimleri” (Belek, 2001, s. 87).

Sağlık hizmetleri, dünya genelinde ağırlıklı olarak üç yöntemle finanse edilmektedir. İlki, her vatandaşın hak sahibi olduğu, genel vergilerle finansmanın sağlandığı vergiye dayalı modeldir. İkincisi, yasalarla tanımlanmış kurallara bağlı olarak katılımın zorunlu olduğu, vatandaşların kendileri için ödenen primlerle hak sahipliği kazandığı finansman modeli olan sosyal sigorta modelidir. Üçüncüsü ise, tamamen özel sigortalar veya cepten ödemelerle finansmanı sağlanan, devletin kişilerin sağlık harcamaları konusunda kendisini sorumlu hissetmediği finansman modelidir (Başbakanlık, 2005, s.61).

OECD üyesi ülkeler sağlık finansmanı ve sağlık hizmet sunumu için çok farklı kurumsal yapıları kullanırlar. Her bir yaklaşımın çok geniş bir seviyede görünen güçlü ve zayıf yanları vardır, teşvik şekilleri kurumsal ve denetim yapılarına bağlıdır (OECD, 2004, s.21).

OECD ülkelerinde sağlık sistemlerinin finansmanı; kamu sağlık fonları, özel sağlık sigortaları ve cepten ödemelerle sağlanmaktadır.

- Kamu sağlık fonları: Bütün OECD ülkelerinde mevcuttur. Sağlık harcamalarının OECD ülkelerinde kamu oranı ortalama %72 kadardır. Kamu fonları genel vergiler veya kamu sağlık sigortaları ile karşılanır. Kamu sağlık sigortasının avantajı sağlık hizmetleri için gelire orantılı prim ödemesi yapılmasıdır.

- Özel sağlık sigortası: OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının %6 kadarı özel sağlık sigortası kapsamındadır. Amerika ve İsviçre’de nüfus kapsamı temelde özel sağlık sigortasıdır. Almanya ve Hollanda’da minör bir grup özel sağlık sigortası

kapsamındadır. Macaristan, Japonya, Kore ve Meksika’da özel sağlık sigortası çok yaygın değildir. Diğer ülkelerde özel sağlık sigortaları veya cepten ödemeler teminat paketlerindeki boşlukları doldurmak için kullanılır.

- Cepten Ödemeler: OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının ortalama %19’udur (OECD, 2004, s.22).

Ülkelerin sağlık hizmetini nasıl finanse ettikleri ve ne şekilde hizmeti sunduklarının değerlendirmeleri yapılırken bazı kriterlere dikkat etmek gerekmektedir. Seçilen sistemin toplum sağlığını ne derecede iyileştirdiği, koruma altına aldığı, ne kadar ekonomik olduğu ölçülebilmelidir.

Ülkelerin sağlık finansman sistemleri incelenirken, hem sağlık için ayrılan kaynaklar hem de bu kaynakların ne kadar etkili kullanıldığı göz önüne alınmalıdır. Özellikle sağlık sisteminin finansmanında, farklı finansman kurumlarından farklı hizmet sunucularına aktarılan fonların şekli ve miktarı, bu fonların kullanımları sağlanan sağlık hizmetlerinin ortaya konulması gereklidir (Kartal ve ark., 2004, s.vii).

Sağlık hizmetinin örgütlenmesi üzerine doğrudan belirleyici bir rol oynayan sağlık sektörü finansmanı sağlık hizmetlerinin ne şekilde sunulacağını da belirlemektedir. Sağlık sektörü bir hizmet sektörü olmasına, doğrudan mal üretmemesine rağmen mal üretimi sürecinin sürekliliğini sağlayacak önemli bir işlevi yerine getirmektedir. Sağlık hizmeti üretimi mal üretiminde destek sistem görevi yürütmektedir. Kapitalist ekonomide üretilen sağlık hizmeti mal üretimi sürecinde yer alan işçi ve emekçilerin emek güçlerinin yenilenmesini sağlamaktadır. Genel olarak toplum sağlığının önemi ise genel emek güçlerinin yıkımına neden olabilecek risklerin ortadan kaldırılması yoluyla aynı amaca hizmet eder niteliğindedir.

Sağlık hizmetleri ilk kez dönemin başat ekonomik yapılanması olan kapitalizmle birlikte standardize edilmeye başlanmış ve toplum düzeyinde örgütlenmiştir. Böylece üretim kesintisiz bir biçim kazanmış, kapitalist sanayi önce makineleşmiş, sonra da bilgisayarlaşmıştır. Bu gelişmelerle üretim daha nitelikli emek gücü ile sürdürülmeye başlamıştır. Daha nitelikli emek gücü ise daha nitelikli yaşam koşullarına gereksinim duymaya başlamıştır. Emek gücünün bu gereksinimi, ekonomik ve siyasal mücadelelerine de yansımıştır (Belek, 1995, s. 14-15).

Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar, kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmaları gerektiğini gündeme getirmiştir Böylece bu kaynakları verimli bir

şekilde kullanmak, herkese finansal koruma sağlarken finansmanda adaleti gözetmek ve kaynak oluşturma yöntemlerinin hanehalklarının yoksullaştırmasını engellemek hedefleri de bulunmaktadır (WHO, 2000, s.95, Yenimahalleli-Yaşar, 2007, s. 4).

2.2.1. Finansman ile Hizmet Sunumunun Birleştirilmesi

Sağlık hizmet finansmanı ve hizmet sunumu sisteminin kontrolünün kamu tarafından yapılması veya yönetimin seviyesinin, maliyet kontrolü ve etkililik üzerine önemli etkileri vardır. Sistemlerde çok fazla farklılıklar olmasına rağmen, OECD ülkeleri genellikle aşağıda anlatılan üç yaklaşımdan birini kullanmaktadır.

- *Kamu bağlantılı model* bütçeden finanse edilen sağlık hizmeti sunumu ile kamu sektörünün bir parçası olan hastaneleri birleştirmektedir. Bu sistemler sigorta ve hizmet sunumunu birleştiren, bir kamu birimi gibi düzenlenir ve yönetilirler. Çalışanlar genellikle maaş ile ücretlendirilir (bazı durumlarda doktorların kendi hastaları olmasına karşın) ve çoğunlukla kamu sektörü çalışanlarıdır. Bütün nüfusu kapsama almak bu tür sistemlerde kolaydır ve toplam maliyetlerin kontrol altına alınması sistem bütçenin kontrolünde olduğu için daha kolaydır. Bununla birlikte çıktıları iyileştirmek, etkiliği arttırmak veya kaliteyi sürdürmek ve hasta ihtiyaçlarını karşılamak için teşvikleri yetersizdir. Ödeme sistemlerinin hizmet sunucu çıktılarına bağlı olan ayaktan bakımda bu çok önemli değildir.

- *Kamu sözleşmeli modelde* kamu ödeme kurumları sağlık hizmeti sunan özel kuruluşlar ile anlaşılır. Tek ödeme kurumu olan sistemlerde hizmet sunucular karşısında güçlü bir pozisyon sağlar (kamu bağlantılı modelde olduğu gibi) ve çok ödeme kurumlu sistemden daha az yönetim maliyetlerini gerektirir. Bir çok kamu sözleşmeli modelde özel hastaneler ve klinikler kar amaçsız kurumlar olarak faaliyet gösterirler. Genellikle ayaktan bakımı bağımsız sözleşmeli kurumlar sunarlar. Bu sistemler kamu bağlantılı modellerden daha fazla hasta ihtiyacının karşılanmasını sağlar, ancak sağlık hizmeti maliyetlerinin kontrolünde daha az başarılıdır ve kamu otoritelerinin fazladan kontrol ve denetim yapmalarını gerektirir.

- *Özel sigorta/sunucu modelinde* özel sigorta ile sunucular (genellikle kar amaçlı) birlikte bulunurlar. Sigorta kapsamına girmek bazen mecburi (İsviçre), bazen gönüllüdür (Amerika Birleşik Devletleri). Ödeme sistemleri klasik olarak aktiviteye bağlıdır ve sistem büyük oranda kişilerin tercihlerine ve ihtiyaçlarına duyarlı oluşturulmaktadır, fakat maliyet kontrolü çok zayıftır. Buna bağlı olarak Amerika Birleşik

Devletleri'nde 1990'larda hacim ve maliyet kontrolünü teşvik için yönetilen sağlık hizmeti planları hızlıca yaygınlaşmıştır. Bu düzenlemeler çerçevesinde sigortacılar rekabet halindeki hizmet sunucuları arasından seçimle belirledikleri kurumlarla kontrat yaparlar ve hastaların hizmet sunucuları ve hizmetleri seçmesini kısıtlarlar. (OECD, 2004, s.22-25)

2.2.2. Finansman Açısından Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

2.2.2.1. Sağlık Sisteminin Bileşenleri

Sağlık sistemi incelemeleri 1930'lu yıllardan itibaren başlamıştır. 1991-1993 yıllarında Milton Romer Milli Sağlık Sistemlerini analiz ettiği kapsamlı araştırmasını iki ciltlik bir kitapta toplayarak, sağlık sisteminin belirleyicilerini ekonomik, politik ve kültürel olmak üzere üç ana grupta toplamıştır:

1. Ekonomik Belirleyiciler: Kişi başına düşen gayri safi milli hasıla, toplam milli kaynaklardan sağlık sektörüne ayrılan pay, milli gelirin ülke bireylerine dağılımı

2. Politik Belirleyiciler: Toplum dinamikleri ile ilişkili olan bu oluşum, toplumları yakından etkileyen endüstri ilişkileri, sanayileşme, uluslararası ilişkiler, savaşlar, ideolojiler, işçi hareketleri, büyük ekonomik olayların politik yapı üzerinde kalıcı ve önemli etkiler yaratan tarihsel süreçlerdir.

3. Kültürel Belirleyiciler: Birçok sosyal ve çevresel faktör kültürel belirleyici olarak tanımlanmıştır (Sargutan, 2006, s. 23, Kılıç ve Aksakoğlu, 1995, s. 8).

Sağlık Sistemleri incelemeleri yapılırken sistemi oluşturan dört bileşenden söz edilmektedir.

1. Hizmetin Sunumu (kamu, özel sektör)

2. Fonun Oluşturulması (cepten, genel vergiler-bütçe usulü, sağlık sigortası, dış yardımlar)

3. Ödeme Yöntemleri (hizmet başı, vaka başı, günlük fiyat, sabit fiyat, kişi başı)

4. Finansman ve Hizmetin Buluşturulması (hizmetin satın alınması)

a. Sunum ile finansmanın aynı kurumlarca yapılması (direkt sistem): Türkiye'de SB ve SSK ile eski sosyalist ülkeler, İngiltere'de NHS, Kuzey Akdeniz ülkeleri.

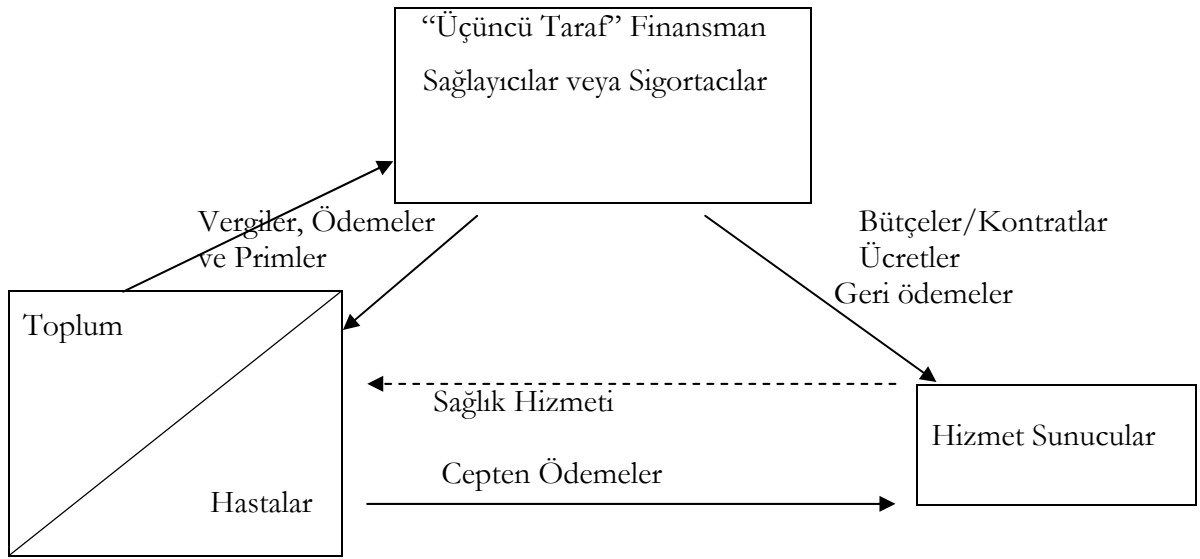
b. Sunum ile finansmanın ayrı kurumlarca yapıldığı durumlar (indirekt sistem): Endüstrileşmiş ülkelerin hemen hepsi.

5. Hizmetin satın alınmasının direkt indirekt oluşumu aynı anda bir arada bulunabilen 4 ana biçim belirlemektedir: Kamu-kamu, kamu-özel, özel-kamu, özel-özel (Belek, 1995, s. 16).

OECD'ye göre sağlık sistemleri çok farklı kurumlardan oluşsa da, temel olarak üç grup arasındaki karşılıklı ekonomik ilişkiden oluşmaktadır;

1. Toplum, hastalandığında sağlık hizmetine gereksinim duyanlar (sağlık hizmet alıcıları),
2. Sağlık hizmet sunucuları,
3. Finansman Sağlayıcılar veya Sigortacılar.

Bir sağlık sistemini anlayabilmek ve problemlerini teşhis edebilmek için, sistematik olarak bu üç grup arasındaki finansal ve hizmet akışını ayırt etmek gerekir (Yenimahalleli-Yaşar, 2007, s. 4).



Şekil 2.1. Sağlık Sistemi Bileşenleri

Bu yaklaşıma göre, hizmet sunucu sağlık hizmetleri kaynaklarını hastalara, hastalar veya finansal koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyiciler ise finansal kaynakları hizmeti sunanlara aktarmaktadırlar (Yenimahalleli-Yaşar, 2007, s. 4).

Birçok OECD sağlık sistemi, ağırlıklı olarak bu ilişkilerden birine sahip olmakla birlikte, birden fazla farklı ilişkinin olduğu karmaşık yapıya sahiptir.

2.2.2.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sistemleri literatürde geçen bir başka ifadeyle “sağlık hizmeti sistemleri”nin sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, organizasyonu, hizmet kalitesi gibi birçok unsura doğrudan etkisi bulunmaktadır. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında çoğunlukla kullanılan temel kriter ise hizmetin finansman şeklidir.

Finansman yönünden sınıflandırmada 3 nokta dikkat çekmektedir.

1. Farklı sağlık sistemlerinin gelişimi ile somutlanan sürecin ekonomi politikası
2. Bir sağlık sisteminin yapısal bileşenleri ve bu alanda gözlenen çeşitlilik
3. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında kullanılacak kavramsal çerçeve (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995, s. 4-5).

Sağlık sistemlerinin ilk kapsamlı incelenmesinin 1931 yılında Amerikan Hayır Derneğine yapılan inceleme olduğu söylenebilir. Birkaç Avrupa ülkesinin sağlık sigortası uygulamalarını inceleyen bu çalışmayı, II. Dünya Savaşı sonrası uluslararası karşılaştırmalı sağlık sistemleri araştırmaları izlemiştir. 1946 yılında kurulan Birleşmiş Milletler teşkilatının çeşitli organlarının bu alanla doğrudan ilgilenmesi sistemsel sınıflandırma çalışmalarına ağırlık verilmesine yol açmıştır (Sargutan, 2006, s. 11).

Daha sonraları önemli bir ülke sağlık sistemleri sınıflaması oluşturacak olan Milton I. Roemer 1948 yılında bu alandaki ilk çalışmasını yapmıştır. 1959 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 157 ülkenin sağlık sistemlerini inceleyen çalışması ilk geniş çaplı yayındır. Ray H. Elling, Mark G. Field, Milton Teris sınıflandırma çalışmalarında bulunan birçok araştırmacıdan en önemlileridir. Bu konuda en kapsamlı çalışmayı ise Milton I. Roemer yapmış olup çalışmasını zaman içinde sürekli geliştirmiştir. (Sargutan, 2006, s. 11-15).

1980 yılında Milton Teris, DSÖ'nün yayınında yer alan çalışmasında Roemer'in 1960 yılında önerdiği sınıflandırmayı, daha basitleştirerek 3 ana grupta toplamıştır. Milton Teris, sağlık sistemlerini;

- Toplumsal Yardım
- Sağlık Sigortası
- Ulusal Sağlık Hizmeti

olarak gruplandırmıştır (Sargutan, 2006, s. 16, Kılıç ve Aksakoğlu, 1995, s. 5-6).

Ray H. Elling 1980, 1981 ve 1989 yıllarında yaptığı çalışmalarda, ülkelerin sağlık sistemlerini, ülkelerin işçi hareketinin gücüne bağlı olarak 5 tipte sınıflandırmıştır;

- Kapitalist özlü: ABD, İsviçre, Batı Almanya

- Kapitalist özlü, sosyal refah: Kanada, Büyük Britanya, İsviçre, İskandinav ülkeleri
- Endüstrileşmiş sosyalist uyumlu: SSCB, Doğu Almanya, Doğu Avrupa
- Sosyalist uyumlu, dünyaya kapalı: Çin, Küba, Nikaragua, Tanzanya
- Diğer ülkeler (Sargutan, 2006, s. 17, Kılıç ve Aksakoğlu, 1995, s. 9).

Roemer'e göre bugün tüm sağlık sistemlerinin kendi aralarında ilişkili olan beş büyük aktivite bileşiminden oluştuğunu söylemek mümkündür. Gelişmişlik seviyesi ne olursa olsun ülkelerin sağlık sistemleri kendilerini oluşturan 5 temel unsur olan; kaynaklar, örgütlenme, ekonomik destek, yönetim ve hizmet sunumu özelliklerine göre analiz edilebilir. Bu bileşenlerin özellikleri ülke sağlık sistemlerinin hangi tipte oluşacağını önemle etkilemektedir.

Bütün sağlık sistemlerinin örgütlendirmelerinde, niteliği ve özellikleri devletin müdahale derecesine göre değişen bir özel sağlık piyasasının var olduğuna inanan Roemer, sağlık sistemlerinin tipini devletin piyasaya/sağlık piyasasına müdahale derecesine göre gruplandırmıştır. Buna göre

1. Özel teşebbüs / Serbest pazar tipindeki sağlık sistemleri gurubu
2. Refah yönelimli tipindeki sağlık sistemleri gurubu
3. Kapsayıcı / Bütüncül tipindeki sağlık sistemleri grubu
4. Sosyalist / Merkezi planlama tipindeki

olmak üzere 4 grupta toplayarak ayrıca kişi başına GSMH payına göre de dört alt grupta detaylandırılmıştır (Sargutan, 2006, s. 23, Kılıç ve Aksakoğlu, 1995, s. 8).

Çizelge 2.1. Roemer'in Dörtlü Sınıflandırması

Sistem	Ülke Örnekleri
GİRİŞİMCİ	ABD (Sanayileşmiş) Filipinler (Gelişmekte Olan) Kenya (Yoksul)
SOSYAL YÖNELİMLİ	Kanada, Japonya, Almanya (Sanayileşmiş) Peru (Gelişmekte Olan) Hindistan (Yoksul)
BÜTÜNCÜL	İngiltere, İsveç (Sanayileşmiş) Kosta Rika (Gelişmekte Olan) Sri Lanka (Yoksul)
SOSYALİST	SSCB (Sanayileşmiş) Küba (Gelişmekte Olan) Çin (Yoksul)

Kaynak: Toplum Hekim (1995). Sayı 64-65, s. 8

Çizelge 2.2'de görüldüğü gibi 1993 yılında Dünya Bankası, biri örgütlenme ve finansman yöntemlerine göre, diğeri ise kişi başına düşen milli gelire göre iki farklı sınıflama daha yapmıştır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995, s. 8).

Çizelge 2.2. Sağlık Sistemlerini Sınıflamada Örgütlenme ve Finansmana Göre Dünya Bankası Yaklaşımı

ÖRGÜTLENME	FİNANSMAN
KAMU	Genel vergiler (Bütçe) Sosyal sigorta Özel sigorta Doğrudan harcama
ÖZEL (Kar Amaçlı)	Genel vergiler (Bütçe) Sosyal sigorta Özel sigorta Doğrudan harcama
ÖZEL (Kar Amaçsız)	Genel vergiler (Bütçe) Sosyal sigorta Özel sigorta Doğrudan harcama

Kaynak: Toplum Hekim 64-65, s. 8

DSÖ 1993 yılında, Ortak Pazar'a üye (OECD) ülkelerinde 3 modelin yaygın bulunduğunu belirtmektedir.

1. Kapsayıcı Model (Vergi Yoluyla Finans): İngiltere
2. Kamu Kontratı Modeli (Zorunlu Sigorta): Almanya

3. Kamu Geri Ödeme (Önce kişi ödemeyi yapar sonra sigortadan alır): Fransa, Belçika (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995, s. 8)

Tüm bu sınıflandırmaların artık güncelliğini kaybetmesi nedeniyle yeni bir sınıflama modeli oluşturma çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmalarda ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflandırılması sağlık sistemlerinin yapısına (ülkedeki baskın sağlık finansmanına göre) öncelikli olarak üç ana gruba ayrılmış, daha sonra ikinci aşamada da siyasal yapılarına, ulusal gelirin toplum içindeki ve sektörler arasındaki dağılımına ve sosyo ekonomik yapılarına bakılarak alt gruplar oluşturulmuştur. Bu yaklaşımla ülkelerdeki sağlık çıktıları yani sağlık göstergeleri arasındaki farklılıkları, sağlık sistemlerinin değil o ülkede egemen olan üretim ilişkilerinin oluşturduğu ortaya konulmuştur (Hamzaoğlu ve ark., 2006, s. 322-324):

1. Özel Sigorta

1.1. Merkez Kapitalist Ülke: ABD

1.2. Bağımlı Kapitalist Ülkeler: Namibya, Uruguay

2. Kamu Sigortası

2.1. Merkez Kapitalist Ülkeler: Almanya, Avusturya, Belçika, Lüksemburg, İsviçre, Güney Kore

2.2. Merkez Kapitalist, Sosyal Yönelimli Ülkeler: Fransa, Japonya, Hollanda

2.3. Bağımlı Kapitalist Ülkeler: Şili, Endonezya, Meksika, Arjantin, Guatamala

2.4. Bağımlı Kapitalist, Sosyal Yönelimli Ülkeler: Bolivya, Kosta Rika

2.5. Kapitalistleşme Sürecindeki Ülkeler: Çek Cumhuriyeti, Çin, Rusya Cumhuriyeti, Slovakya

3. Genel Bütçe

3.1. Merkez Kapitalist Ülkeler: Danimarka, Yeni Zelanda, İsrail, İspanya

3.2. Merkez Kapitalist, Sosyal Yönelimli Ülkeler: Avustralya, Kanada, Finlandiya, Yunanistan, İrlanda, Norveç, İtalya, İsveç, İngiltere

3.3. Bağımlı Kapitalist Ülkeler: Brezilya, Hindistan, Filipinler, Türkiye, Sierra Leone

3.4. Bağımlı Kapitalist, Sosyal Yönelimli Ülkeler: Sri Lanka, Venezüella

3.5. Kapitalistleşme Sürecindeki Ülkeler: Bulgaristan, Polonya, Romanya

3.6. Sosyalist Ülkeler: Küba, Kuzey Kore.

2.3.Sağlık Harcamaları

Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar “Sağlık Harcaması” olarak kabul edilmektedir (Kartal ve ark., 2004, s. xiii).

Bir başka deyişle, sağlık hizmetlerini finanse etmek için yapılan harcamalardır. Sağlık hizmetleri özel ya da kamu kaynaklarından finanse edilebilir. Dolayısıyla sağlık harcamaları da özel ya da kamusal nitelikli olabilir. Özel sağlık harcamaları bireylerin cepten yaptığı harcamaları ve özel sigortaların harcamalarını içerir. Kamu sağlık harcamaları ise genel bütçe ve sosyal güvenlik kurumları olmak üzere iki kaynaktan gelir (Nalçacı ve ark., 2006, s. 229).

Sağlık harcamaları ulusal sınırlar içinde yorumlanırken ve uluslararası düzeyde karşılaştırmalar yapılırken birçok gösterge kullanılmaktadır. Bunlar;

Toplam Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla içindeki payı.

Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Kamu Harcamaları içindeki payı.

Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki payı.

Kamu Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla içindeki payı.

Kamu Sağlık Harcamasının Özel Sağlık Harcamasına oranı.

Kişibaşı Toplam Sağlık Harcaması.

Kişibaşı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması.

Özel ve Kamu Sağlık Harcamalarının yaş, cins, bölge, gelir ve eğitim gruplarına dağılımıdır.

Bu göstergeler yıllık değerleri üzerinden hesaplanır ve yıllar itibariyle karşılaştırmalarda kullanılırlar. Görüldüğü gibi sağlık harcamalarının yorumlamalarında kamu-özel ayırımı ve yaş, cins, bölge, eğitim durumu, gelir grubu, sınıf gibi çeşitli sosyo-demografik özellikler kullanılır. İncelemelerin yıllar boyunca yapılması değerini arttırmaktadır (Belek, 2009, s. 143-144).

Çizelge 2.3'te OECD ülkelerine ait sağlık harcamaları gösterilmiştir.

Çizelge 2.3. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları, 2006.

	Kişi Başı GSYİH SGPS	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması SGPS	Toplam Sağlık Harcaması (TSH)'nın GSYİH'ya Orantısı %	Kamu Sağlık Harcamasının TSH'ya Orantısı %
Avusturya	35 695	3 606	10,1	76,2
Belçika	33 512	3 462	10,3	
Danimarka	35 218	3 362	9,5	84,1
Finlandiya	32 728	2 668	8,2	76,0
Fransa	31 316	3 449	11,0	79,7
Almanya	31 949	3 371	10,6	76,9
Yunanistan	27 232	2 483	9,1	61,6
İrlanda	40 893	3 082	7,5	78,3
İtalya	29 168	2 614	9,0	77,2
Lüksemburg	59 176	4 303	7,3	90,9
Hollanda	36 537			
Portekiz	20 851	2 120	10,2	70,6
İspanya	29 383	2 458	8,4	71,2
İsveç	34 870	3 202	9,2	81,7
İngiltere	32 961	2 760	8,4	87,3
Avustralya	35 952	3 141	8,7	67,7
Kanada	36 814	3 678	10,0	70,4
Çek Cumhuriyeti	22 042	1 509	6,8	88,0
Macaristan	18 155	1 504	8,3	70,9
İzlanda	36 561	3 340	9,1	82,0
Japonya	32 002	2 578	8,1	81,3
Kore	23 038	1 464	6,4	55,7
Meksika	12 090	794	6,6	44,2
Yeni Zelanda	26 234			
Norveç	51 947	4 520	8,7	83,6
Polonya	14 674	910	6,2	69,9
Slovakya	17 584	1 308	7,4	68,3
İsviçre	38 119	4 311	11,3	60,3
Türkiye	11 535	591*	5,7*	71,4*
ABD	43 864	6 714	15,3	45,8
OECD Ortalama	31 070,0	2 915,2	9,0	73,1
AB Ortalama	34 099,3	3 067,1	9,2	77,8

*2005 yılı verisidir

**2000 yılı verisidir

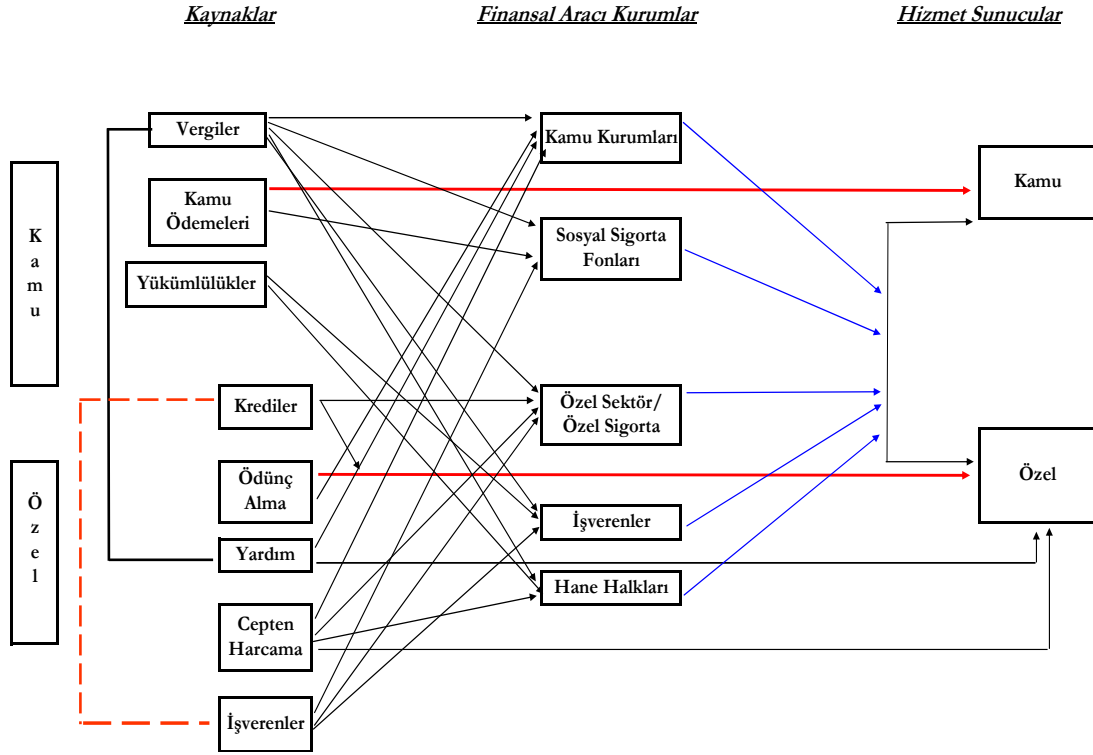
Kaynak: OECD HEALTH DATA 2008, Aralık 2008

Çizelge 2.3 incelendiğinde, ülkemiz sağlık harcamalarının OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında göreceli olarak düşük olduğu, GSYİH orantılarında da diğer ülkelerin altında kaldığı, ancak toplam sağlık harcaması içinde kamu sağlık harcamaları oranısının gelişmiş ülkeler düzeyinde olduğu görülmektedir.

2.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Harcamaları

Türkiye’de sağlık sistemi finansmanı karma bir yapıya sahiptir (Şekil 2.2). Finansman kurumları ile hizmet sunucuların birbirine geçmiş olması nedeniyle –örneğin Sağlık Bakanlığı hem sağlık bakım hizmetlerini finanse etmekte hem de aynı zamanda hizmet sunmaktadır- bir kurumun hesaplarında sağlık harcamaları olarak görünen bazı kalemler başka bir kurumun hesaplarında gelir kalemleri olarak yer almaktadır. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane-halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane-halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır (Kartal ve ark., 2004, s. 1, Dünya Bankası, 2003, s.136).

Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmiş olsa da bu yapı büyük oranda devam etmektedir.



Şekil 2.2. Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması

Kaynak: OECD Sağlık Hesapları Sstemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, SB RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, SB-HM-2004/08, Aralık 2004.

2.3.1.1. Finansman Açısından 2006 Yılı Öncesi Yapılanma

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasıyla birlikte tamamen Sosyal Sigorta ağırlıklı bir sistem uygulanmaktadır denebilir, ancak bir çok ülkede olduğu gibi, sağlık sistemlerinde uygulanan tüm finansman modellerinin örnekleri olan kurumların varlığı devam etmektedir. 2006 yılında GSS uygulamasına geçilmeden önce bu yapı daha da belirgin şekilde görülmektedir.

Çizelge 2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Finansmanı

Sosyal Sigorta Sistemi	Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi	Özel Sağlık Sistemi
<ul style="list-style-type: none"> - SSK, SSK Tarım - Bağ-Kur, - Bağ-Kur Tarım - Emekli Sandığı - Özel Sandıklar 	<ul style="list-style-type: none"> - Memurlar - Yeşil Kart Sahipleri - 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç Vatandaşlar 	<ul style="list-style-type: none"> - Özel Sağlık Sigortaları - Cepten Ödemeler

Kaynak: Başbakanlık, 2005, s.62.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı;

– Temelde vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe;

– Bağ-Kur, SSK, ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilen sosyal güvenlik katkıları;

– Özel sağlık kurumlarına ve Özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır (Liu ve ark., 2005, s. 19).

2.3.1.1.1. Devlet Bütçesi

Memurlar

Genel bütçe vergi gelirleri, Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri aracılığıyla kamunun vatandaşlarına sağladığı sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde toplumun belli bir kesimini hedefleyen programlar da bulunmaktadır. Bunlardan biri aktif devlet memurları için olup tüm kamu kurumlarında çalışan bütün devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık finansmanını sağlamaktadır (Liu ve ark., 2005, s. 19).

Yeşil Kart

Belirli bir gruba yönelik diğer bir program ise Yeşil Kart programıdır. Bu programın amacı sigortası olmayan yoksul kişilerin sağlık harcamalarını karşılamaktır. (Liu ve ark., 2005, s. 20).

1991 yılında çıkartılan ve 1992 yılında yürürlüğe giren 3816 sayılı Yasa ile Yeşil Kart yararlanıcılarına ücretsiz sağlık hizmeti sağlanır. Bununla birlikte, TBMM’de 14 Temmuz 2004 günü kabul edilen ve 21 Temmuz 2004 günü Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 5222 sayılı kanunla; 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanmasına İlişkin Yasa"da yapılan değişiklikle Yeşil Karnelilerin ayaktan tedavi hizmetlerinden yararlanabilmesinin önü açılmıştır. Düzenleme ile Yeşil Kart sahibi vatandaşların, Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak tedavi hizmetlerinin yanısıra, ayaktan tedavi, muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi hizmetleri ile ilaç bedelleri genel bütçeden karşılanmaktadır. Yeşil Kart uygulaması, genel sağlık sigortasına geçilinceye

kadar çözüm sağlayan geçici bir çözüm yolu olarak görünmektedir (Mollahaliloğlu ve ark., 2007, s. 111-112).

Yeşil Kart alabilmek için, istekli kişi Türk vatandaşı olmalı, başka hiç bir sağlık sigortasından yararlanmamalı, ve 1475 sayılı Yasa ile belirlenen asgari ücretin üçte birinden daha az bir maaş alıyor olmalıdır (vergiler ve sosyal sigorta primleri hariç).

Yeşil Kart programı Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Sağlık tedavisi harcamaları Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir yönetmeliğe göre karşılanır. Yeşil Kart programı genel vergiler ile Sağlık Bakanlığı aracılığı ile finanse edilmektedir ve yeşil kartlıların sağlık harcamaları 2008 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinden transfer edilmekteydi. Ancak 2008 yılından itibaren GSS'nin uygulanmaya başlanması ile Yeşil Kart sahiplerinin sağlık giderleri için ayrılan kaynak Sağlık Bakanlığı Bütçesine aktarılmayacak ve bu harcamalara ilişkin ödemeler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılacaktır (Mollahaliloğlu ve ark., 2007, s. 111-112).

2.3.1.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumları

Devlet, sosyal güvenlik şemsiyesi altında yaşayan vatandaşlarının ücretlerinden yapmış olduğu sosyal güvenlik kesintileri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratmaktadır. Bu kesintiler sadece çalışan sigortalıdan ve işverenden yapılmakta olup bakmakla yükümlü olduğu kişilerden herhangi bir kesinti yapılmamaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kapsamında olan insanların çokluğu yüksek miktarda katkı anlamına gelmemektedir (Liu ve ark., 2005, s. 20).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren SSK özel sektör çalışanlarına, kamu sektörü çalışanı olan işçilere ve tarım sektöründeki çalışanları ile bütün bu üç grubun bakmakla yükümlü olduğu kişilere emeklilik ve sağlık hizmetleri sağlamaktadır. Sağlık sigortası ile endüstriyel kazalar, mesleki hastalıklar, hastalık, doğum, iş göremezlik, yaşlılık ve kazazedelik gibi farklı konularda sosyal güvenlik sigortası sağlar. Kurum, 1946'da "İşçilerin Sigorta Örgütü" olarak kurulmuş ve 1965'de Sosyal Güvenlik Mevzuatı'nın yürürlüğe girmesiyle bugünkü halini almıştır .

SSK kapsamında 2005 yılı itibariyle işçiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil tahminen 37,9 milyon kişi bulunmaktadır. SSK sağlık hizmetleri esas itibarıyla çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler ile finanse edilmektedir (Liu ve ark., 2005, s. 20, Mollahaliloğlu ve ark., 2007, s. 108-109).

2005 yılına kadar sağlıkla ilgili konularda, SSK, sağlık hizmeti olarak, ülke çapında faaliyet gösteren 118 hastanesi, 219 sağlık istasyonu (Sağlık Bakanlığı'nın sağlık evlerine benzer yapılar) ve 189 dispanseri (Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocaklarına benzer yapılar) ile hem sigorta hem de tedavi hizmetleri sağlayan bir kurum iken; 19.02.2005 tarihinde çıkarılan 5283 sayılı Yasa ile diğer tüm resmi kurum sağlık tesisleri ile birlikte SSK'nın sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK üyeleri, Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinin yanı sıra, üniversite ve özel sağlık hizmetlerinden de yararlanabilmektedirler. (Mollahaliloğlu ve ark., 2007, s. 108-109).

Bağ-Kur

Bağ-Kur, 1479 ve 2926 sayılı Yasalar kapsamında kendi hesabına çalışan serbest meslek sahiplerine yönelik bir sigorta sistemidir. Bindokuzyüzyetmişbir yılında 1479 sayılı Yasa ile serbest meslek sahipleri için kurulmuş fakat zaman içinde kapsamı genişletilerek işsizleri, ev hanımlarını, yaşlıları, Türkiye'de yaşayan Türk uyruklular (yabancı bir ülkenin pasaportunu taşıyan) ve yurt dışında çalışanların meslek sahibi olmayan eşlerini de kapsar hale gelmiştir., Bağ-Kur hizmetleri kapsamına 1983'de kendi işini kuran tarım çalışanları da alınmıştır. (Yasa Numarası: 2926). Sigorta kapsamına 1985-86'da, sağlık sigortası da eklenmiştir. Şubat 1999'dan bu yana tarım işçilerine de sağlık sigortası sunulmaktadır. Tüm Bağ-Kur üyeleri tüm yataklı, ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerinden yararlanırlar. Bağ-Kur'un kendine ait sağlık kurumları yoktu fakat diğer hizmet sağlayıcılarla sözleşme yaparak kapsamdaki hizmetleri sağlamaktaydı (Mollahaliloğlu ve ark., 2007, s. 109-110, Liu ve ark., 2005, s. 22).

Emekli Sandığı

Emekli Sandığı (ES) 1950 yılında 5434 sayılı Yasa ile "beyaz yakalılar" (memurlar) ve askeri personele emeklilik ve malullük maaşı sağlamak amacıyla kurulmuştur. Başlangıçtaki kapsam daha sonra genişletilmiş ve yerel yönetim konseyi üyelerini, milletvekillerini, askeri okul öğrencilerini ve tüm devlet memurlarını da kapsamıştır. ES, aktif olarak çalışan ya da emekli üyelerinden belirli bir sağlık sigortası primi toplamaz. Genel hatlarıyla sistem devlet bütçesiyle desteklenir. ES, tüm emekli devlet memurlarının sağlık ihtiyaçlarını, bu üyelerinden yalnızca ilaçlar için % 10 oranında ek ödeme alarak karşılar (Mollahaliloğlu ve ark., 2007, s. 110-111).

Hastanede yatış, bireyin devlet memurluğu içindeki derece kademesine dayanmaktadır. Bağ- Kur'da olduğu gibi, Emekli Sandığı da sağlık kurumları işletmemekte ancak kamu ve özel sağlık kurumlar ile sözleşmelerle hizmet satın almaktadır (Liu ve ark., 2005, s. 23).

Yukarıda sayılan bu üç ayrı kurum, Sosyal Sigortalar Kurumu , Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlar gereği 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu hükümleri gereğince, merkez ve taşra teşkilâtlarının kadroları ile kadrolarında görev yapan memur ve işçileri ile her türlü taşınır ve taşınmazları, tapuda adlarına kayıtlı olan taşınmazları ve hizmet binaları, araç, gereç, malzeme, demirbaş ve taşlıları, alacakları, hakları, borçları, iştirakleri, dosyaları, yazılı ve elektronik ortamdaki her türlü kayıtları ve diğer dokümanları bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla görevleri ile birlikte Sosyal Güvenlik Kuruma'na devredilmiştir (Mollahaliloğlu ve ark., 2007, s. 110-111).

2.3.1.1.3. Özel Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında özel finansman önemli bir yer tutmaktadır. Bu alanda yapılan harcamalar özel sigorta ve cepten ödemeler şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Özel Sigorta

Türkiye'de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990'lı yıllardan itibaren izin verilmiştir. Türkiye özel sağlık sigorta şirketleri için cazip bir pazar olmakla beraber mevcut durumda nüfusun sadece yaklaşık %1'i özel sağlık sigortası kapsamındadır. Katılımcıların %60'ı grup (işveren) sigortasında, %40'ı ise bireysel sigortadadır. Özel sigorta kurumları buna ilave olarak, dış, ayakta check-up ve göz hizmetleri gibi hizmetlerle kamunun sağladığı sağlık sigortasına ilave sigorta sağlamaktadırlar (Liu ve ark., 2005, s. 22).

Cepten Ödemeler ve Katkı Payı

İnsanların kendi gelirlerinden gerçekleştirdiği sağlık harcamaları cepten ödemeler olarak adlandırılmaktadır. Kişiler satın aldıkları sağlık hizmetlerinin tamamını ya da bir kısmını kendileri karşılamak durumunda kalabilmektedir. Cepten yapılan ödemeler, kurumlara yapılan doğrudan ödemeler özel hekim ve gönüllü sağlık sigortalarına ödenen primler, ilaç ve hizmetlere yapılan katkı payları şeklinde olabilir. Sağlık hizmetlerine ilişkin özel harcamalar düzenli olarak kayıt altına alınamadığı için Türkiye'de cepten ödemelerin düzeyi ile ilgili güvenilir tahminlerde bulunmak zordur (Liu ve ark., 2005, s. 23).

2.3.1.2. Finansman Açısından 2006 Yılı Sonrasında Genel Sağlık Sigortası Yapılanması

Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiş, söz konusu kurumların kanunları dışındaki düzenlemelerinden kaynaklanan farklılıkların giderilmesi için yönetmelik değişiklikleri yapılmıştır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2006a).

Sosyal güvenlik reformunun hayata geçirilebilmesi için 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” da Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde 31/5/2006 tarihinde kabul edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı 31.05.2006 tarihinde TBMM tarafında kabul edilmişse de Aralık 2006’da Anayasa Mahkemesince 21 maddesi iptal edilmiştir. Hükümet kurulduktan sonra, Anayasa Mahkemesinin iptal gerekçelerini karşılayan ancak norm ve standart birliği amacını da koruyan yeni bir tasarı hazırlanmış ve tasarıda iptal edilen maddeler dışında bazı zorunlu değişiklikler de yapılmıştır. Yeniden düzenlenen tasarı TBMM’de 17 Nisan 2008 tarihinde kabul edilerek yasalaşmıştır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008).

Genel sağlık sigortası sistemi, bir sigorta sistemi olup sistem yararlanıcılarından toplanacak prim esasına dayanmaktadır. Ülkede yaşayan halkın tümünü kapsayan her sağlık sigortası modeli genel sağlık sigortası değildir. Nüfusun tümünü içine alan fakat finansmanı genel bütçeden, vergilerden karşılayan bir sağlık sistemi, bir sigorta modeli olarak düşünülmemelidir. Genel sağlık sigortası sistemine üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Sistemin temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından biridir (Çakıcı, 2006, s. 156).

Genel sağlık sigortası sistemi, tüm vatandaşları kapsamı altına almayı amaçlamakta ve prim yükümlülüğü karşılığında, “Temel Teminat Paketi” ile tanımlanan sağlık hizmetlerini sunmayı hedeflemektedir. Bu anlamda temel amaç “sağlık sigortacılığını” yönetim, uygulama ve finansman bakımından emeklilik sigortaları ve sosyal hizmetlerden ayırıştırarak, profesyonel bir sistem oluşturmaktır. Bu yolla bugün sağlık sigortası alanında yaşanan karmaşanın, çok başlılığın önüne geçilerek, tam anlamıyla uygulama standartlarının yakalanabildiği, norm birliğinin oluşturulduğu bir sistemin hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır (Çakıcı, 2006, s. 156).

Ülkemizde yaşayan herkes için eşit ve norm birliği sağlanmış sağlık güvencesi

oluşturulması amacıyla çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince, 01 Temmuz 2008 tarihi itibarıyla Kurumdan gelir ve aylık alanlar için, 01 Ekim 2008 tarihi itibarıyla da diğer (SSK, Bağ-Kur, ES) kişiler için genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Devlet Memurları 15 Ocak 2010 ve Yeşil Kartlılar 1 Ekim 2010'da GSS kapsamına alınacaktır.

2.3.1.3. Sağlık Finansmanı Çalışmaları ve Ulusal Sağlık Hesapları

Ülkelerin sağlık harcamalarının tanımlanması ve ölçümü son yıllarda politika belirleyicilerinin önemle üzerinde durdukları bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe, diğer sektörlerde de olduğu gibi ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle sağlık sektöründeki politika belirleyiciler ve planlamacıların amaçlarını gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmeleri için mevcut kaynakların miktarını ve sınırlılıklarını bilmeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım benimsendiği takdirde sağlık sektöründe karar verme konumunda bulunan kişi ve grupların kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü ile şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda doğru bilgiye ihtiyaçları olacaktır. Sağlık harcamalarının tahminine yönelik çalışmaların temel amacı bu türde bilgiyi sağlamaktır (Kartal ve ark., 2004, s. xiii).

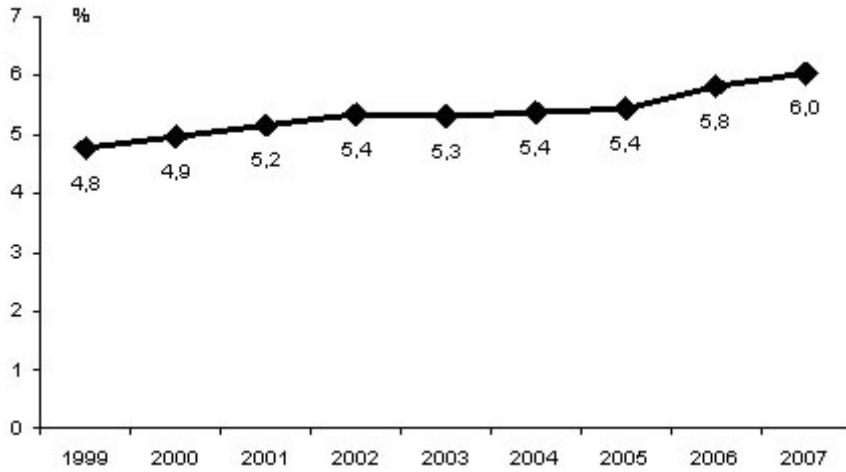
Sağlık harcamalarının tahminine yönelik olarak yapılan Ulusal Sağlık Hesaplarında temel vurgu, kimin ne için ne kadar ödeme yaptığını entegre bir biçimde ortaya koymaktır. Bu çerçevede Ulusal Sağlık Hesapları için tanımlanan üç temel gruptan söz edilebilir.

- Nihai finansman kaynağı olan kurumlar
- Kaynakları nihai finansman kurumlarından hizmet sunucularına aktaran kurumlar
- Hizmet sunucuları (Kartal ve ark., 2004, s. 1).

Ülkelerin Ulusal Sağlık Hesaplarını (USH) geliştirmelerinin genellikle iki önemli amacı bulunmaktadır: Birincisi ve en önemlisi, kendi sağlık sistemlerinin performansını iyileştirmede kullanılabilecek temel bilgileri sağlamak ve ikincisi ise uluslar arası karşılaştırma ve raporlamalarda yer almaktır (Kartal ve ark., 2004, s. xiii).

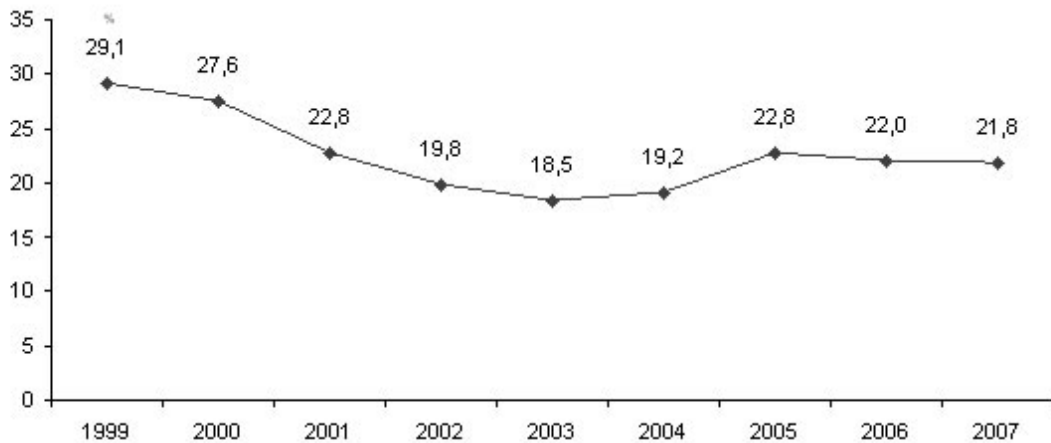
En saon gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Hesapları çalışması sonuçları özet olarak TÜİK tarafından bir bülten yayınlanarak duyurulmuştur. Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünce, 1999-2000 yılları için OECD Sağlık Hesapları Sistemine (SHS) uygun olarak üretilen Sağlık

Harcamaları İstatistikleri, TÜİK tarafından aynı yöntem kullanılarak (OECD ve EUROSTAT ile uyumlu) 2001-2003 yılları için revize edilmiş, 2004 yılı için yeniden hesaplanmış, 2005-2007 yılları için ise ilk defa üretilmiştir (TÜİK, 2010, s.1).



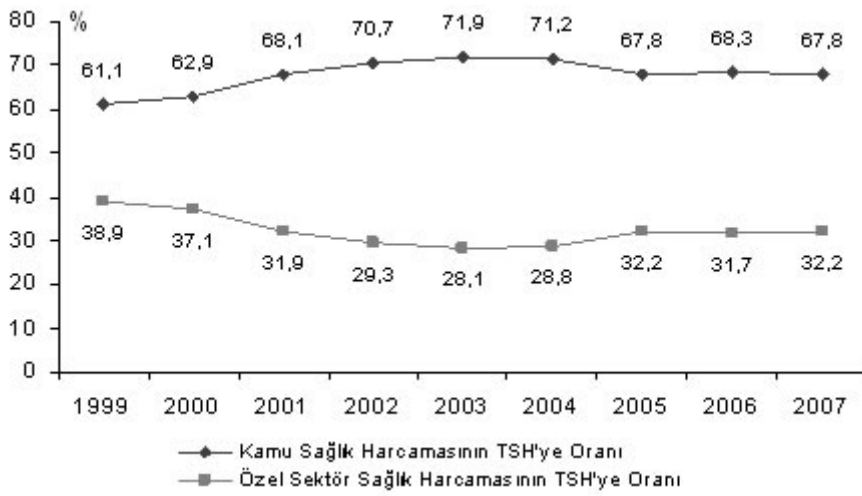
Şekil 2.3. Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya (GSYH) oranı (1999-2007)

1999 yılında %4,8 olarak gerçekleşen TSH'nin GSYH'ye oranı, 2007 yılı itibariyle %6'ya yükselmiştir. 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 78,7 TL (186 ABD\$) iken, 2007 yılı kişi başı sağlık harcaması 724,6 TL (553 ABD\$) olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2010, s.1).



Şekil 2.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH'ye oranı (1999-2007)

OECD Sağlık Hesapları Sistemine göre oluşturulan bu Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasında kamu kurumu niteliğinde oluşturulan yapılarda toplanan tüm primlerle yapılan harcamalar kamu harcaması niteliğinde kabul edilmektedir. Buna göre kişilerin gelirleri oranında kişi veya işverenlerinden kesilerek oluşturulan fonlardan yapılan harcamalar hiç bir şekilde cepten harcama olarak kabul edilmemektedir. Cepten harcama olarak yukarıda belirtilen oranda sadece kişilerin doğrudan cepten yaptıkları harcama, katkı ve katılım payları ifade edilmektedir. Kişilerden kesilen primler göz önünde bulundurulursa bu oranların çok daha yüksek olması beklenir.



Şekil 2.5. Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye oranı (1999-2007)

1999 yılında TSH'nin % 61,1'i Kamu tarafından, % 38,9'u Özel Sektör tarafından gerçekleştirilirken, 2007 yılında bu oranlar sırasıyla % 67,8 ve % 32,2 olmuştur (TÜİK, 2010, s.2).

2.3.1.4. Kamu Sağlık Harcamaları

Sağlık için yapılan kamu harcamaları Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Üniversiteler, Sosyal Dayanışma Fonları, Diğer Bakanlıklar ve Devlet Kurumları, Yerel Yönetimler, Kamu Teşebbüsleri, Memurlar ve Sosyal Güvenlik Kurumları (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) tarafından yapılan harcamalardan oluşur. Sağlık için yapılan özel harcamalar ise bireylerin ve ailelerin, şirketlerin ve özel sigorta planlarına katkı payı ödeyen bireylerin kendi ceplerinden ödediği tedavi ve ilaç

harcamalarını kapsar (Dünya Bankası, 2003, s. 136).

Kamu sağlık harcamaları yukarıda belirtilen kapsam çerçevesinde konuyla ilgili kurumlar tarafından takip edilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak takip edilen ancak tüm kamuyu kapsamayan bu nedenle de sosyal güvenlik kurumları sağlık harcamaları olarak hazırlanan rapordan alınan çizelgeler aşağıdadır. Çizelge 2.7’de yıllar itibariyle harcamaların rakamsal değerleri verilmiştir. Çizelge 2.8’de yıllar itibariyle nominal değişimler ve Çizelge 2.9’de ise yıllar itibariyle reel değişimler gösterilmektedir (S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009).

Çizelge 2.5. Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamaları, 2002-2008, Türkiye, (Bin YTL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU							
Tedavi	3.652.217	4.270.476	5.459.432	6.723.000	9.178.000	11.058.277	14.652.327
SSK Hastaneleri	1.801.532	1.190.515	708.884	206.000			
Sağlık B.Tesisleri	813.100	1.269.175	2.348.833	3.431.000	5.432.000	6.373.403	7.349.484
Üniversite Hastane	0	734.533	925.566	1.088.000	1.302.000	1.496.678	2.260.688
Özel Kuruluşlar	0	460.840	684.936	1.041.000	1.661.000	2.343.196	4.385.711
Diğer	1.037.585	615.413	791.213	957.000	783.000	845.000	656.444
İlaç	4.301.754	5.615.095	6.405.057	7.196.000	8.294.000	8.830.187	10.728.759
Toplam	7.953.971	9.885.571	11.864.489	13.919.000	17.472.000	19.888.464	25.381.086
MEMUR							
Tedavi	849.172	1.063.078	1.240.673	1.303.000	1.626.509	1.740.731	1.775.349
Sağlık B.Tesisleri	352.000	449.000	435.000	521.000	536.748	666.026	595.155
Üniversite Hastane.	497.172	574.020	670.000	665.000	764.459	752.294	466.008
Özel Kuruluşlar		40.058	135.673	117.000	309.037	322.412	682.444
Diğer							31.742
İlaç	817.000	972.410	1.220.015	821.000	802.534	972.978	943.429
Toplam	1.666.172	2.035.488	2.460.688	2.124.000	2.429.043	2.713.709	2.718.778
YEŞİL KART							
Tedavi (2003-04 Bütçe+Fon,2005 bütçe)	702.606	956.630	995.725	1.047.000	1.983.793	2.595.101	2.730.527
Sağlık B.Tesisleri	537.000	744.573	803.080	841.000	1.690.556	2.156.693	2.247.843
Üniversite Hastane.	165.606	212.057	192.645	206.000	293.237	424.974	460.037
Özel Kuruluşlar							
Diğer						13.434	22.647
İlaç	113.000	213.233	135.348	762.000	926.769	1.304.875	1.298.843
Toplam	815.606	1.169.863	1.131.073	1.809.000	2.910.562	3.899.976	4.029.370
GENEL TOPLAM	10.435.749	13.090.922	15.456.250	17.852.000	22.811.605	26.502.149	32.129.234
Tedavi	5.203.995	6.290.184	7.695.830	9.073.000	12.788.302	15.394.109	19.158.203
İlaç	5.231.754	6.800.738	7.760.420	8.779.000	10.023.303	11.108.040	12.971.031

*Kaynak: Kurumların harcamaları Strateji Geliştirme Başkanlığı vasıtasıyla ilgili Sosyal Güvenlik Kuruluşlarından alınmıştır. 2005 yılında SSK hastanelerinin devrinden sonra personel maaşları genel bütçeden karşılandığından 2003 ve 2004 yılı SSK personel giderleri hariç tutulmuştur.

Kaynak: S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.

Çizelge 2.6. Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Nominal Değişimleri, 2002-2008, (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU							
Tedavi		16,93	27,84	23,14	36,52	20,49	32,50
SSK Hastaneleri		-33,92	-40,46	-70,94			
Sağlık B.Tesisleri		56,09	85,07	46,07	58,32	17,33	15,31
Üniversite Hastane			26,01	17,55	19,67	14,95	51,05
Özel Kuruluşlar			48,63	51,99	59,56	41,07	87,17
Diğer		-40,69	28,57	20,95	-18,18	7,92	-22,31
İlaç		30,53	14,07	12,35	15,26	6,46	21,50
Toplam		24,28	20,02	17,32	25,53	13,83	27,62
MEMUR							
Tedavi		25,19	16,71	5,02	24,83	7,02	1,99
Sağlık B.Tesisleri		27,56	-3,12	19,77	3,02	24,09	-10,64
Üniversite Hastane.		15,46	16,72	-0,75	14,96	-1,59	-38,06
Özel Kuruluşlar			238,69	-13,76	164,13	4,33	111,67
Diğer							
İlaç		19,02	25,46	-32,71	-2,25	21,24	-3,04
Toplam		22,17	20,89	-13,68	14,36	11,72	0,19
YEŞİL KART							
Tedavi (2003-04 Bütçe+Fon,2005 bütçe)		36,15	4,09	5,15	89,47	30,82	5,22
Sağlık B.Tesisleri		38,65	7,86	4,72	101,02	27,57	4,23
Üniversite Hastane.		28,05	-9,15	6,93	42,35	44,93	8,25
İlaç (2003-04 Fon, 2005 Bütçe)		88,70	-36,53	462,99	21,62	40,80	-0,46
Toplam		43,43	-3,32	59,94	60,89	33,99	3,32
GENEL TOPLAM							
Tedavi		20,87	22,35	17,90	40,95	20,38	24,45
İlaç		29,99	14,11	13,13	14,17	10,82	16,77

Kaynak: S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.

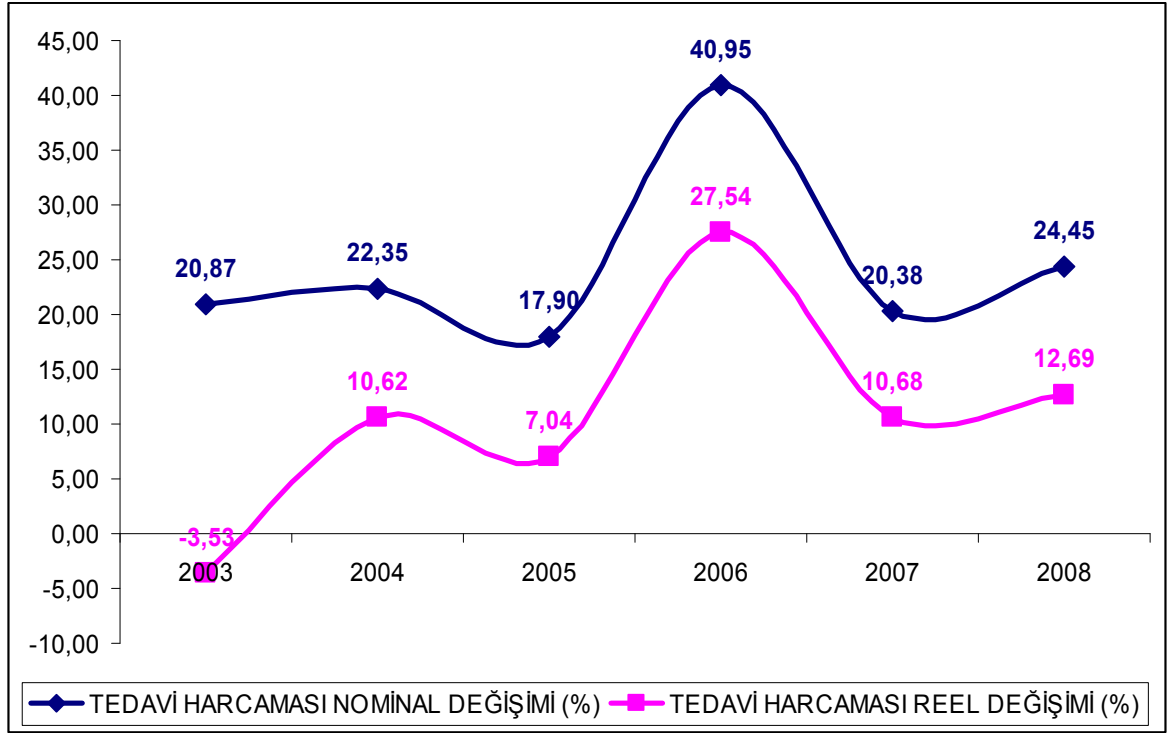
Çizelge 2.7. Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamalarının Reel Değişimleri, 2002-2008, (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TÜFE*		25,3	10,6	10,14	10,51	8,76	10,44
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU							
Tedavi		-6,68	15,59	11,81	23,53	10,78	19,98
SSK Hastaneleri		-47,26	-46,16	-73,62	-	-	-
Sağlık B.Tesisleri		24,57	67,33	32,62	43,26	7,88	4,41
Üniversite Hastane			13,93	6,73	8,29	5,69	36,77
Özel Kuruluşlar			34,38	37,99	44,38	29,71	69,47
Diğer		-52,66	16,24	9,82	-25,96	-0,77	-29,66
İlaç		4,17	3,14	2,01	4,30	-2,11	10,02
Toplam		-0,81	8,52	6,52	13,59	4,66	15,55
MEMUR							
Tedavi		-0,09	5,52	-4,65	12,96	-1,60	-7,65
Sağlık B.Tesisleri		1,80	-12,40	8,74	-6,78	14,09	-19,09
Üniversite Hastane.		-7,86	5,53	-9,88	4,02	-9,52	-43,91
Özel Kuruluşlar			206,23	-21,70	139,01	-4,08	91,66
İlaç		-5,01	13,44	-38,90	-11,55	11,47	-12,20
Toplam		-2,50	9,30	-21,63	3,49	2,72	-9,28
YEŞİL KART							
Tedavi (2003-04 Bütçe+Fon,2005 bütçe)		8,66	-5,89	-4,53	71,45	20,28	-4,73
Sağlık B.Tesisleri		10,66	-2,48	-4,92	81,90	17,30	-5,63
Üniversite Hastane.		2,19	-17,86	-2,91	28,81	33,25	-1,98
İlaç (2003-04 Fon, 2005 Bütçe)		50,60	-42,61	411,16	10,06	29,46	-9,87
Toplam		14,47	-12,58	45,21	45,59	23,20	-6,45
GENEL TOPLAM							
Tedavi		-3,53	10,62	7,04	27,54	10,68	12,69
İlaç		3,74	3,17	2,71	3,32	1,90	5,73

* TÜFE verileri www.tuik.gov.tr'den alınan 12 aylık ortalamalara göre TÜFE değerleridir.

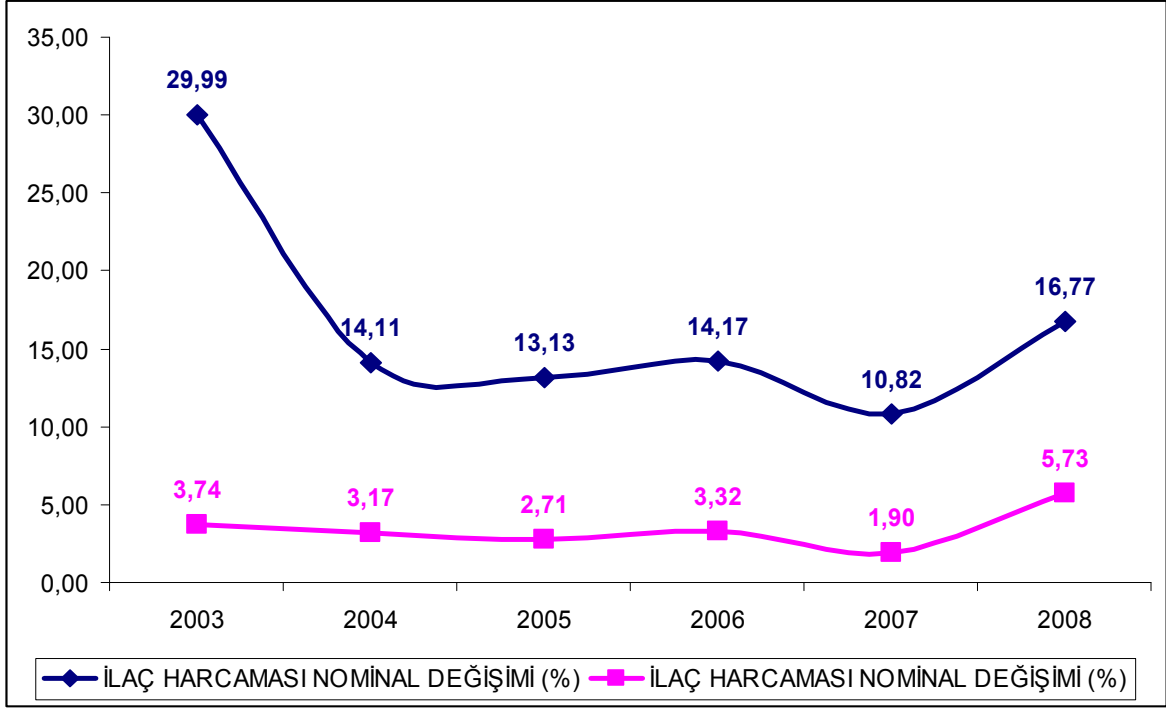
Kaynak: S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.

Yıllar itibariyle yapılan değerlendirmelerde, harcamaların arttığına veya azaldığına asıl göstergesi nominal değerlerin reelize edilerek gösterilmesidir. Çizelge ve şekiller bu açıdan değerlendirildiğinde kamu sağlık harcamaları reel artış oranları bir önceki yıla göre yapılan değerlendirmede 2002'den 2003 dışında tüm yıllarda tedavi hizmetlerinde sürekli bir artış görülmektedir. İlaç harcamaları ve toplam harcamalarda ise incelenen tüm yıllar boyunca harcamaların bir önceki yıla göre reel olarak arttığı görülmektedir.



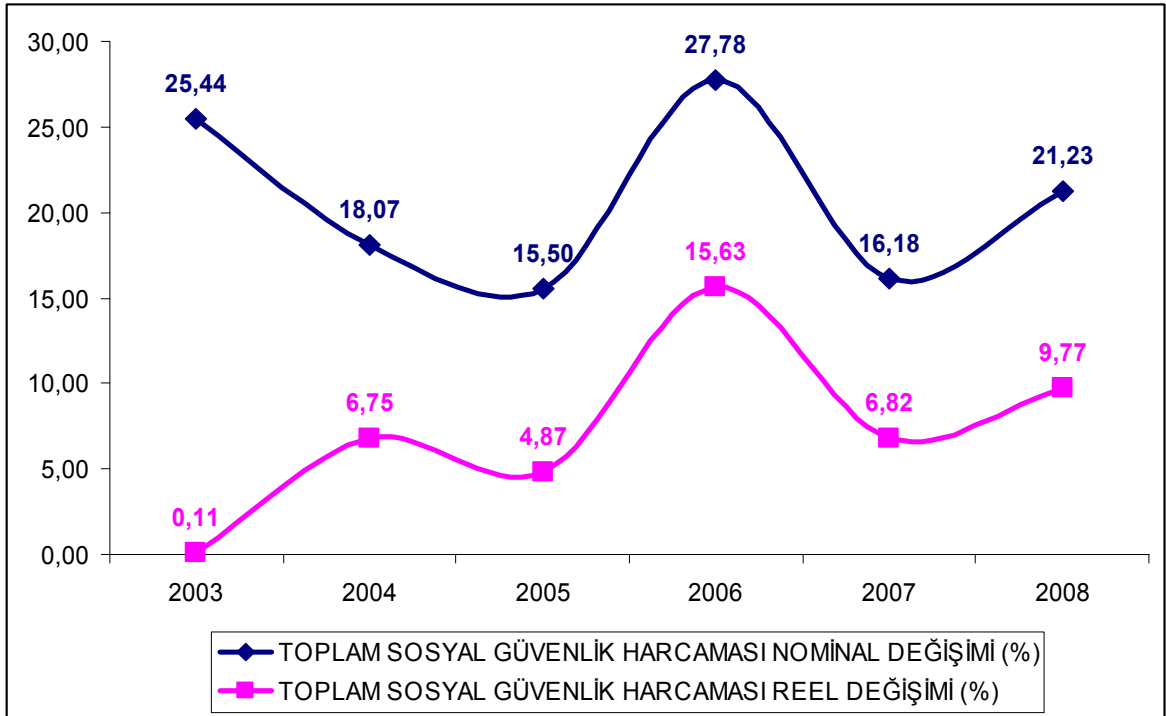
Şekil 2.6. Sosyal Güvenlik Kurumları Tedavi Harcamalarının Nominal ve Reel Değişimleri, 2002-2008 (%)

Kaynak: S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.



Şekil 2.7. Sosyal Güvenlik Kurumları İlaç Harcamalarının Nominal ve Reel Değişimleri, 2002-2008 (%)

Kaynak: S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.



Şekil 2.8. Sosyal Güvenlik Kurumları Toplam Sağlık Harcamalarının Nominal ve Reel Değişimleri, 2007-2008 (%)

Kaynak: S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.

2.4.Bütçe

2.4.1. Bütçe Tanımı

Bütçe genel anlamı itibariyle, ufak ya da büyük bir topluluğun gider ve gelirlerinin gösterildiği ve gelir ile giderler arasında denkliğin kurulmaya gayret edildiği tahmin cetvelidir (Nalçacı ve ark., 2006, s. 46).

Bütçe klasik olarak hükümetlerin yıllık gelir ve gider tahminleri ve bu gelir ve giderlerin bir onaydan geçirilmesidir. Bir diğer ifadeyle bir sonraki yıl için toplanacak olan gelirlerin ve harcanacak paranın (giderlerin) tahmin edilmesidir. Devletin ve diğer tüzel kişiliği olan kuruluşların gelecek belirli bir dönem içindeki gelir ve giderlerini tahmin eden ve bunların yürütüp uygulanmasına izin veren bir dokümandır (Coşkun, 1991, s.10).

Bütçe ve bütçeleme üzerine çok çeşitli tanımlar yapılmakla birlikte Devlet bütçesi, 1050 sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanununda “Devlet daire ve kurumlarının yıllık gelir ve gider tahminlerini gösteren ve bunların uygulanmasına ve yürütülmesine izin veren kanun” şeklinde, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun da “belirli bir dönemdeki gelir ve gider tahminleri ile bunların uygulanmasına ilişkin hususları gösteren ve usulüne uygun olarak yürürlüğe konulan belge” olarak tanımlanmıştır (BÜMKO, 2009a).

Bütçe en geniş ulusal amaçlara hizmet etmek amacıyla kaynakların kamu ve özel sektöre dağılımını sağlar; devletin ekonomisinin gelişmesi, tam çalışma, fiyat istikrarı ve ödemeler dengesinin olumluya gidebilmesi için devletin harcamalarını ve gelirlerini aksettiren ekonomik bir belgedir. Hükümetin geçmiş yıllarda yaptığı harcamaların hesabını yasama organına ve kamuoyuna verdiği bir belgedir (Coşkun, 1991, s.11).

2.4.2. Türkiye’de Bütçe Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi

Türk Bütçe sisteminde 1850 tarihinden sonraki Osmanlı Bütçelerinin Muvazene Defteri, Muvazene-i Umumiye, Muvazene-i Umumiye Kanunu adlarıyla; Cumhuriyet dönemi bütçelerinin 1945 mali yılına kadar yine 1910 tarihinde yürürlüğe girmiş olan 1050 sayılı Muvazene-i Umumiye Kanunu adıyla düzenlendiği görülmektedir (BÜMKO, 2009a, Nalçacı ve ark., 2006, s. 47).

1961 yılında planlı kalkınma modeli doğrultusunda Devlet Planlama Teşkilatının kurulmasıyla birlikte hazırlanan 5 yıllık kalkınma planları ve yıllık programlar, bütçenin hazırlanmasında temel kriter oluşturmuştur. Ülkemizde 1920-1963 yılları arasında

uygulanmış olan geleneksel bütçe sisteminde kamu harcamaları kurumlar bazında sadece harcama kalemlerine göre sınıflandırılmıştır.

- 1920 yılı bütçesinde daireler sıralanmakta fasıl numaraları bu sıralamaya göre müteselsilen devam etmekte ve yeterince maddeye ayrılmaktadır.
- 1924-1949 yıllarında bütçeler muhasesatın nevi (ödeneğin çeşidi), fasıl (bölüm), kısım (madde) olarak düzenlenmiştir.
- 1949-1963 yılları bütçelerinde istatistiki bilgi derleme önem kazanmış ve kodlama düzenine geçilmiştir.
- 1949 yılı bütçesinde ödeneğin çeşidindeki kısımlar ayrımı esas alınmış, genel ve katma bütçelerin tümünde aynı ayırım ve numaralandırmanın uygulanması öngörülmüştür. Bu amaçla 101-600 üncü bölümler cari, 700 üncü bölüm yatırım, 800 üncü bölüm Devlet borçları için ayrılmıştır.
- 1964-1972 yılları bütçeleri 5 yıllık kalkınma planlarının yapılmaya başlamasıyla birlikte “hizmet bütçeleri” esasında hazırlanmış ve (A) cetvelinde; cari, yatırım, transfer ayrımı yapılmıştır. Devlet borçları transferlerde yer almış, bölüm sayıları azaltılmış, maddeler daha ayrıntılı hale getirilerek çoğaltılmıştır.
- 1973 yılında geleneksel bütçe sisteminin sağladığı parasal denetim, performans bütçe sisteminin hizmet verimliliği ve etkinliğin denetimi fonksiyonlarının yanında bütçenin stratejik bir planlama aracı olarak kullanılmasını amaçlayan program bütçe sistemine geçilmiştir. Program bütçe sisteminde (A) cetveli cari (personel+diğer cari), yatırım, transfer ayrımıyla 100’ler 10’lar ve 1’ler şeklinde kodlanmış, ancak ödeneklerin kullanımında yaşanan sıkıntılardan kaynaklanan yıl içi bütçe işlemlerindeki aşırı artış ve o yıllarda işlemlerin bilgisayar ortamında yapılması imkanı bulunmaması dolayısıyla kesin hesap kanunları çıkarılamaması nedenleriyle 1975 yılında 1’ler düzeyi uygulanmasından, vazgeçilmiştir. Daha sonra kuruluşlara inisiyatif verme ve işlem yükünü hafifletme amacıyla 1985 yılında bütçenin 10’lar düzeyinde kanunlaşması uygulaması terkedilmiş, ancak kesin hesaplar 10’lar düzeyinde çıkarılmaya devam etmiştir (BÜMKO, 2009a).

Program bütçe sistemine geçerken hizmet maliyet ilişkisinin kurulması, program sorumlularının tespiti hedeflenmiş ancak uygulamada yaşanan sıkıntılar nedeniyle geliştirilen çözümler sonucu, mevcut kodlama sistematigi, kurumların ana hizmet

birimlerinin alt alta sıralanmasından ibaret olmuş hatta bazen o ayrıma da gidilmeyerek kuruluşun tüm faaliyetleri bir ya da iki programla sınırlandırılmış, aynı program kodları farklı kurumlarda farklı hizmetleri içermiş, bu ise mevcut sınıflandırmayı analize elverişli olmaktan uzaklaştırmış, program sorumlularını bütçe sınıflandırmasından hareketle tespit etme imkanı kalmamıştır. Alt programlar programların diğer bir ifade ile ana hizmetlerin alt bölümlerini ifade etmesi gerekirken herhangi bir hizmetin maliyet unsurlarından bir tanesi alt programlarda izlenir hale gelmiştir. Faaliyet kodları alt programı oluşturan benzer işleri ifade etmesi gerekirken, ekonomik sınıflandırmanın eksikliklerini kapatmak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır.

Program bütçe uygulamasında, sınıflandırma sistematığının kaybedilmiş olması, yeterli bir kurumsal sınıflandırma ve fonksiyonel sınıflandırma yapılamamış olması nedeniyle analize elverişli bir ortam yaratılamaması ve mevcut kodlamanın uluslararası karşılaştırmaların yapılmasına imkan vermiyor olması yeni bütçe sınıflandırması arayışlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

1995 yılında kamunun yeniden yapılandırılmasını amaçlayan Kamu Mali Yönetim Projesi kapsamında yeni bir bütçe sınıflandırması üzerine çalışmalar başlatılmış, 1998 yılında IMF uzmanlarıyla birlikte çalışılarak GFS (Government Finance Statistics) Devlet Mali İstatistikleri esasına dayalı bir sınıflandırma modeli ortaya konulmuştur. Bu sınıflandırmanın 1999 yılında 4 kuruluşta test edilmesi kararlaştırılmış ancak, proje hedeflerindeki değişiklikler nedeniyle, pilot olarak seçilen kuruluşlardan sadece Hacettepe Üniversitesinde otomasyon desteği olmaksızın test edilerek kesin hesap çıkarılmıştır. Daha sonra bu uygulamaya bir süre ara verilmiş ve Avrupa Birliğine katılım sürecinde bütçe kodlamanın uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. 1998 yılında tamamlanmış olan yeni bütçe kod yapısı yeniden gözden geçirilerek GFS deki değişikliklere ve Avrupa Birliğinde uygulanan ESA'95 (European System of Integrated Economic Accounts) standardına uygun hale getirilmiştir (BÜMKO, 2009a).

2.4.3. Türkiye'de Bugünkü Bütçe Mevzuatı ve Uygulaması

Bütçeler; ekonomide fiyat istikrarının sağlanması, gelir dağılımının düzeltilmesi, yatırımların teşvik edilmesi gibi hedeflerin gerçekleştirilmesinde kullanılan en önemli mali araçlardan biridir. Bütçe harcamalarının nitelikleri ve etkileri farklı olduğundan bütçenin

etkin bir mali araç olarak kullanılabilmesi için harcamaların temel kriterlere göre sınıflandırılması gerekmektedir (Coşkun, 1991, s.109).

Bütçe sınıflandırması; ekonomik ve mali politikaların planlanması, uygulanması ve sonuçlarının analiz edilebilmesi için Devlet faaliyetlerinin kurumsal, fonksiyonel ve ekonomik kriterlere göre tasnif edilmesidir. (BÜMKO, 2009b, s. 2).

Bütçenin denetim, yönetim ve planlama aracı olarak hizmet etme özelliğine göre; geleneksel (klasik) bütçe, performans bütçe, program bütçe sistemlerinden söz edilmektedir.

Yeni bütçe kodlamasını tanımlamak gerekirse yeni kodlama bir alt yapı çalışmasıdır. Bu kodlamayla yeni ve istenilen bütçeleme sistemlerini uygulamak mümkün olabilecektir. Yeni bütçe kodlamasının getirdiği önemli yenilikler, detaylı bir kurumsal kodlamayla program sorumlularının tespitine imkan vermesi, mevcut bütçede var olmayan fonksiyonel sınıflandırmanın sağlanması, aynı kodlamanın konsolide bütçeli kuruluşlar dışındaki kuruluşlarda da uygulanabilir olması, uluslararası karşılaştırmalara imkan vermesi ve ölçmeye ve analize elverişli olması olarak sıralanabilir. Bu özellikleri ve özellikle de analize elverişli istatistik veriler üretmeye imkan vermesi nedenleriyle yeni bütçe kodlaması Analitik Bütçe Sınıflandırması olarak adlandırılmıştır (BÜMKO, 2009a).

Analitik bütçe sınıflandırması; kurumsal sınıflandırma, fonksiyonel sınıflandırma ve ekonomik sınıflandırma olmak üzere üç ana grupta oluşmakta olup, fonksiyonel sınıflandırma ile ekonomik sınıflandırma arasında ayrıca finansman tipi sınıflandırma yer almaktadır.

Konsolide bütçe kapsamındaki kurum ve kuruluşların 2004 Yılı Bütçeleri Analitik Bütçe Sınıflandırmasına göre hazırlanarak kanunlaşmış ve 01.01.2004 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir.

Analitik bütçe sınıflandırmasının;

- 01.01.2005 tarihinden itibaren mahalli idareler, sosyal güvenlik kurumları, düzenleyici ve denetleyici kurumlar ile özel bütçeli kurum ve kuruluşlarda,

- 01.01.2006 tarihinden itibaren döner sermayeli kuruluşlar ile diğer kurum ve kuruluşlarda (kamu iktisadi teşebbüsleri hariç)

tamamen uygulamaya geçirilmesiyle, genel devlet tanımına giren tüm kurum ve kuruluşların mali planlarının ve mali raporlarının uluslararası standartlara uygunluğu sağlanarak konsolide edilebilir hale getirilmesi, performans esaslı bütçelemeye temel teşkil

edebilmesi ve mali yapıda saydamlığın ve hesap verilebilirliğin sağlanması hedeflenmektedir (BÜMKO, 2009a).

Analitik Bütçe Sınıflandırması; kurumsal, fonksiyonel, finansman tipi ve ekonomik sınıflandırma olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. (BÜMKO, 2009b, s. 2).

Önceki kısımlarda değinilen tanım ve açıklamalar çerçevesinde, giderlerin ekonomik sınıflandırması dört düzeyli bir kod grubundan oluşmakta olup, I. düzeyde yer alan gider gruplarının açıklamaları ve bunlara ilişkin bütçe hazırlama esasları aşağıda yer almaktadır:

01- Personel Giderleri

Kamu personeli ile kamu personeli olmamakla birlikte mevzuatı gereğince ilgililere bordroya dayalı olarak yapılan ödemeleri (er-erbaş harçlıkları, öğrenci harçlıkları vb.) kapsamaktadır. Devletin işveren sıfatıyla ödediği sosyal güvenlik primleri “02- Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri”ne dahil edilecektir. Aynı nitelikteki ödemeler ile işçilere ödenen seyyar görev tazminatı ise “03- Mal ve Hizmet Alımları”na dahil edilecektir.

02- Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri

Devletin işveren sıfatıyla Sosyal Güvenlik Kurumuna ödeyeceği sigorta primleri, bu bölümde izlenecektir.

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuyla sigorta primine esas kazançlar ile sigorta prim oranları yeniden düzenlenmiştir.

03- Mal ve Hizmet Alım Giderleri

Bu kısımdaki giderler, mal ve hizmet karşılığında yapılan faturalı ödemeleri kapsamaktadır. Devletin, karşılığında herhangi bir mal veya hizmet almadığı karşılıksız ödemeler ile sermaye giderleri bu kapsam dışındadır.

04- Faiz Giderleri

Faiz, ödünç alınan paranın kullanımı karşılığında yapılan ödeme olarak tanımlanmaktadır. Bu itibarla, faiz ödemeleri borç alınan paranın anapara geri ödemesinden ve borçlanma için ödenen komisyon ve ihraç giderlerinden ayrılır. Sadece Devlet borçlarına ilişkin faiz ödemeleri bu bölümde yer alacaktır. Borçlanmaya ilişkin olarak ödenen komisyon ve ihraç giderleri ise mal ve hizmet alımları kapsamında ve genel bütçeli idareler için sadece Hazine Müsteşarlığı bütçesinde gösterilecektir. Bunun dışında, 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanun hükümleri çerçevesinde genel bütçeli idarelerin dışında kalan ve borç alma yetkisine sahip

idarelerin borçlanmaları halinde bu borçlara ilişkin faizlerini kendi bütçelerinde göstereceklerdir.

05- Cari Transferler

Sermaye birikimi hedeflemeyen ve cari nitelikli mal ve hizmet alımını finanse etmek amacıyla yapılan karşılıksız ödemelerdir. Genel olarak aynı işlemler Analitik Bütçe Sınıflandırmasının kapsamı dışında olduğundan aynı transferler de bu kapsamda yer almayacaktır. Transferler nihai olarak kimin yararlandığına göre değil, kime ödendiğine göre sınıflandırılmalıdır.

06- Sermaye Giderleri

Sermaye giderleri, normal ömrü bir yıldan fazla olan mal ve hizmet alımları ile sabit sermaye edinimleri ve gayri maddi aktiflerin edinimi için yapılan ve bütçe kanunları ile belirlenmiş asgari değeri aşan ödemelerdir.

07- Sermaye Transferleri

Bütçe dışına sermaye birikimi amaçlayan ve sermaye nitelikli mal ve hizmetlerin finansmanı amacıyla yapılan karşılıksız ödemelerdir.

08- Borç Verme

Bir mali hakka veya devletin mülkiyetinde hisse (sermaye) katılımına neden olan ödemeleri kapsar. Devlet tarafından verilen krediler ve alınan hisseler borç verme olarak sınıflandırılırken, KİT'lerin görev zararları cari transferler içerisinde yer alacaktır.

09- Yedek Ödenekler

Bütçede başlangıçta öngörülemeyen hizmet karşılıkları olarak veya yapılan tahminlerin yıl içi gelişmeler neticesinde tutmaması ihtimaline karşılık hizmetlerin aksamaması için ihtiyat olarak ayrılan ödeneklerdir. Bu ödenekler, Maliye Bakanlığı bütçesinde yer almaktadır. Merkezi yönetim bütçesi kapsamında yer alan diğer kurumlar bütçe tekliflerinde yedek ödeneklere yer vermeyeceklerdir.

2.5.Döner Sermaye

2.5.1. Döner Sermayenin Tanımı

Kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel veya katma bütçeden bir miktar paranın, azaltılmamak şartı ile kuruluşa veya bu kuruluşla ilgili işletmelere verilmesi, mütedavil sermaye, döner sermayedir (Güncel Türkçe Sözlük, 2009).

Bütçeden alınan bu sermaye payı ile bir kamu kuruluşu farklı bir ekonomik yapı altında gelir elde etmekte, diğer bir anlamla da belirli oranda özelleşmektedir (Kılıç ve ark., 2002).

2.5.2. Sağlık Bakanlığın'da Döner Sermayenin Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları

Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda döner sermayeye yönelik iş ve işlemleri düzenleyen 04.01.1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanundur (Pala, 2005, s. 72, Nesanır, 2007, s. 274, Canbaz ve ark., 2006, s. 292, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1961).

Söz konusu Kanun'un 5 inci maddesi, 24.11.1989 tarihli ve 365 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" ibaresi "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirilmiş ve 27.06.1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden; Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasının yolu açılmıştır (Nesanır, 2007, s. 274-275, Gazi, 2006, s. 57, Sağlık Bakanlığı, 1989).

Döner sermaye 1980 yılına kadar kurumların kazanacağı değil yasada da geçtiği gibi devlet tarafından verilecek yardımın tanımlanmasıdır. Yasanın çıkarılış amacı yataklı tedavi kurumlarının hizmet sunumundaki gereksinimlerini karşılamak için satınalma ve kiralama konusunda yetkilendirilmesi ve uzun bürokratik işlemlerden muaf tutulması olduğu söylenebilir. 27.06.1983 tarihli 2907 sayılı kanun ile 209 sayılı kanunda değişiklik yapılmasıyla döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiş ve böylece kurumlar kar amaçlı bağımsız işletmeler haline getirilmiştir (Nesanır, 2006, s. 231-232).

Yapılan değişiklik doğrultusunda personele yapılacak ek ödemenin usul ve esaslarının belirlendiği "Ek Ödeme Yönergesi" hazırlanmış ve 30/01/1990 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönergede; Kişinin ek ödemeye hak kazanabilmesi için amirler tarafından sicil dosyalarında yapılan puanlandırmaya benzer bir şekilde verilecek belirli bir performans puanı alması gerekmektedir. Yönergede bahsi geçen performans ile bugünkü "performansa dayalı ek ödeme" çok farklı şeylerdir. Performans değerlendirmede birtakım değerlendirme kriterleri esas alınmaktadır. Yönergede yer alan "Performans Değerlendirme Tablosu" ve içeriğinde yer alan 15 maddelik değerlendirme kriteri, Birim

Sorumlusu, Birim Amiri ve Kurum Amiri tarafından verilecek puanların ortalaması esas alınarak her soru 1 puan üzerinden değerlendirmek suretiyle yapılmaktadır. Ek ödemeye hak kazanabilmek için asgari performans olan 50'nin üstünde puan alan personele ek ödeme yapılmakta, 50'nin altında puan almış olan personele ek ödeme yapılmamaktadır. Yönergenin Değerlendirme kriterleri; iş bilgisi, yeteneği, işi zamanında yerine getirmesi, verimliliği, işe devamı, hasta ve vatandaşa karşı tutumu, düzen ve tertipliliği, kendini yenileme ve ilerleme kapasitesi, çalışanlar ve üstlerle ilişkisi, kendine güveni, iş gücüğü, iş riski, yaptığı işin kalitesi, hizmet içi eğitim performansı ve döner sermayeye katkısı'dır. Çalışanla çalışmayı ayırt etme ve çalışan personeli teşvik maksadıyla konulan performans değerlendirme kriterleri, kurum amirlerinin herkese eşit ücret dağıtma yönündeki yanlış uygulamaları sebebiyle hedeflenen sonuçları gerçekleştirememiştir (Gazi, 2006, s. 58, Sağlık Bakanlığı, 1990).

Bununla birlikte, sağlık kuruluşu oluşturduğu Döner Sermaye Komisyonunun kararıyla dağıtılacak ek ödeme tutarını belirlerken, kuruluş gelir-gider dengesi ile, borç, alacak, nakit durumu ve ihtiyaçlarını gözetmekle yükümlü ve sorumludur (Sağlık Bakanlığı, 2004, s.7).

Performans ödemesi personel kurum ve kuruluşta fiilen görev yaptığı sürece verilebilir. Personele yapılacak ek ödemede personelin tavan oranları belirlenirken "Yüksek öğrenim görmüş personel" ve "Yüksek öğrenim görmemiş personel" olarak iki farklı değerlendirme esas alınmış ve personelin bir yılda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat tutarının yüksek öğrenim görmemiş personel için % 50 sini, yüksek öğrenim görmüş personel için % 100'ünü aşmamak üzere belirlenmiştir.

1990 yılı ek ödeme sistemi ile;

1-Personelin hizmete katkısı esas alınmış, hizmete katkısı olmayan personele ek ödeme yapılmaması amaçlanmıştır.

2-Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda verimli çalışmayı teşvik amacıyla performans değerlendirme kriterleri uygulamaya konulmuştur.

3-Sağlık personeli Kanunun öngördüğü ölçüde yıllık maaş kalemleri toplamının % 100'ü ve % 50' si oranında ek ödeme alabilmektedir.

4-Personele yapılacak ek ödemede tabip ve tabip dışı personel ayrımı yerine yüksek öğrenim görmüş personel ve orta öğrenim görmüş personel ayrımı yapılmıştır.

5-Kurumun ihtiyaçları ön planda tutulmuş, personele yapılacak ek ödeme, kurumun

ihtiyaçları giderildikten sonra arta kalan gelir dikkate alınarak yapılmıştır.

6-Kurum elde ettiği 3 aylık gelirinin en fazla % 50'si personele ek ödeme olarak dağıtılmaktadır (Gazi, 2006, s. 58, Sağlık Bakanlığı, 1990).

Daha sonra 2001 yılında çıkarılan 4618 sayılı Kanun ile 209 sayılı Kanun'un 5 inci maddesi yeniden değiştirilmiştir. Bu maddeye eklenen "Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden; o birimde görevli yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personele bunların bir yılda alacakları aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam ve temsil tazminatı hariç) tutarının %80'ini, diğer personele ise % 100'ünü aşmamak üzere ek ödeme yapılabilir." İbaresini ile ödemeye ait kurallar netleştirilmiştir.

Personele yapılacak ek ödemede, tabip ve tabip dışı personel arasında ek ödeme yönünden oluşan fark daima aza indirilmiş, serbest çalışan uzman ve pratisyen tabipler için ek ödemeye esas tavan oranı % 90 olarak belirlenmiştir.

Riskli birim olarak tanımlanan doğumhane, ameliyathane, yenidoğan, yanık, diyaliz, acil servis, süt çocuğu vb. servislerde görev yapan tabip dışı personele % 50 oranında fazla ek ödeme yapılmıştır.

2002 yılı ek ödeme yönergesinde personele yapılacak ek ödemenin usul ve esasları bakımından 1990 yılı yönergesine göre önemli bir değişiklik yapılmamış ve temel prensip olan fiilen çalışma esasına dayalı ek ödeme uygulamasına devam edilmiş, sağlık personelinin aldığı ek ödeme tavan oranlarının eşitlenmeye çalışılmış ve kurum gelirlerinin % 50'sinin personele dağıtılmasına devam edilmiştir.

2002 yılına kadar döner sermaye uygulaması sadece 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını kapsarken bu tarihten itibaren artık 1. basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan personel için de ek ödeme uygulaması başlatılmıştır. Döner Sermaye Saymanlıklarının Maliye Bakanlığına devredilmesi neticesinde Ek Ödeme Yönergesinde yeniden düzenlemeler yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2002).

2002 Yönergesinde; yine fiili katkı, "Performans Değerlendirme Kriterleri" kurum gelirlerinin en fazla % 50'sinin dağıtılması uygulamasına devam edilmiştir. Ek ödeme katsayısı olarak yine 209 sayılı Kanunun 5. maddesinde 4168 sayılı Kanun ile değiştirilen "yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personel için % 80, diğer personel için % 100" oranı devam etmiştir.

1989 yılında başlayan ek ödeme uygulaması, uzun süre 1990 yılındaki düzenlemeler ve onlar üzerinde yapılan değişikliklerle sürdürülmüş ve 2003 yılında "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi" ne geçilinceye kadar devam etmiştir.

Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin

- ünvanı,
- görevi,
- çalışma şartları ve süresi,
- hizmete katkısı,
- performansı,
- serbest çalışıp çalışmaması,
- kurumlarda yapılan muayene,
- ameliyat, anestezi,
- girişimsel işlemler,
- özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma

gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlediği bir sistemdir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmaktadır. 2005 yılının başında SSK'ya ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile performans uygulaması sağlık sistemimizin yaklaşık % 90'ında uygulanır hale gelmiştir.

Performans sistemi, iki ayrı yönerge ve bu yönergelerdeki 3 farklı model çerçevesinde uygulanmaktadır.

Birinci yönergede, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama esas ve usulleri bulunmaktadır. Bu yönerge, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılanmasına bağlı olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsal alanda hizmet sunma hususları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Birinci basamak yönergede tedavi edici sağlık hizmetlerine ait ölçütlerin yanında koruyucu sağlık hizmetleri puanları ve kırsal alana doğru artan bölge idari puanları tanımlanmıştır (Akdağ, Aydın, Demir, 2006, s. 22).

İkinci yönergede ise devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine ait 2 model tanımlanmıştır. Her iki modelin benzer yönleri olduğu gibi farklı uygulama esasları bulunmaktadır. Eğitim ve Araştırma hastanelerindeki uygulama klinikler bazında olup, eğitim ve bilimsel çalışma hususları da dikkate alınarak modellenmiştir.

Sistemin ana unsurlarından birisi sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5300 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin belirlenerek puanlandırılmasıdır. Bu işlemlerden hekimler tarafından başından sonuna kadar bire bir yapılan zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılanlar puanlandırılmaktadır. (Örnek: muayene, ameliyat, girişimsel işlemler vb.) Hekim sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamıştır. (Örnek: enjeksiyon, laboratuvar işlemleri, vb.) (Akdağ, Aydın, Demir, 2006, s. 22).

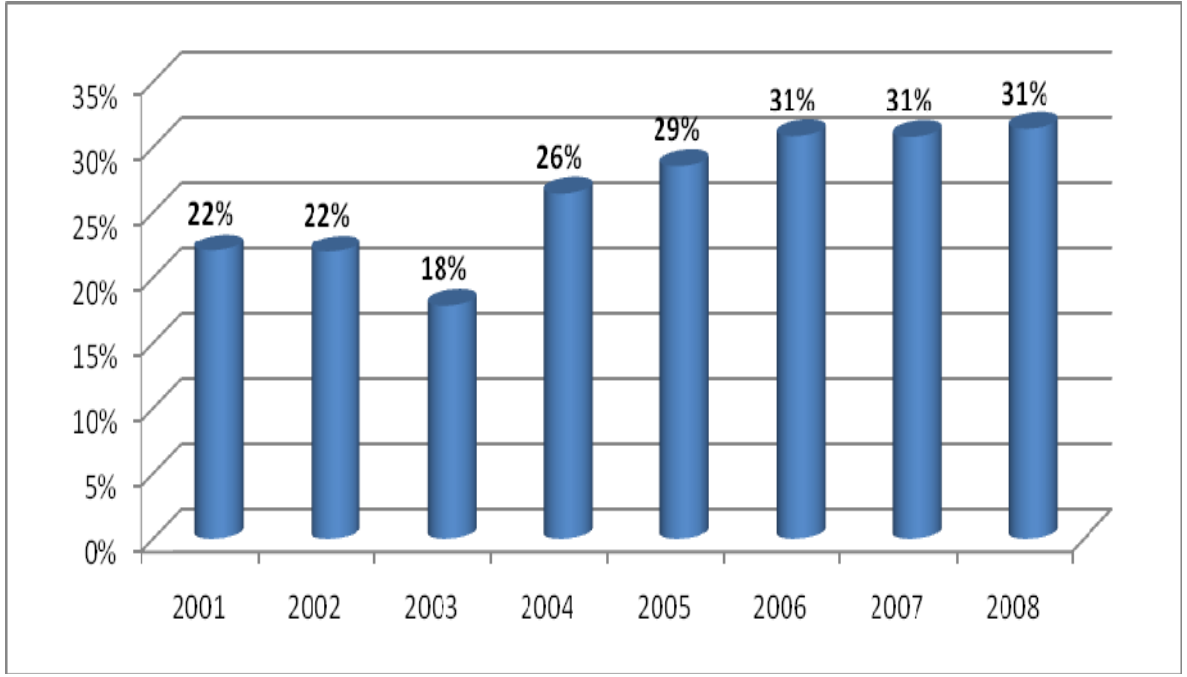
Çizelge 2.8 ve Şekil 2.9’da Sağlık Bakanlığı döner sermaye gelirlerinden personele dağıtılan miktarlar gösterilmektedir

Çizelge 2.8. Yıllara Göre Toplam Gelir ve Personele Dağıtılan Toplam Ek Ödeme Miktarları (2001-2007) (YTL)

Yıl	Toplam Gelir Miktarı	Dağıtılan Toplam Ek Ödeme Miktarı
2001	1.024.000.000	226.000.000
2002	1.961.000.000	431.000.000
2003	2.919.000.000	523.000.000
2004	4.827.000.000	1.275.000.000
2005	7.542.000.000	2.157.000.000
2006	9.480.762.776	2.923.134.053
2007	11.079.680.545	3.409.611.700
2008	12.511.560.852	3.927.047.722

(Sağlık Bakanlığı, 2009, s. 16)

Döner sermaye gelirlerinden personele dağıtılan miktar incelendiğinde yıllar itibariyle oranın; 2001 yılında %22’den 2006’da % 31’e giderk arttığı ve son üç yılda da hep %31’de kaldığı, ancak sadece 2003 yılında %18’e gerilediği görülmektedir.



Şekil 2.9. 2001 – 2007 Yılları Arasında Toplam Dağıtılan Ek Ödeme Miktarının Toplam Gelire Oranı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında, döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulduğunu gözlemliyoruz. Çizelge 2.9’a bakıldığında, 1993’te Sağlık Bakanlığı gelirlerinin yalnızca %13,7’sini oluşturan döner sermaye gelirlerinin payı 2003’te %81,4’e kadar yükselmiştir. Aynı biçimde 1993 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün bütçesine oranla döner sermaye gelirlerinin payı üçte birden daha az iken (%29,1), bu oran 2003 yılında Genel Müdürlük bütçesinin iki katını geçmiştir (%214,3) (Pala, 2005, s. 72).

Çizelge 2.9. Yıllara Göre Döner Sermaye Gelirleri, Sağlık Bakanlığı Bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesinin Değişimi (1993-2008)

Yıllar	Döner Sermaye Gelirleri (milyar TL)	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (milyar TL)	SB Bütçesi/Döner Sermaye Gelirleri %	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi (milyar TL)	THGM Bütçesi/Döner Sermaye Gelirleri %
1993	2.484	18.074,00	13,7	8.548,20	29,1
1994	5.913	30.463,30	19,4	14.204,10	41,6
1995	20.437	48.741,50	41,9	21.139,70	96,7
1996	39.276	98.064,40	40,1	38.597,60	101,8
1997	71.993	204.499,20	35,2	80.157,30	89,8
1998	157.832	390.961,00	40,4	160.056,80	98,6
1999	339.128	683.123,50	49,6	274.057,20	123,7
2000	601.009	1.059.855,00	56,7	427.068,40	140,7
2001	1.008.127	1.280.660,00	78,7	499.212,50	201,9
2002	1.874.983	2.345.447,80	79,9	944.980,10	198,4
2003	2.905.016	3.570.054,00	81,4	1.355.420,00	214,3

Kaynak: Pala, 2005, s.73.

Döner sermayeler bütçenin kapsamını daraltmakta ve bütçe kontrollerinin etkinliğini azaltmakta, böylece bütçe sisteminin sektörler içinde ve arasında yapılan kaynak tahsislerini belirleme ve şeffaf bir şekilde yansıtma yetisinden ödün vermek anlamına gelmektedir. Diğer yandan, sağlık tesislerinin çok ihtiyaç duyduğu ve doğru kanalize edildiğinde hizmet kalitesini artırabilecek olan kaynağın elde edilmesine olanak sağlamaktadır. Döner sermayeler, devletten aldığı maaşların hayli düşük olduğu kamuda çalışan doktorlara yapılan ek ödemeleri finanse etmek ve hasta tedavisinde kullanılan tıbbi ekipmanın, bilgisayarların ve tıbbi sarf malzemelerinin satın alımını finanse etmek için kullanılmaktadır (Dünya Bankası, 2003, s.143).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi;

Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda döner sermaye harcamalarını ortaya koyan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Veri Kaynakları;

Sağlık Bakanlığı kurumlarına ait döner sermaye verileri, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden elde edilmiştir. Aynı şekilde yıllar itibariyle Genel Bütçe, SB bütçesi ve THGM bütçeleri Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık Bakanlığına ait Bütçe Kesin Hesap Cetvellerinden alınmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları istatistiklerinden de veriler elde edilmiştir.

Araştırmanın değişkenleri:

Sağlık Bakanlığı bütçesi ve fonksiyonel dağılımı,
SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi ve fonksiyonel dağılımı,
Döner sermaye gelirleri ve fonksiyonel dağılımı,
Döner sermaye giderleri ve fonksiyonel dağılımı

Araştırmanın Analizi;

Kurumlardan elde edilen veriler Microsoft Excel veri tabanına girilerek yıllar itibariyle değişkenler doğrultusunda fonksiyonlarına göre gruplandırılmış, yüzdesel olarak oran ve orantıları hesaplanmış ve çizelge ve şekiller halinde sunulmuştur.

Araştırmanın İzinleri;

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden kurumlara ait verilerin kullanılmasına ilişkin izin alınmıştır.

Araştırmanın Takvimi;

Araştırmanın oluşturulma aşaması aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırma Takvimi

Yıllar	2009										2010			
Aylar	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan
Literatür Tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tez Konu Önerisi, Sunumu	X													
Gerekli İzinlerin Alınması		X												
Veri Toplama			X	X										
Veri Girişi					X	X	X	X	X					
Verilerin Analizi					X	X	X	X	X					
Rapor Yazımı										X	X	X	X	X

4. BULGULAR

4.1.Bütçe

4.1.1. Sağlık Bakanlığı Toplam Bütçesi

Genel Bütçe ile Sağlık Bakanlığı Bütçesini 1979 yılından günümüze kadar gösteren aşağıdaki çizelgenin oluşturulmasında SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları Kullanılmıştır. Çizelge 4.1’de görüldüğü üzere SB bütçesinin genel bütçeden aldığı pay yıllar içinde yaklaşık %2, 5 ila %4,9 arasında değişmektedir.

Çizelge 4.1. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Orantısı (%) (1979-2009).

Yıllar	Genel Bütçe	SB Bütçesi	SB Bütçesinin Genel Bütçeye Orantısı %
1979	409.400	17.500	4,27
1980	756.700	31.800	4,20
1981	1.541.000	55.400	3,60
1982	1.780.600	50.100	2,81
1983	2.558.900	75.200	2,94
1984	3.211.900	100.100	3,12
1985	5.412.400	137.400	2,54
1986	6.535.700	178.200	2,73
1987	10.885.600	304.400	2,80
1988	20.706.900	564.900	2,73
1989	32.733.400	898.900	2,75
1990	63.925.400	2.633.200	4,12
1991	105.217.100	4.433.800	4,21
1992	207.545.300	9.783.000	4,71
1993	398.710.000	18.074.000	4,53
1994	816.000.000	30.463.300	3,73
1995	1.341.978.000	48.741.500	3,63
1996	3.558.506.800	98.064.400	2,76
1997	6.344.685.500	204.499.200	3,22
1998	14.749.475.000	390.961.700	2,65
1999	27.186.600.000	683.123.500	2,51
2000	46.702.436.000	1.059.855.000	2,27
2001	48.219.490.000	1.280.660.000	2,66
2002	97.831.000.000	2.345.477.800	2,40
2003	146.805.170.000	3.570.054.000	2,43
2004	149.858.129.000	4.787.751.000	3,19
2005	153.928.793.000	5.462.975.000	3,55
2006	170.156.782.052	7.477.471.000	4,39
2007	200.902.066.401	6.581.455.000	3,28
2008	218.284.732.372	10.828.070.000	4,96
2009	257.742.143.488	12.720.313.000	4,94

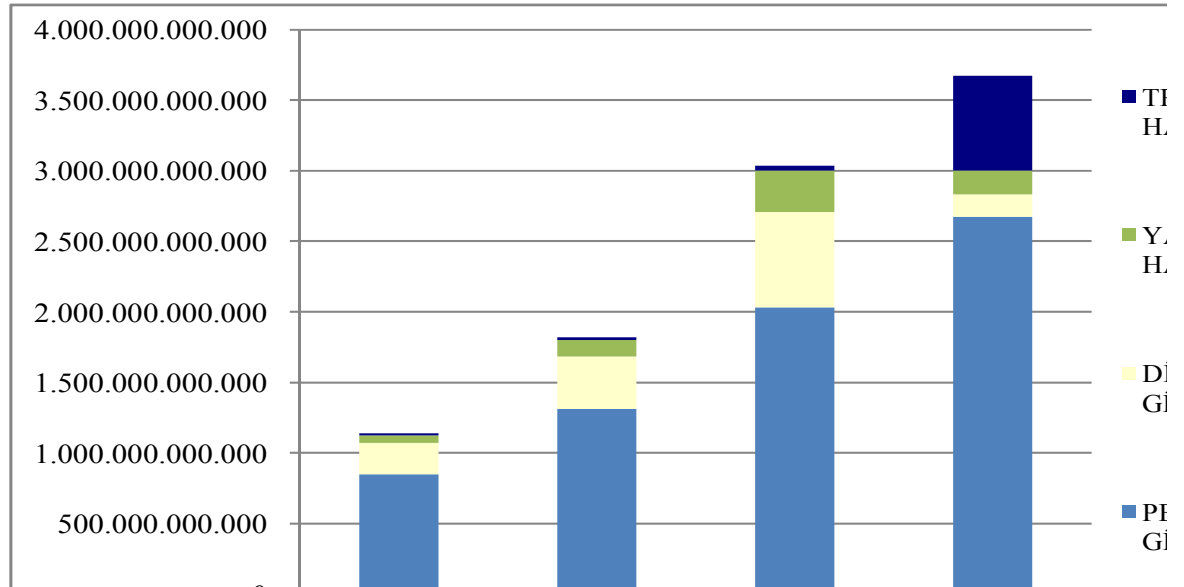
Sağlık Bakanlığı bütçesinin fonksiyonel olarak dağılımı 2000 yılından itibaren incelenmiştir. Bu incelemeden ortaya çıkan sonuçlar, ülkemizde 2004 yılından itibaren bütçeler analitik yöntemle oluşturulmaya başlandığından, 2000-2003 ve 2004-2008 yıllarına ait iki ayrı çizelge olarak gösterilmektedir.

Çizelge 4.2’de 2000-2003 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesi fonksiyonel dağılımları nominal olarak gösterilmektedir.

Çizelge 4.2. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin TL) (2000-2003).

	2000	2001	2002	2003
Cari Harcamalar	1.070.953.740.930	1.687.305.462.080	2.712.196.085.800	2.835.326.901.300
Personel Giderleri	850.016.121.980	1.311.816.676.910	2.031.547.150.000	2.678.702.970.800
Diğer Cari Giderler	220.937.618.950	375.488.785.170	680.648.935.800	156.623.930.500
Yatırım Harcamaları	54.590.289.400	113.246.115.850	291.232.384.660	171.092.069.450
Transfer Harcamaları	13.968.551.690	21.029.401.120	35.517.115.980	667.842.762.850
Toplam	1.139.512.582.020	1.821.580.979.050	3.038.945.586.440	3.674.261.733.600

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.



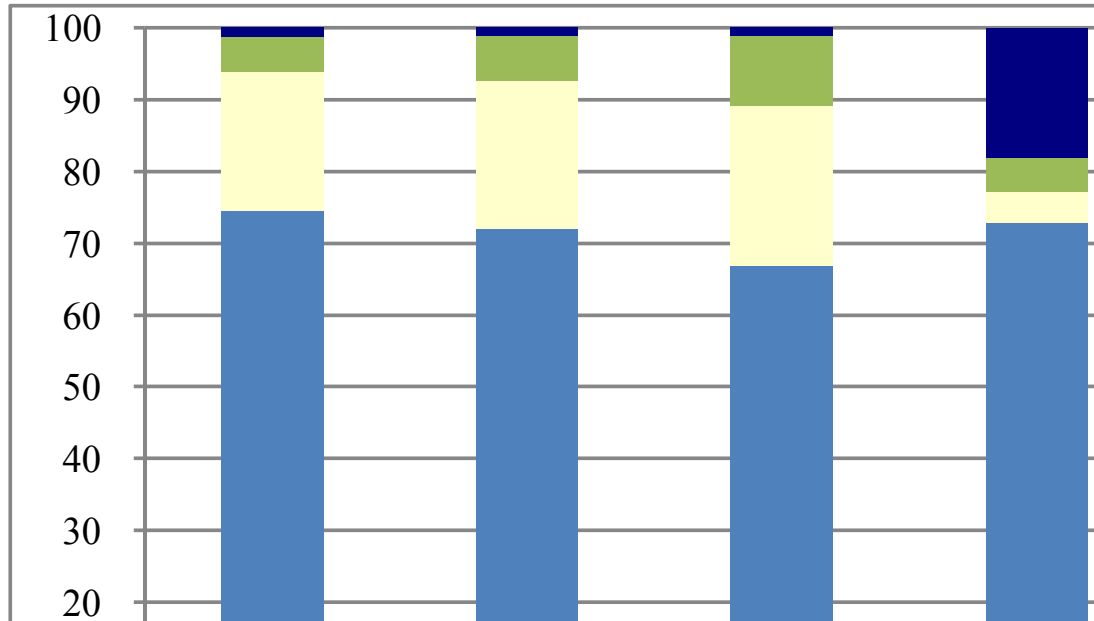
Şekil 4.1. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin TL) (2000-2003)

Yıllar itibariyle yapılan karşılaştırmaların orantısal olarak yapılmasının daha doğru değerlendirmeyi sağlayacağı düşüncesiyle oluşturulan yüzde çizelge ve şekilleri aşağıda verilmiştir. Buna göre 2000 yılından 2003 yılına personel giderlerinde azda olsa bir gerilemenin olduğu, diğer cari ve yatırım giderlerinde ise artışın söz konusu olduğu görülmektedir. Ancak 2003 yılında diğer cari giderlerde çok fazla bir azalmanın olması personel ve transfer harcamaları orantılarının göreceli olarak yüksek olmasına neden olmuştur.

Çizelge 4.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2000-2003).

	2000	2001	2002	2003
Cari Harcamalar	93,98	92,63	89,25	77,17
Personel Giderleri	74,59	72,02	66,85	72,90
Diğer Cari Giderler	19,39	20,61	22,40	4,26
Yatırım Harcamaları	4,79	6,22	9,58	4,66
Transfer Harcamaları	1,23	1,15	1,17	18,18
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.



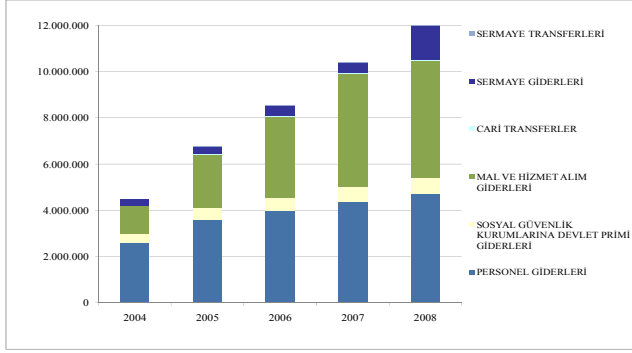
Şekil 4.2. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2000-2003)

Yukarıda da belirtildiği gibi 2004 yılından itibaren bütçe tanımlamalarındaki fonksiyonlar değişmiş olup, bu çalışmada önemli olan ve “diğer cari giderler” olarak ifade edilen fonksiyon artık “mal ve hizmet alımları” olarak ifade edilmektedir. Personel giderleri aynı şekilde ifade edilmeye devam edilmektedir ancak, sosyal güvenlik kurumlarına devlet primi giderleri ayrı olarak sınıflandırılmıştır. Daha detaylı olarak ayrıştırılmaya başlanan kodlardan bir diğer ifade edilmesi gereken de “yatırım harcaması” yerine yeni sınıflamada “sermaye giderleri” ifadesinin kullanılmasıdır. Aşağıdaki çizelgede 2004-2008 yıllarına ait fonksiyonel dağılımlar nominal olarak gösterilmektedir.

Çizelge 4.4 Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin TL) (2004-2008).

	2004	2005	2006	2007	2008
Personel Giderleri	2.617.397	3.597.314	3.979.539	4.376.830	4.713.142
Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri	371.387	518.360	577.931	658.327	724.725
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	1.204.213	2.298.068	3.503.378	4.880.543	5.061.656
Faiz Giderleri	-	-	-	-	-
Cari Transferler	7.575	7.961	8.555	8.694	7.803
Sermaye Giderleri	260.677	345.292	464.819	464.193	1.485.330
Sermaye Transferleri	-	2.159	1.732	1.638	1.264
Borç Verme	-	-	-	-	-
Yedek Ödenek	-	-	-	-	-
Toplam	4.461.249	6.769.154	8.535.954	10.390.225	11.993.920

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.



Şekil 4.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)

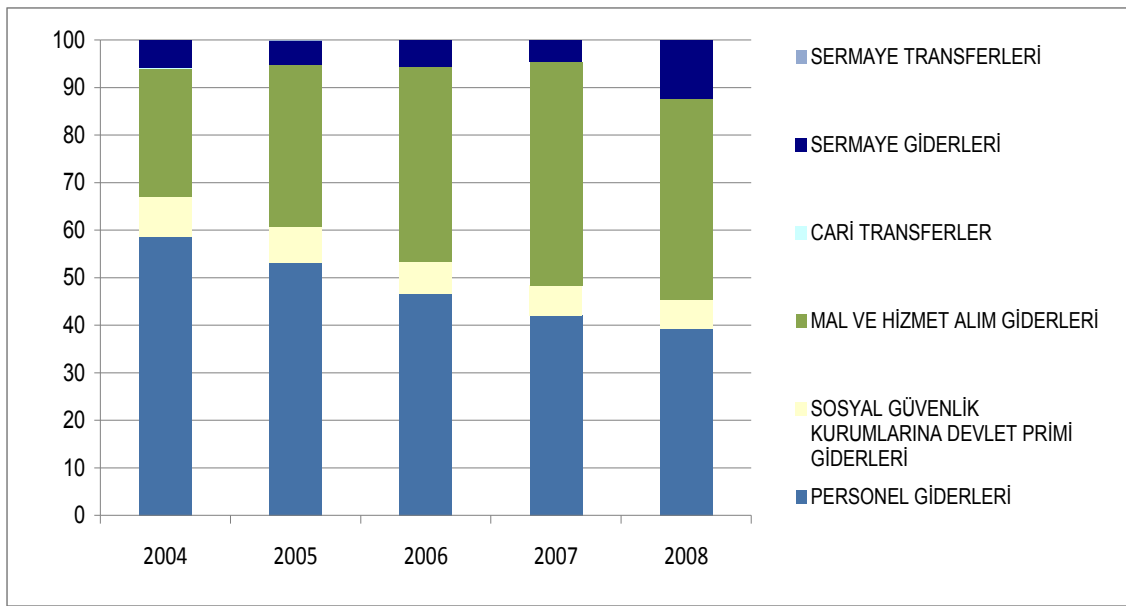
Analitik sınıflamalarla yüzdesel olarak 2004-2008 yıllarındaki değişimleri gösteren çizelge ve şekil aşağıda verilmektedir.

Çizelge 4.5. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008).

	2004	2005	2006	2007	2008
Personel Giderleri	58,67	53,14	46,62	42,12	39,30
Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri	8,32	7,66	6,77	6,34	6,04
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	26,99	33,95	41,04	46,97	42,20
Faiz Giderleri	-	-	-	-	-
Cari Transferler	0,17	0,12	0,10	0,08	0,07
Sermaye Giderleri	5,84	5,10	5,45	4,47	12,38
Sermaye Transferleri	0,00	0,03	0,02	0,02	0,01
Borç Verme	-	-	-	-	-
Yedek Ödenek	-	-	-	-	-
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin fonksiyonel dağılımına bakıldığında 2000 yılında %74,59 olan personel harcamaları 2004 yılında sosyal güvenlik kurumlarına devlet primi giderlerinin de personel harcamalarına dahil edilmesiyle %66,99 olduğu ve 2008 yılına gelindiğinde ise orantının %45,34'e kadar düştüğü görülmektedir. Buna karşılık analitik sınıflamada mal ve hizmet alım giderlerine karşılık gelen diğer cari harcamalar 2000 yılında %19,39, mal ve hizmet alım giderleri 2004 yılında %26,99'a ve 2008 yılında da %42,20'ye yükselmiştir.



Şekil 4.4 Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllar İtibariyle Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)

4.1.2. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi

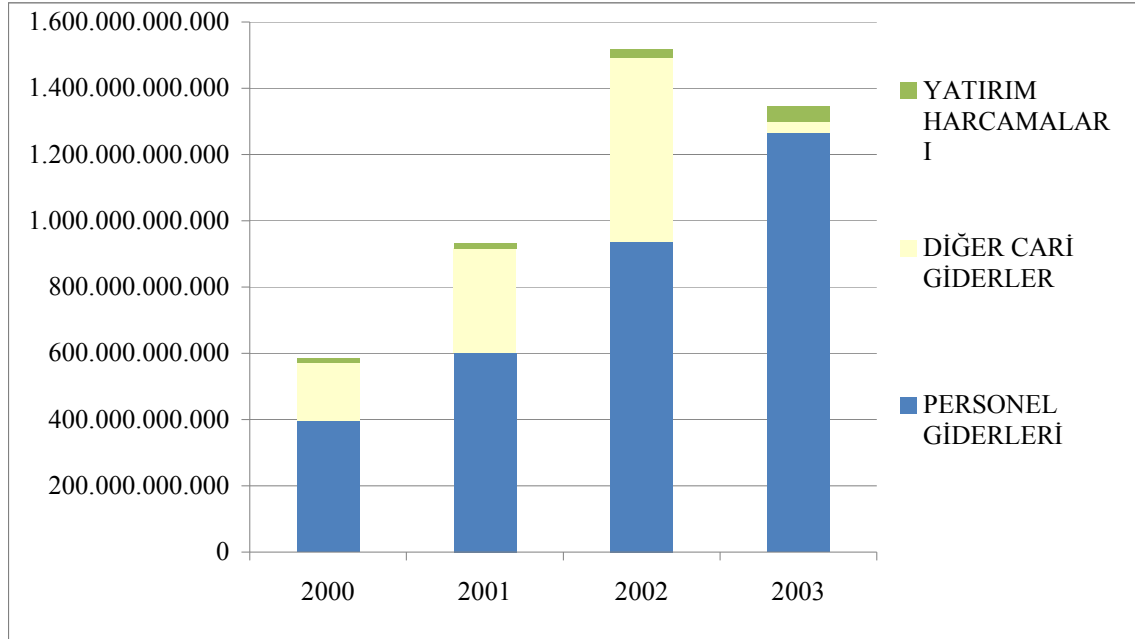
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi SB bütçesi içinde önemli bir yer tutmaktadır. Araştırmanın ana temasının SB hastanelerinde döner sermaye harcamalarının değerlendirilmesi olduğundan tedavi hizmetleri bütçesi yıllar itibariyle incelenecek ve ileride tedavi hizmetleri döner sermaye verileriyle karşılaştırılacaktır.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi de fonksiyonel olarak 2000 yılından itibaren incelenmekte, 2004 yılında analitik bütçe uygulamasına geçildiğinden SB bütçesinde olduğu gibi 2000-2003 ve 2004-2008 yıllarına ait iki ayrı çizelge olarak gösterilmektedir. Fonksiyonel dağılımları gösterecek şekilde oluşturulan nominal ve yüzdesel çizelge ve şekiller aşağıda verilmektedir.

Çizelge 4.6. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (Bin TL) (2000-2003)

	2000	2001	2002	2003
Cari Harcamalar	573.131.791.300	916.319.795.310	1.492.743.110.200	1.297.381.802.400
Personel Giderleri	395.247.816.200	601.907.272.260	936.580.294.450	1.267.045.699.800
Diğer Cari Giderler	177.883.975.100	314.412.523.050	556.162.815.750	30.336.102.600
Yatırım Harcamaları	12.795.330.420	15.134.608.400	26.701.237.980	47.168.970.300
Transfer Harcamaları	-	-	-	-
Toplam	585.927.121.720	931.454.403.710	1.519.444.348.180	1.344.550.772.700

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.



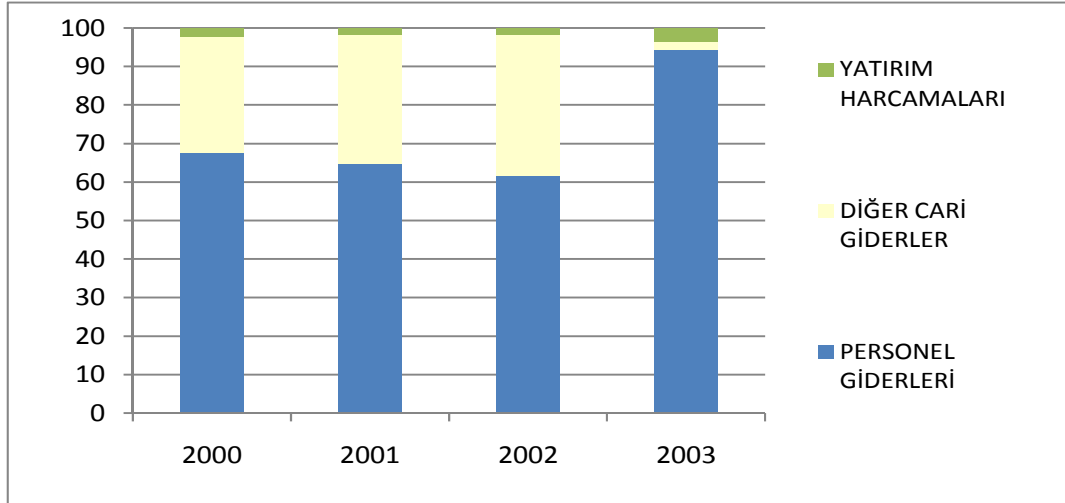
Şekil 4.5. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (Bin TL) (2000-2003)

Çizelge 4.7. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2000-2003)

	2000	2001	2002	2003
Cari Harcamalar	97,82	98,38	98,24	96,49
Personel Giderleri	67,46	64,62	61,64	94,24
Diğer Cari Giderler	30,36	33,76	36,60	2,26
Yatırım Harcamaları	2,18	1,62	1,76	3,51
Transfer Harcamaları	-	-	-	-
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.

Çizelge 4.7'ye bakıldığında 2000 yılında %67,46 olan personel harcamalarının 2002 yılında %61,64 olduğu, diğer cari giderler ise 2000 yılında %30,36'dan 2002'de %36,60'a yükseldiği görülmektedir. Diğer cari giderlere ayrılan bütçe 2003 yılında çok düşük olduğu için yüzdesel olarak değerlendirmeler yanıltıcı olabilir.

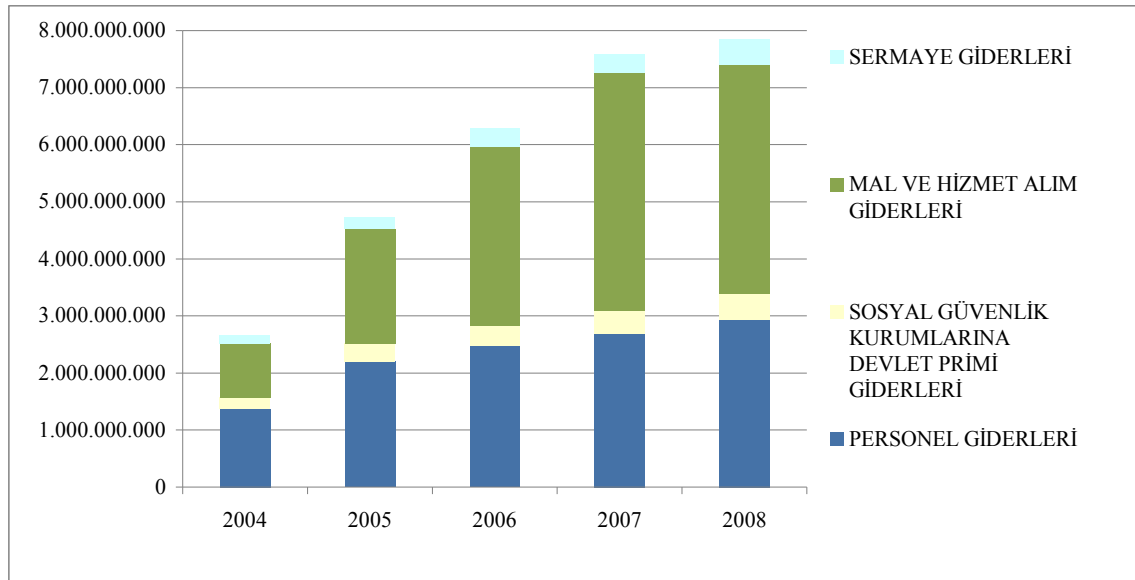


Şekil 4.6. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2000-2003)

Çizelge 4.8. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (YTL) (2004-2008)

	2004	2005	2006	2007	2008
Personel Giderleri	1.372.771.689	2.202.885.022	2.466.253.296	2.683.996.167	2.929.652.722
Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri	197.153.221	314.699.242	358.721.595	407.512.783	453.404.667
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	951.658.756	2.004.143.184	3.139.510.175	4.179.780.266	4.009.267.320
Faiz Giderleri	-	-	-	-	-
Cari Transferler	-	-	-	-	-
Sermaye Giderleri	150.864.818	211.752.265	329.115.298	315.761.384	450.993.966
Sermaye Transferleri	-	-	-	-	-
Borç Verme	-	-	-	-	-
Yedek Ödenek	-	-	-	-	-
Toplam	2.672.448.486	4.733.479.714	6.293.600.365	7.587.050.602	7.843.318.677

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.



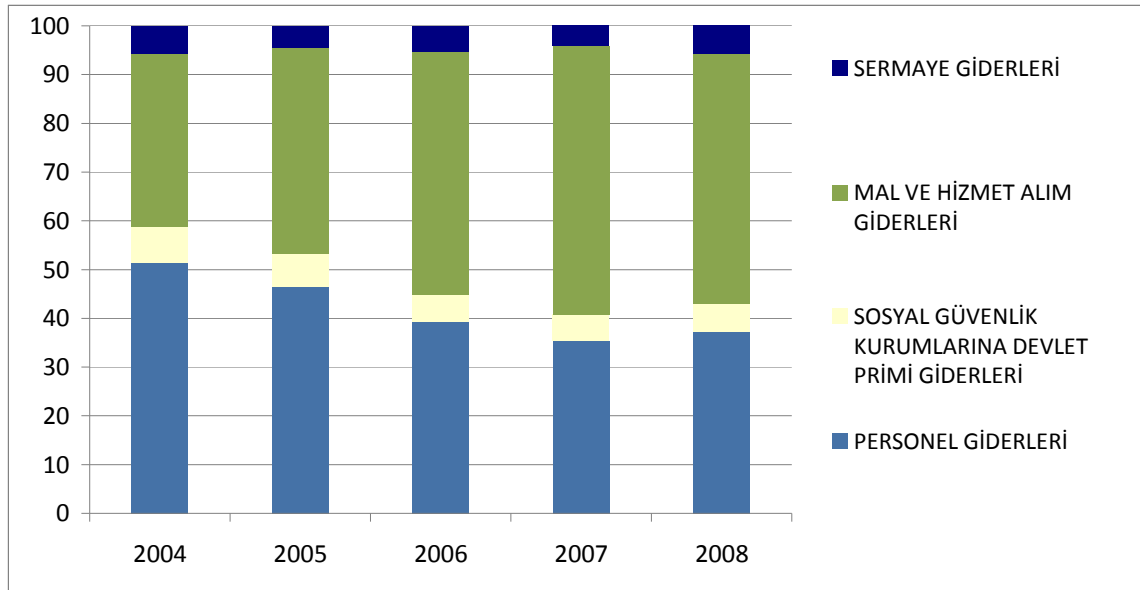
Şekil 4.7 Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (YTL) (2004-2008)

Çizelge 4.9. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2004-2008)

	2004	2005	2006	2007	2008
Personel Giderleri	51,37	46,54	39,19	35,38	37,35
Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri	7,38	6,65	5,70	5,37	5,78
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	35,61	42,34	49,88	55,09	51,12
Faiz Giderleri	-	-	-	-	-
Cari Transferler	-	-	-	-	-
Sermaye giderleri	5,65	4,47	5,23	4,16	5,75
Sermaye Transferleri	-	-	-	-	-
Borç Verme	-	-	-	-	-
Yedek Ödenek	-	-	-	-	-
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Kaynak: İlgili Mali Yıllar Bütçe Kesin Hesapları.

Çizelge 4.9 ve Şekil 4.8'e bakıldığında 2004 yılında sosyal güvenlik kurumlarına devlet primi giderleri de dahil %58,75 olan personel harcamalarının 2008 yılında %43,13'e düştüğü, mal ve hizmet alım giderlerinin ise 2004 yılında %35,61'den 2008'de yıllar boyunca giderek artarak %51,12'ye yükseldiği görülmektedir.



Şekil 4.8. Yıllar İtibariyle Sağlık Bakanlığı THGM Bütçesinin Fonksiyonlara Dağılımı (%) (2004-2008)

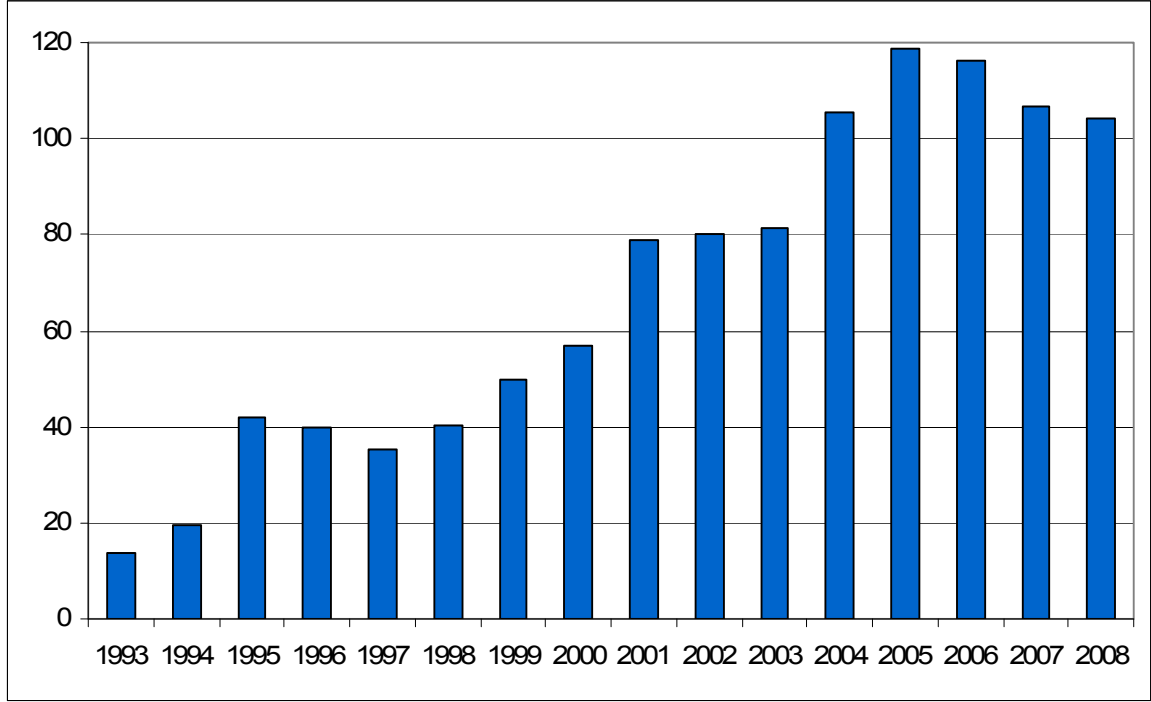
4.2.Döner Sermaye

4.2.1. Döner Sermaye Gelirleri

Sağlık Bakanlığı döner sermaye gelirleri incelendiğinde yıllar boyu bir artış söz konusu olmaktadır. Çizelge 4.10'a bakıldığında yıllar itibariyle döner sermaye gelirlerinin artışı çok net olarak görülmektedir. 1993 yılında döner sermaye gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine oranı sadece %13,7 iken bu oran sürekli artarak, performansa dayalı ek ödemeye geçilen yıl olan 2004'de %105,4, SSK hastanelerinin SB devredildiği yıl olan 2005'de ise %118,6'ya yükseldiği ve sonraki yıllarda yüzde yüzün üzerinde devam ettiği görülmektedir.

Çizelge 4.10. Sağlık Bakanlığı Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine Oranı (1993-2008)

Yıllar	Döner Sermaye Gelirleri (milyar TL)	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (milyar TL)	Döner Sermaye Gelirleri/SB Bütçesi %
1993	2.484	18.074	13,7
1994	5.913	30.463	19,4
1995	20.437	48.742	41,9
1996	39.276	98.064	40,1
1997	71.993	204.499	35,2
1998	157.832	390.961	40,4
1999	339.128	683.124	49,6
2000	601.009	1.059.855	56,7
2001	1.008.127	1.280.660	78,7
2002	1.874.983	2.345.448	79,9
2003	2.905.016	3.570.054	81,4
2004	4.702.708	4.461.250	105,4
2005	8.028.436	6.769.154	118,6
2006	9.907.000	8.535.953	116,1
2007	11.079.681	10.390.277	106,6
2008	12.511.561	11.994.809	104,3



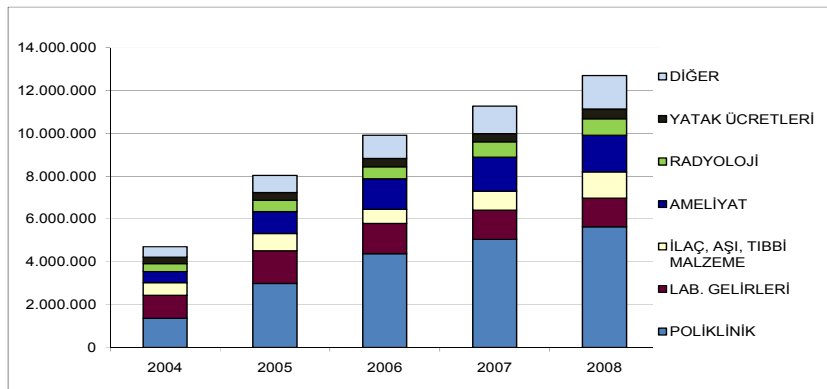
Şekil 4.9. Sağlık Bakanlığı Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine Oranı (%) (1993-2008)

Döner sermaye gelir ve giderleri açısından iki ayrı veri tabanında analizler yapıldı. Birinci veri tabanında 2004-2008 yılları arasındaki verilerle toplam SB gelir ve giderleri ortaya konulmaktadır. İkinci olarak incelenen verilerde ise 2006-2008 yıllarını kapsayan hem toplam SB verileri, hem de SB toplam verileri ayrıştırılarak ikinci/üçüncü basamak ve birinci basamak döner sermaye gelir ve giderleri gösterilmeye çalışılmıştır.

Aşağıdaki çizelgede döner sermaye gelirleri fonksiyonel olarak yıllar itibariyle ayrıntılı verilmiştir, buna karşın aynı yılları gösteren şekilde ise fonksiyonlar gruplandırılarak gösterilmiştir. Daha sonraki çizelge ve şekilde ise yüzdesel olarak döner sermaye gelirlerinin fonksiyonel dağılımları gösterilmektedir.

Çizelge 4.11. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)

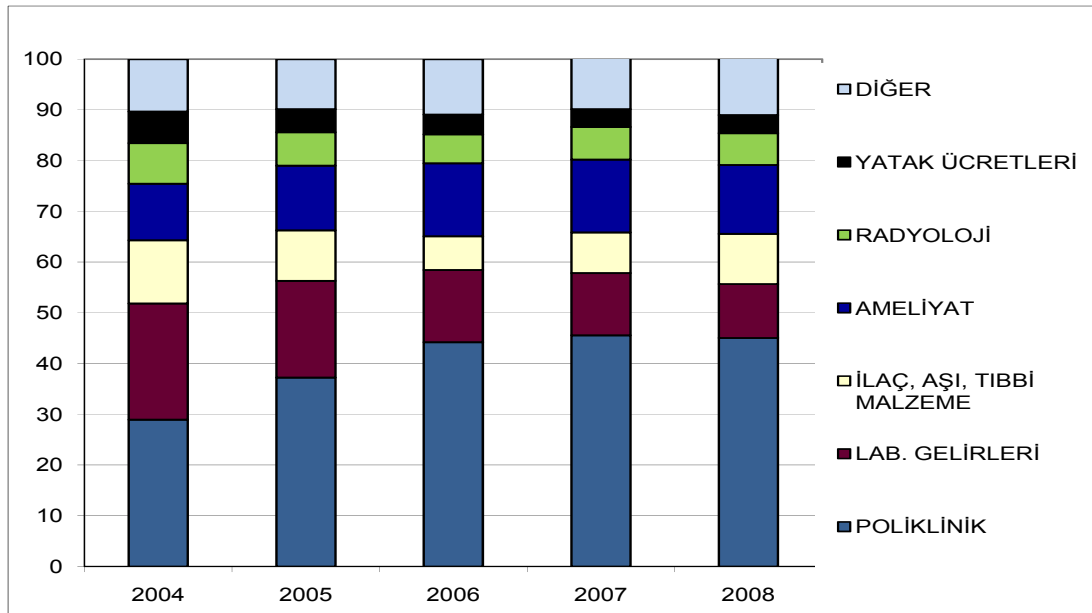
GELİRLER	2004	2005	2006	2007	2008
Poliklinik	1.360.127,00	2.986.905,00	4.377.479,00	5.048.289,42	5.633.817,26
Lab. Gelirleri	1.078.306,42	1.531.254,00	1.413.206,00	1.360.135,96	1.335.050,36
İlaç, Aşı, Tıbbi Malzeme	584.424,96	801.476,00	659.567,00	888.101,21	1.234.324,82
Ameliyat	525.997,98	1.023.644,00	1.423.283,00	1.592.439,67	1.700.588,11
Radyoloji	375.044,12	529.866,00	564.720,00	709.774,37	782.760,82
Yatak Ücretleri	292.899,60	366.238,00	386.672,28	390.070,89	447.240,72
Diğer	485.907,71	789.053,00	1.082.072,95	1.280.898,79	1.561.737,57
Satıştan İade	-	-	-	190.029,76	183.958,80
Diğer	485.908	789.053	1.082.073	1.280.899	1.561.738
Diğer Ücret Gelirleri	234.719	465.188	647.767	709.041	838.005
Diyaliz	98.787	135.671	166.795	174.147	189.937
Kan Ürünleri	47.867	43.428	42.631	59.367	72.306
Refakat Ücretleri	37.705	54.824	46.060	46.297	50.804
Çeşitli Gelirler	25.277	25.758	17.640	107.128	157.292
Faiz Gelirleri	19.646	35.270	104.026	10.143	12.862
Diğer Gelirler	16.328	22.011	43.420	156.522	218.586
Mesai Dışı Gelirler	5.580	6.903	13.734	18.253	21.945
Toplam Gelir	4.702.708	8.028.436	9.907.000	11.079.681	12.511.561



Şekil 4.10. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)

Çizelge 4.12. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)

GELİRLER	2004	2005	2006	2007	2008
Poliklinik	28,92	37,20	44,19	45,56	45,03
Lab. Gelirleri	22,93	19,07	14,26	12,28	10,67
İlaç, Aşı, Tıbbi Malzeme	12,43	9,98	6,66	8,02	9,87
Ameliyat	11,19	12,75	14,37	14,37	13,59
Radyoloji	7,98	6,60	5,70	6,41	6,26
Yatak Ücretleri	6,23	4,56	3,90	3,52	3,57
Diğer	10,33	9,83	10,92	11,56	12,48
Satıştan İade	0,00	0,00	0,00	1,72	1,47
Toplam Gelir	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



Şekil 4.11. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)

Toplam döner sermaye gelirlerinin fonksiyonel dağılımına bakıldığında ulaşılabilen en eski yıl olan 2004'den itibaren poliklinik gelirlerinin giderek bir artış gösterdiği görülmektedir. Poliklinik gelirlerinin toplam döner sermaye gelirine oranı 2004 yılında

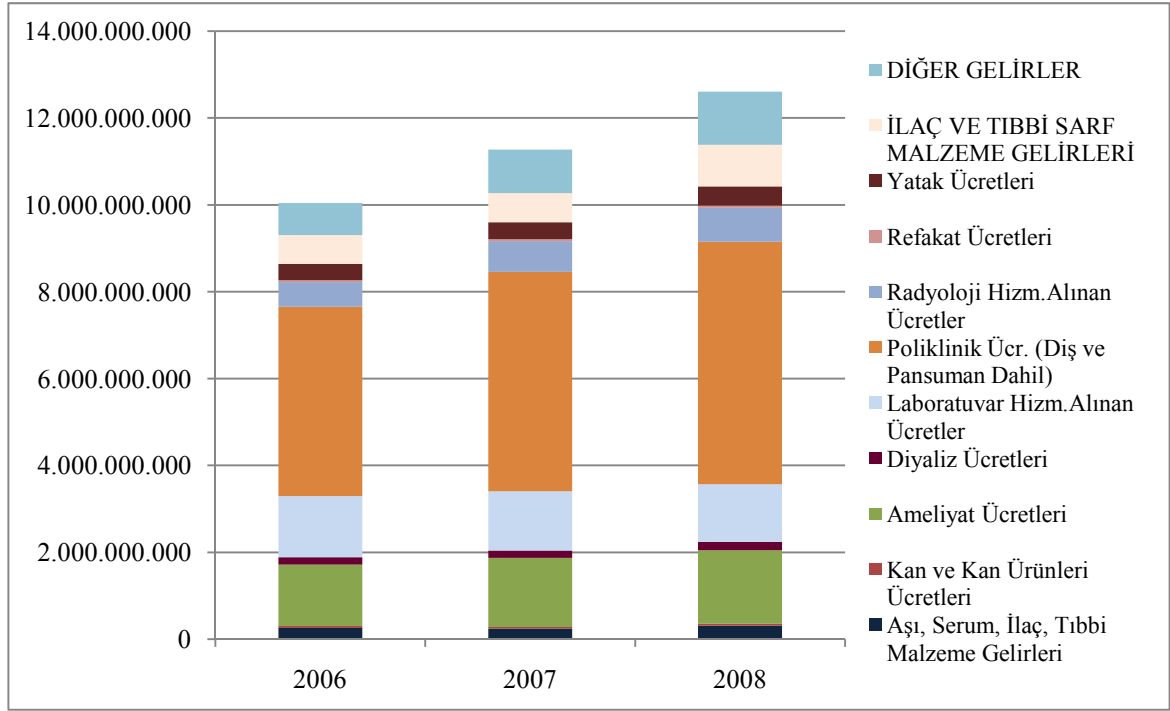
%28,92'den 2008 yılına gelindiğinde %45,03'e yükselmiştir. Buna karşılık laboratuvar, ilaç aşı tıbbi malzeme ve yatak ücretleri gelirlerinin 2004'den 2008'e bir orantısal olarak bir azalma göstermektedir. Aynı dönemde laboratuvar gelirleri 2004'de %22,93 iken 2008'de 10,67'ye, ilaç aşı tıbbi malzeme gelirleri %12,43'den 9,87'ye ve yatak ücretleri gelirleri de %6,23'den %3,57'ye gerilemiştir.

İncelediğimiz diğer bir döner sermaye gelirleri verileriyle oluşturulan SB toplam, ikinci/üçüncü basamak ve birinci basamağa ait şekil ve çizelgeler aşağıda verilmektedir. Öncelikli olarak nominal değerlerin ve sonrasında da yüzdesel olarak hesaplanan orantısal değerlerin çizelge ve şekilleri gösterilmektedir.

Döner sermaye gelirlerinin birinci ve ikinci/üçüncü basamak oranlarına bakıldığında; yıllar itibariyle değişikliğin olmadığı birinci basamağın yaklaşık %12 ve ikinci/üçüncü basamağın %88'i oluşturduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.13. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

GELİR KALEMLERİ	2006	2007	2008
Aşı, Serum, İlaç, Tıbbi Malzeme Gelirleri	256.783.764	244.195.491	306.476.705
Kan ve Kan Ürünleri Ücretleri	42.561.293	34.978.401	44.279.996
Ameliyat Ücretleri	1.417.948.416	1.592.439.670	1.699.379.030
Diyaliz Ücretleri	166.378.738	174.147.341	189.936.208
Laboratuvar Hizm.Alınan Ücretler	1.408.964.727	1.360.135.955	1.331.489.525
Poliklinik Ücr. (Diş ve Pansuman Dahil)	4.362.430.256	5.048.289.357	5.576.354.595
Radyoloji Hizm.Alınan Ücretler	563.167.739	709.774.365	780.469.847
Refakat Ücretleri	45.398.402	46.297.088	50.780.062
Yatak Ücretleri	378.406.992	390.070.891	447.078.123
Toplam İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri	658.833.549	668.096.249	954.688.778
Toplam Diğer Gelirler	738.415.985	1.001.005.696	1.222.801.892
Toplam Satış İndirimleri	142.339.928	190.001.758	183.467.167
Toplam Gelir	9.896.949.934	11.079.428.748	12.420.267.595

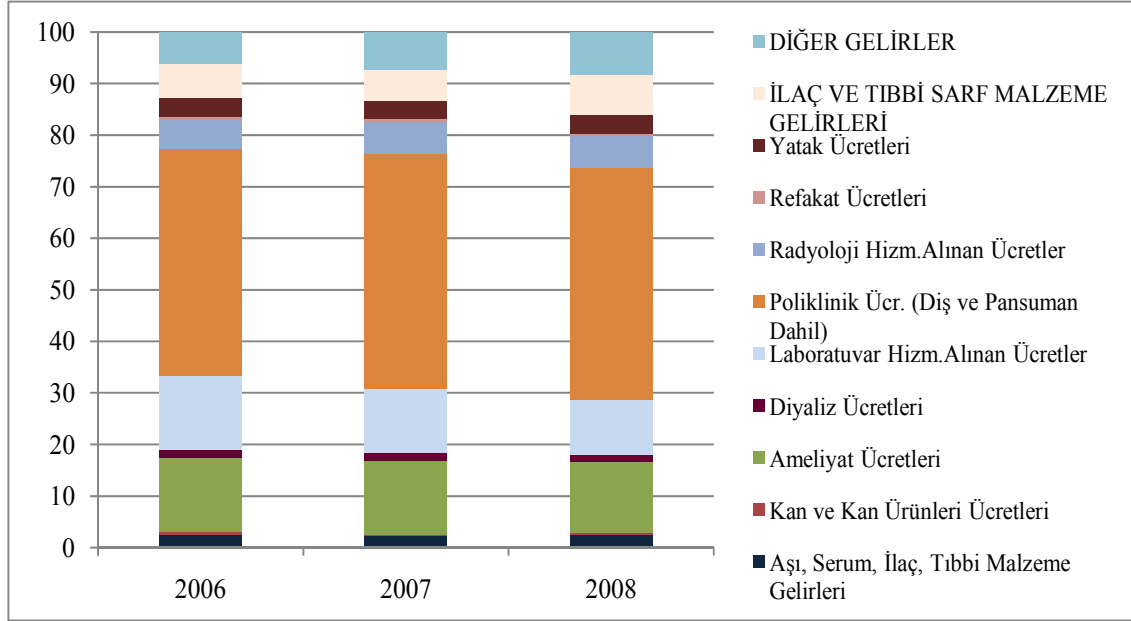


Şekil 4.12. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Çizelge 4.14. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

GELİR KALEMLERİ	2006	2007	2008
Aşı, Serum, İlaç, Tıbbi Malzeme Gelirleri	2,59	2,20	2,47
Kan ve Kan Ürünleri Ücretleri	0,43	0,32	0,36
Ameliyat Ücretleri	14,33	14,37	13,68
Diyaliz Ücretleri	1,68	1,57	1,53
Laboratuvar Hizm. Alınan Ücretler	14,24	12,28	10,72
Poliklinik Ücr. (Diş ve Pansuman Dahil)	44,08	45,56	44,90
Radyoloji Hizm. Alınan Ücretler	5,69	6,41	6,28
Refakat Ücretleri	0,46	0,42	0,41
Yatak Ücretleri	3,82	3,52	3,60
Toplam İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri	6,66	6,03	7,69
Toplam Diğer Gelirler	7,46	9,03	9,85
Toplam Satış İndirimleri	1,44	1,71	1,48
Toplam Gelir	100,00	100,00	100,00

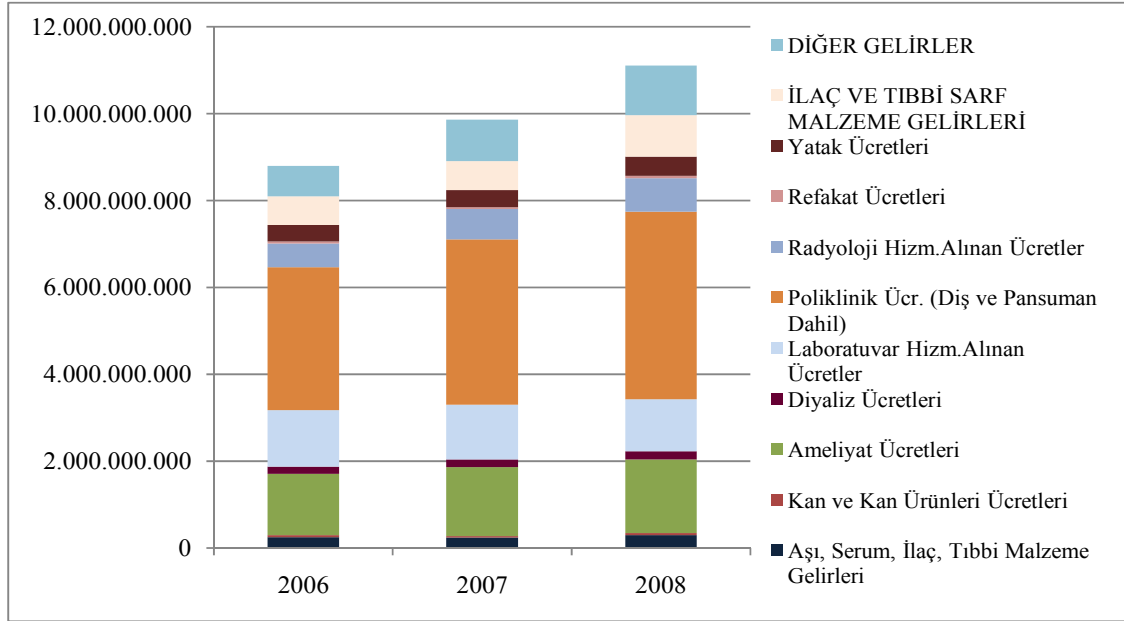
SB toplam döner sermaye gelirleri açısından 2006-2008 yıllarında yüzdesel olarak tüm fonksiyonlara bakıldığında kayda değer bir değişikliğin olmadığı görülmektedir.



Şekil 4.13. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

Çizelge 4.15. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

GELİR KALEMLERİ	2006	2007	2008
Aşı, Serum, İlaç, Tıbbi Malzeme Gelirleri	252.072.570	239.834.496	300.478.566
Kan ve Kan Ürünleri Ücretleri	42.445.588	34.758.082	44.169.929
Ameliyat Ücretleri	1.416.879.009	1.590.131.378	1.696.029.407
Diyaliz Ücretleri	166.341.924	174.112.466	189.881.088
Laboratuvar Hizm. Alınan Ücretler	1.296.961.601	1.262.296.214	1.197.708.794
Poliklinik Ücr. (Diş ve Pansuman Dahil)	3.286.673.035	3.804.287.311	4.313.828.849
Radyoloji Hizm. Alınan Ücretler	551.869.597	698.373.912	771.836.628
Refakat Ücretleri	45.394.964	46.296.477	50.780.062
Yatak Ücretleri	378.077.022	389.737.345	447.078.123
Toplam İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri	658.364.959	667.738.111	954.461.943
Toplam Diğer Gelirler	698.097.126	952.890.297	1.139.139.465
Toplam Satış İndirimleri	127.100.287	164.485.924	167.779.391
Toplam Gelir	8.666.077.107	9.695.970.166	10.937.613.462

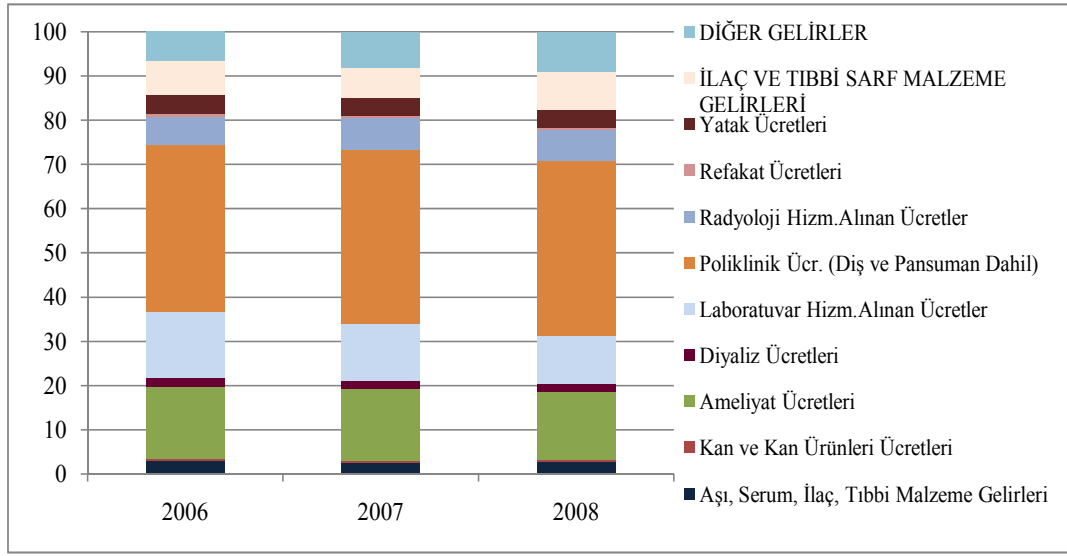


Şekil 4.14. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

İkinci/üçüncü basamak döner sermaye gelirleri açısından 2006-2008 yıllarında yüzdesel olarak tüm fonksiyonlara bakıldığında kayda değer bir değişikliğin olmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.16. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

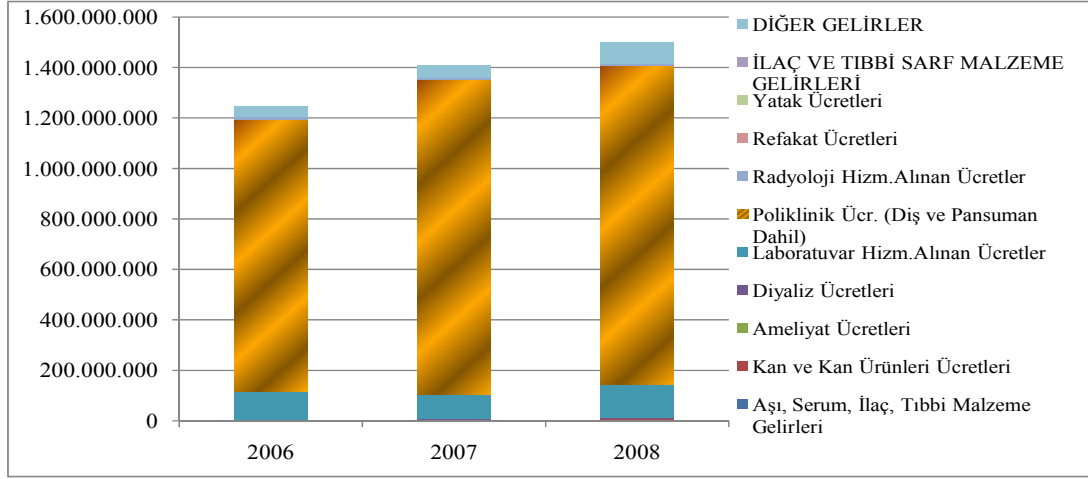
GELİR KALEMLERİ	2006	2007	2008
Aşı, Serum, İlaç, Tıbbi Malzeme Gelirleri	2,91	2,47	2,75
Kan ve Kan Ürünleri Ücretleri	0,49	0,36	0,40
Ameliyat Ücretleri	16,35	16,40	15,51
Diyaliz Ücretleri	1,92	1,80	1,74
Laboratuvar Hizm.Alınan Ücretler	14,97	13,02	10,95
Poliklinik Ücr. (Diş ve Pansuman Dahil)	37,93	39,24	39,44
Radyoloji Hizm.Alınan Ücretler	6,37	7,20	7,06
Refakat Ücretleri	0,52	0,48	0,46
Yatak Ücretleri	4,36	4,02	4,09
Toplam İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri	7,60	6,89	8,73
Toplam Diğer Gelirler	8,06	9,83	10,41
Toplam Satış İndirimleri	1,47	1,70	1,53
Toplam Gelir	100,00	100,00	100,00



Şekil 4.15. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

Çizelge 4.17. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

GELİR KALEMLERİ	2006	2007	2008
Aşı, Serum, İlaç, Tıbbi Malzeme Gelirleri	4.711.194	4.360.995	5.998.139
Kan ve Kan Ürünleri Ücretleri	115.705	220.319	110.067
Ameliyat Ücretleri	1.069.407	2.308.292	3.349.624
Diyaliz Ücretleri	36.814	34.875	55.120
Laboratuvar Hizm. Alınan Ücretler	112.003.126	97.839.741	133.780.732
Poliklinik Ücr. (Diş ve Pansuman Dahil)	1.075.757.221	1.244.002.046	1.262.525.746
Radyoloji Hizm. Alınan Ücretler	11.298.142	11.400.453	8.633.219
Refakat Ücretleri	3.438	611	0
Yatak Ücretleri	329.971	333.546	0
Toplam İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri	468.590	358.138	226.835
Toplam Diğer Gelirler	40.318.859	48.115.400	83.662.427
Toplam Satış İndirimleri	15.239.641	25.515.833	15.687.775
Toplam Gelir	1.230.872.826	1.383.458.582	1.482.654.133

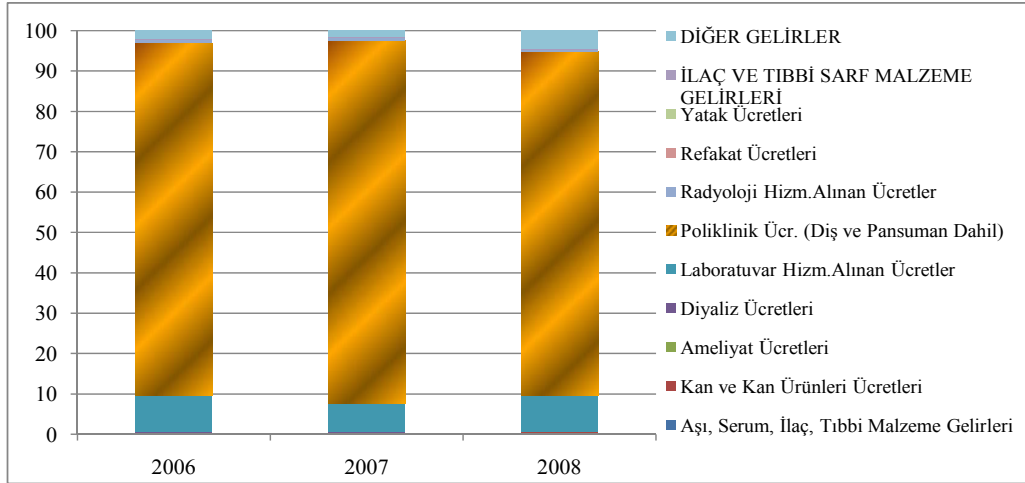


Şekil 4.16. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirlerinin Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Birinci basamak döner sermaye gelirleri açısından 2006-2008 yıllarında yüzdesel olarak tüm fonksiyonlara bakıldığında gelirlerin büyük miktarda poliklinik (%87,40, %89,92 ve %85,15) ve laboratuvar (%9,10, %7,07 ve %9,02) ücretlerinden elde edildiği görülmektedir.

Çizelge 4.18. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirleri % (2006-2008)

GELİR KALEMLERİ	2006	2007	2008
Aşı, Serum, İlaç, Tıbbi Malzeme Gelirleri	0,38	0,32	0,40
Kan ve Kan Ürünleri Ücretleri	0,01	0,02	0,01
Ameliyat Ücretleri	0,09	0,17	0,23
Diyaliz Ücretleri	0,00	0,00	0,00
Laboratuvar Hizm. Alınan Ücretler	9,10	7,07	9,02
Poliklinik Ücr. (Diş ve Pansuman Dahil)	87,40	89,92	85,15
Radyoloji Hizm. Alınan Ücretler	0,92	0,82	0,58
Refakat Ücretleri	0,00	0,00	0,00
Yatak Ücretleri	0,03	0,02	0,00
Toplam İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Gelirleri	0,04	0,03	0,02
Toplam Diğer Gelirler	3,28	3,48	5,64
Toplam Satış İndirimleri	1,24	1,84	1,06
Toplam Gelir	100,00	100,00	100,00



Şekil 4.17. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Gelirleri % (2006-2008)

Döner sermaye uygulaması 2002 yılına kadar sadece ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını kapsarken bu tarihten itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarında da uygulamaya geçilmiştir. Elimizdeki verilerden ikinci ve üçüncü basamak gelirlerinin ayrıştırabildiğimiz veri 2006 yılı sonrasına aittir. 2006-2008 yıllarını içeren yataklı tedavi hizmetlere ve birinci basamağa ait döner sermaye gelirleri ayrıştırılarak SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesiyle oransal olarak karşılaştırılmıştır.

Bu karşılaştırmalar sonucunda Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi ile döner sermaye gelirleri açısından çarpıcı bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Çizelge 4.19'a bakıldığında 1993 yılında döner sermaye gelirinin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesine oranı %29,1 iken 2001 yılında %201,9 ve 2008 yılında %143,8 olarak gerçekleşmiştir. Son üç yıla bakıldığında %150 ila 200 arasında olduğu görülmektedir.

Döner sermaye gelirlerinin tedavi hizmetlerine bütçeden ayrılan payın yaklaşık iki katı olması, artık yataklı tedavi kurumlarının devlet katkısıyla değil de kendi gelirlerini kazanan ve elde ettiği o gelire personel, mal ve hizmet giderlerini karşılayan özerk yapılar olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir.

Çizelge 4.19. Yataklı Tedavi Hizmetleri Döner Sermaye Gelirlerinin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesine Oranı (1993-2008)

Yıllar	Yataklı Tedavi Hizmetleri Döner Sermaye Gelirleri (milyar TL)	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi (milyar TL)	Döner Sermaye Gelirleri/Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi %
1993	2.484	8.548	29,1
1994	5.913	14.204	41,6
1995	20.437	21.140	96,7
1996	39.276	38.598	101,8
1997	71.993	80.157	89,8
1998	157.832	160.057	98,6
1999	339.128	274.057	123,7
2000	601.009	427.068	140,7
2001	1.008.127	499.213	201,9
2002	1.874.983	944.980	198,4
2003	2.905.016	1.355.420	214,3
2004	4.702.708	2.728.671	172,3
2005	8.028.436	3.245.298	247,4
2006	8.666.077	4.991.154	173,6
2007	9.695.970	3.940.005	246,1
2008	10.937.613	7.606.581	143,8

4.2.2. Döner Sermaye Giderleri

Giderler bakımından döner sermayeyi incelerken yine ulaşılabilen iki veri seti kullanıldı. Öncelikli olarak ayrıntılı çizelgeler nominal ve yüzdesel olarak sunulduktan sonra fonksiyonel olarak değişkenler gruplanarak yine aynı şekilde nominal değerler ve yüzdeler çizelge ve şekillerde gösterilmiş ve çarpıcı olan sonuçlar belirtilmeye çalışılmıştır.

Fonksiyonlar ayrıntılı olarak birçok başlıkla ifade edilmiş. Ancak bu fonksiyonlar; mal alım giderleri, hizmet alım giderleri, personel (döner sermaye, memur/işçi aylık ücret ve tazminat gideri) ve diğer olarak gruplandırılmış ve değerlendirmeler bu doğrultuda yapılmıştır.

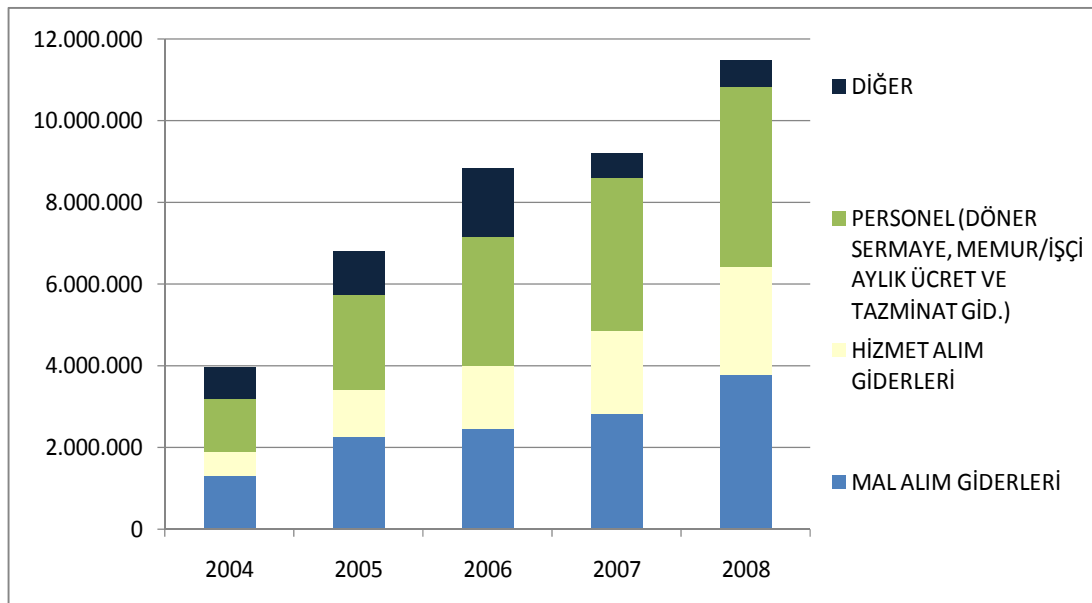
Çizelge 4.20. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)

GİDERLER	2004	2005	2006	2007	2008
Mal Alım Giderleri	1.307.952,66	2.268.498,00	2.447.280,31	2.826.577,18	3.782.841,93
Tıbbi malzeme	578.610,64	825.840,00	484.375,07	231.987,75	374.961,68
İlaç alım gideri	216.374,76	340.597,00	384.139,66	319.926,63	563.520,09
Lab. Sarf malzemeleri	0,00	87.899,00	316.125,55	282.628,76	360.560,87
Diğer tıbbi sarf malzemesi	0,00	10.950,00	209.767,30	391.419,46	710.345,21
Demirbaş gideri	112.384,38	212.200,00	253.200,00	326.988,89	231.504,79
Akaryakıt, yakacak gideri	64.228,58	120.660,00	169.974,50	172.874,70	212.982,17
Elektrik su gideri	61.776,54	110.566,00	139.592,18	160.128,09	223.402,08
Tesis makina cihaz gideri	59.748,12	109.257,00	108.641,00	179.464,68	284.509,30
Yiyecek giderleri	54.340,20	66.736,00	68.503,39	67.706,99	80.336,46
Kırtasiye gideri	36.465,54	53.146,00	62.915,05	57.413,10	64.497,92
Temizlik ve diğer tüketim	23.944,56	12.190,00	14.659,08	61.472,46	81.519,41
Ulaştırma - haberleşme gideri	23.878,48	36.770,00	41.555,71	49.139,56	53.712,52
Tekstil giderleri	5.909,44	10.416,00	12.108,48	13.874,65	19.638,60
İnşaat malzeme ve hırdavat gideri	18.405,64	30.403,00	62.209,68	59.652,41	74.466,40
Taşıtlar gideri	2.094,50	346,00	5.747,02	2.343,96	34.151,58
Diğer maddi duran var. Gideri	0,00	357,00	0,00	-38,57	514,70
Önceki dönem zarar ve giderleri	24.999,48	24.970,00	76.581,83	76.224,71	82.459,56
Diğer giderler	24.791,80	215.195,00	37.184,82	373.368,95	329.758,61
Hizmet Alım Giderleri	573.091,78	1.156.372,00	1.555.646,89	2.017.670,49	2.645.169,51
Temizlik hizmet alım gideri	298.641,48	446.479,00	532.738,99	607.802,04	727.683,06
Yemek hizmeti alım gideri	130.946,96	237.812,00	300.618,05	326.562,78	352.319,14
Makina teçhizat onarım giderleri	32.024,02	50.433,00	65.432,79	82.094,85	101.740,51
Yapı tesis onarım	29.660,48	152.069,00	124.504,86	153.193,31	168.497,46
Müşavir firma ve bilirkişi gideri	28.460,42	81.092,00	112.681,44	132.810,18	143.864,64
Yazılım gideri	5.180,20	507,00	28.259,34	11.039,50	18.017,25
Bilgisayar bakım onarım	12.184,68	21.727,00	22.787,80	27.525,79	29.780,33
Diğer hizmet giderleri,	35.993,54	166.253,00	368.623,63	676.642,04	1.103.267,13
Personel (döner sermaye, memur / işçi aylık ücret ve tazminat gid.)	1.302.842,00	2.311.005,00	3.156.381,71	3.773.485,86	4.397.055,26
Ek ücret karşılığı (döner sermaye...)	1.247.109,00	2.217.154,00	2.987.518,15	3.409.611,70	3.927.900,18
Memur / işçi aylık ücret ve tazminat gid.	55.733,00	93.851,00	168.863,56	363.874,16	469.155,08
Diğer	786.136,00	1.066.124,00	1.685.243,26	588.098,22	660.983,14
Hazine hissesi	652.655,00	799.593,00	1.259.060,83	107.227,26	111.509,45
Sağlık bakanlığı merkez hissesi	77.399,00	213.225,00	317.797,11	378.103,61	428.901,50
SHÇEK payı	56.082,00	53.306,00	108.385,32	102.767,36	120.572,19
Genel Toplam Gider	3.970.022,44	6.801.999,00	8.844.552,17	9.205.831,75	11.486.049,84

Çizelge 4.21. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı* (Bin YTL) (2004-2008)

Giderler	2004	2005	2006	2007	2008
Mal Alım Giderleri	1.307.952,66	2.268.498,00	2.447.280,31	2.826.577,18	3.782.841,93
Hizmet Alım Giderleri	573.091,78	1.156.372,00	1.555.646,89	2.017.670,49	2.645.169,51
Personel (Döner Sermaye, Memur/İşçi Aylık Ücret ve Tazminat Gid.)	1.302.842,00	2.311.005,00	3.156.381,71	3.773.485,86	4.397.055,26
Diğer	786.136,00	1.066.124,00	1.685.243,26	588.098,22	660.983,14
Toplam	3.970.022,44	6.801.999,00	8.844.552,17	9.205.831,75	11.486.049,84

*Veriler fonksiyonlarına göre gruplandırılmıştır.



Şekil 4.18. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL) (2004-2008)

Çizelge 4.22. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)

GİDERLER	2004	2005	2006	2007	2008
Mal Alım Giderleri	32,95	33,35	27,67	30,70	32,93
Tıbbi malzeme	14,57	12,14	5,48	2,52	3,26
İlaç alım gideri	5,45	5,01	4,34	3,48	4,91
Lab. Sarf malzemeleri	0,00	1,29	3,57	3,07	3,14
Diğer tıbbi sarf malzemesi	0,00	0,16	2,37	4,25	6,18
Demirbaş gideri	2,83	3,12	2,86	3,55	2,02
Akaryakıt, yakacak gideri	1,62	1,77	1,92	1,88	1,85
Elektrik su gideri	1,56	1,63	1,58	1,74	1,94
Tesis makina cihaz gideri	1,50	1,61	1,23	1,95	2,48
Yiyecek giderleri	1,37	0,98	0,77	0,74	0,70
Kırtasiye gideri	0,92	0,78	0,71	0,62	0,56
Temizlik ve diğer tüketim	0,60	0,18	0,17	0,67	0,71
Ulaştırma - haberleşme gideri	0,60	0,54	0,47	0,53	0,47
Tekstil giderleri	0,15	0,15	0,14	0,15	0,17
İnşaat malzeme ve hırdavat gideri	0,46	0,45	0,70	0,65	0,65
Taşıtlar gideri	0,05	0,01	0,06	0,03	0,30
Diğer maddi duran var. Gideri	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Önceki dönem zarar ve giderleri	0,63	0,37	0,87	0,83	0,72
Diğer giderler	0,62	3,16	0,42	4,06	2,87
Hizmet Alım Giderleri	14,44	17,00	17,59	21,92	23,03
Temizlik hizmet alım gideri	7,52	6,56	6,02	6,60	6,34
Yemek hizmeti alım gideri	3,30	3,50	3,40	3,55	3,07
Makina teçhizat onarım giderleri	0,81	0,74	0,74	0,89	0,89
Yapı tesis onarım	0,75	2,24	1,41	1,66	1,47
Müşavir firma ve bilirkişi gideri	0,72	1,19	1,27	1,44	1,25
Yazılım gideri	0,13	0,01	0,32	0,12	0,16
Bilgisayar bakım onarım	0,31	0,32	0,26	0,30	0,26
Diğer hizmet giderleri,	0,91	2,44	4,17	7,35	9,61
Personel (döner sermaye, memur / işçi aylık ücret ve tazminat gid.)	32,82	33,98	35,69	40,99	38,28
Ek ücret karşılığı (döner sermaye...)	31,41	32,60	33,78	37,04	34,20
Memur / işçi aylık ücret ve tazminat gid.	1,40	1,38	1,91	3,95	4,08
Diğer	19,80	15,67	19,05	6,39	5,75
Hazine hissesi	16,44	11,76	14,24	1,16	0,97
Sağlık bakanlığı merkez hissesi	1,95	3,13	3,59	4,11	3,73
SHÇEK payı	1,41	0,78	1,23	1,12	1,05
Genel Toplam Gider	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

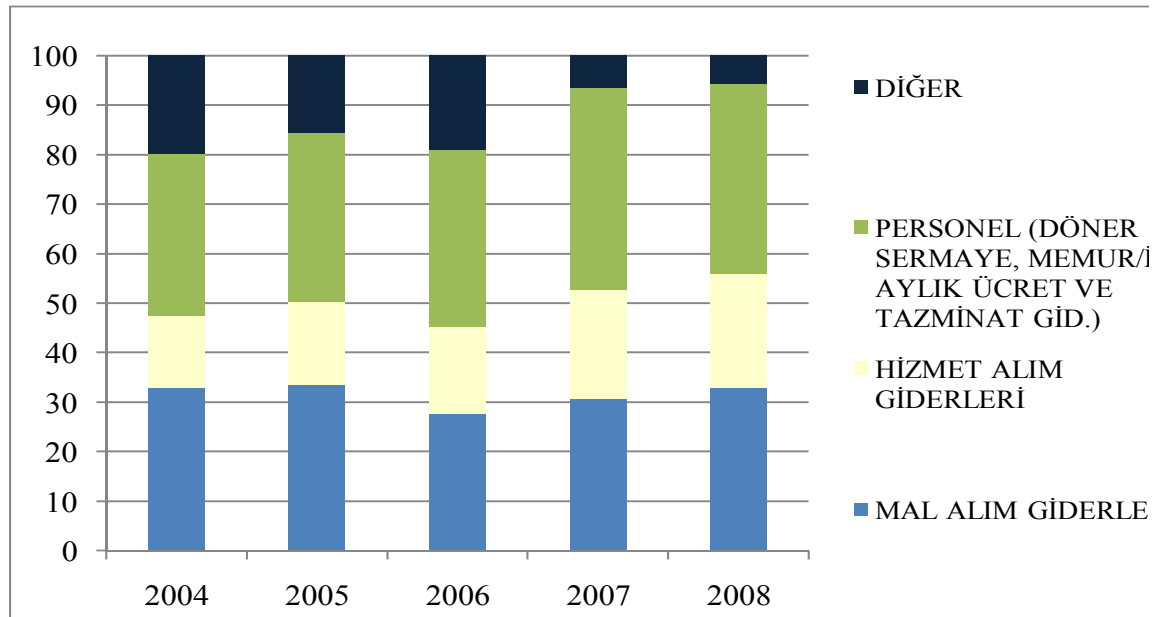
Döner Sermaye harcamalarının fonksiyonel dağılımına bakıldığında; analizleri yapılan verilerin ilkinde mal alım giderleri açısından 2004-2008 yılları arasında çok fazla bir farkın olmadığı buna karşın hizmet alımlarında ve personel giderlerinde orantısal olarak artışın olduğu görülmüştür. Hizmet alım giderleri 2004’de %14,44’den 2008’de %23,03’e ve aynı dönemde personel giderleri de %32,82’den %38,28’e yükselmiştir.

Daha ayrıntılı sonuçlar yukarıda ki çizelge 4.22’de verilmiştir.

Çizelge 4.23. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı* (%) (2004-2008)

GİDERLER	2004	2005	2006	2007	2008
Mal Alım Giderleri	32,95	33,35	27,67	30,70	32,93
Hizmet Alım Giderleri	14,44	17,00	17,59	21,92	23,03
Personel (Döner Sermaye, Memur/İşçi Aylık Ücret ve Tazminat Gid.)	32,82	33,98	35,69	40,99	38,28
Diğer	19,80	15,67	19,05	6,39	5,75
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*Veriler fonksiyonlarına göre gruplandırılmıştır.

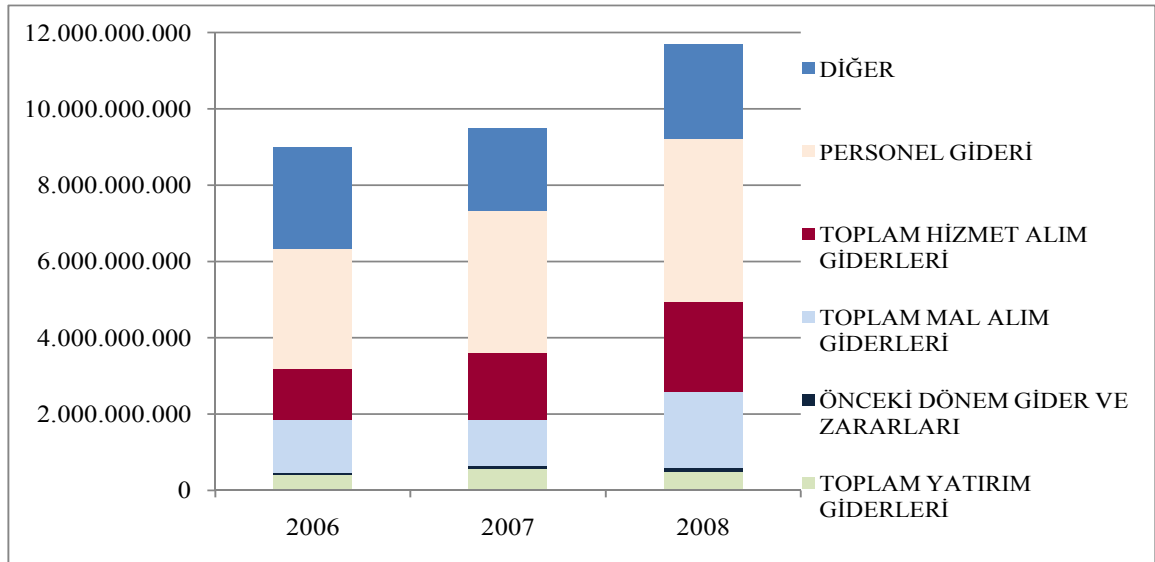


Şekil 4.19. Yıllar İtibariyle Döner Sermaye Harcamaları Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2004-2008)

Daha ayrıntılı olan ikinci veri tabanından oluşturulan gruplanmış verilerden hazırlanan toplam SB döner sermaye giderleri, ikinci/üçüncü basamak ve birinci basamak harcamalarını gösteren çizelge ve şekiller yukarıda olduğu gibi önce nominal değerleri ve sonrasında yüzdesel orantıları göstermektedir.

Çizelge 4.24. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Gider Kalemleri	2006	2007	2008
Toplam yatırım giderleri	386.567.246	553.038.350	504.925.746
Kambiyo zararları	61	0	0
Önceki dönem gider ve zararları	76.574.552	76.224.706	82.456.504
Toplam mal alım giderleri	1.389.352.260	1.225.962.597	2.006.011.617
Toplam hizmet alım giderleri	1.321.816.446	1.764.200.175	2.339.904.049
Personel gideri	3.154.307.263	3.692.655.843	4.283.907.678
Diğer	2.655.483.796	2.163.044.248	2.479.652.393
Toplam Gider	8.817.564.728	9.225.929.483	11.370.930.213

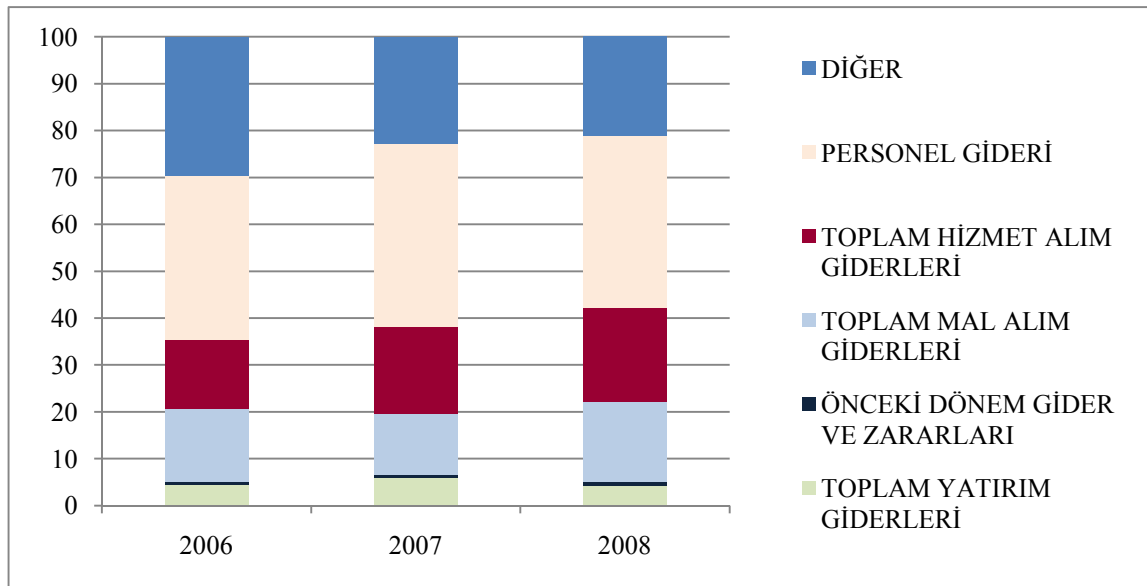


Şekil 4.20. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Çizelge 4.25. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

Gider Kalemleri	2006	2007	2008
Toplam yatırım giderleri	4,30	5,84	4,32
Kambiyo zararları	0,00	0,00	0,00
Önceki dönem gider ve zararları	0,85	0,80	0,70
Toplam mal alım giderleri	15,46	12,94	17,15
Toplam hizmet alım giderleri	14,71	18,62	20,00
Personel gideri	35,11	38,97	36,62
Diğer	29,56	22,83	21,20
Toplam Gider	100,00	100,00	100,00

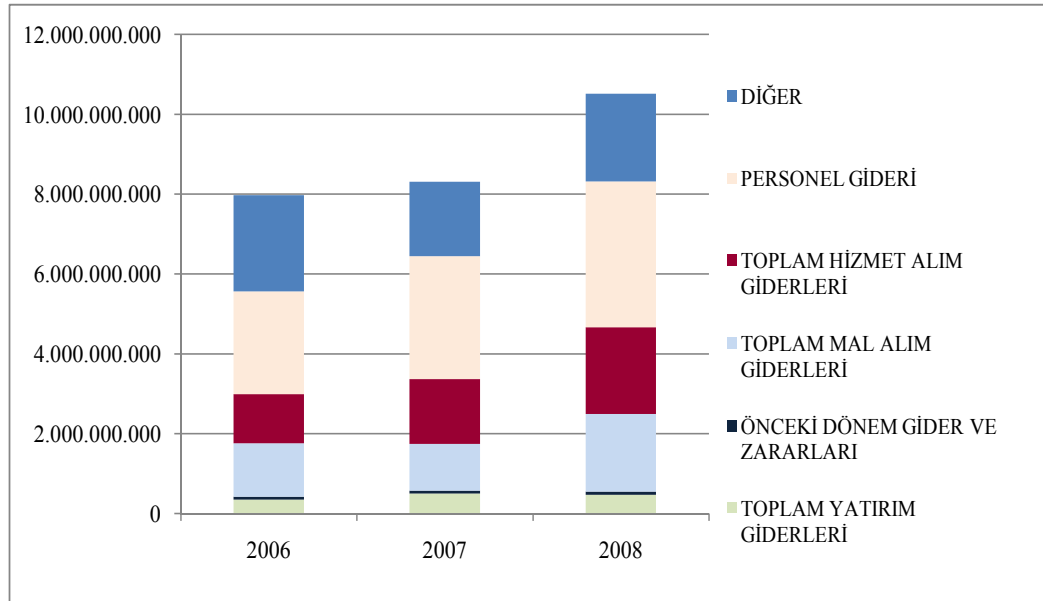
Çizelgeye bakıldığında hizmet alım giderlerinin 2006 yılında %14,71'den 2008 yılında %20'ye yükseldiği, buna karşın personel ve mal alım giderlerinde ise çok önemli bir değişikliğin olmadığı görülmektedir.



Şekil 4.21. Yıllar İtibariyle Toplam Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

Çizelge 4.26. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Gider Kalemleri	2006	2007	2008
Toplam yatırım giderleri	348.983.813	502.466.775	475.604.998
Kambiyo zararları	61	0	0
Önceki dönem gider ve zararları	74.736.699	71.358.895	75.435.834
Toplam mal alım giderleri	1.339.462.322	1.171.939.861	1.948.642.996
Toplam hizmet alım giderleri	1.235.514.985	1.628.519.406	2.173.874.658
Personel gideri	2.570.968.169	3.071.128.194	3.646.988.720
Diğer	2.405.623.044	1.868.068.308	2.198.637.453
Toplam Gider	7.824.391.832	8.085.518.874	10.219.149.997

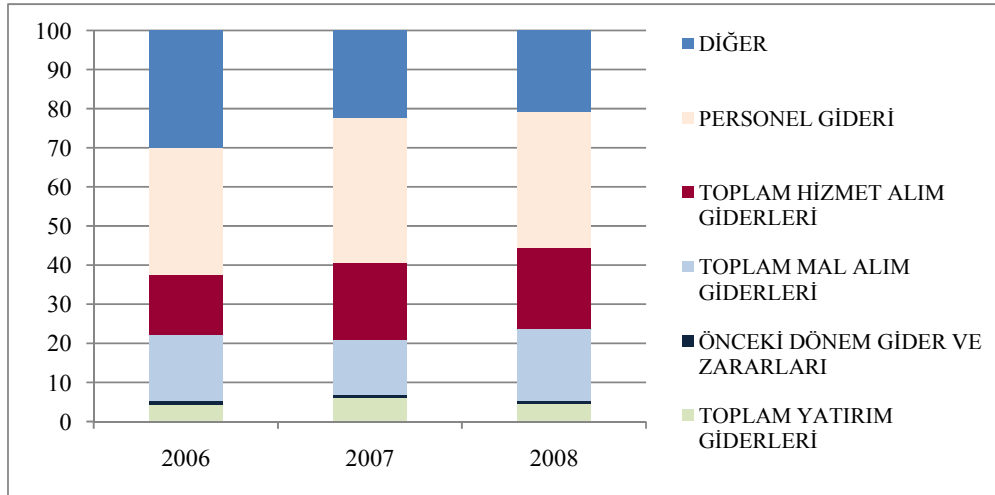


Şekil 4.22. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Çizelge 4.27. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

Gider Kalemleri	2006	2007	2008
Toplam yatırım giderleri	4,38	6,04	4,52
Kambiyo zararları	0,00	0,00	0,00
Önceki dönem gider ve zararları	0,94	0,86	0,72
Toplam mal alım giderleri	16,80	14,10	18,52
Toplam hizmet alım giderleri	15,49	19,59	20,67
Personel gideri	32,24	36,94	34,67
Diğer	30,16	22,47	20,90
Toplam Gider	100,00	100,00	100,00

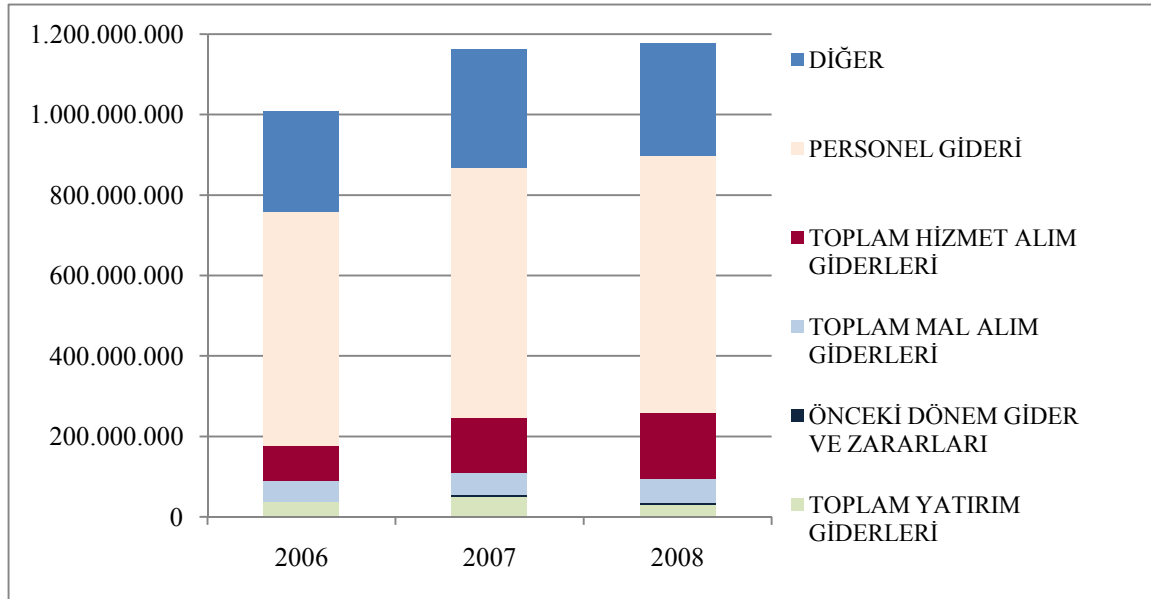
İkinci/üçüncü basamak döner sermaye harcamalarına orantısal olarak bakıldığında personel giderlerinin 2006'da %32,24'den 2008'de %34,67'ye, mal alım giderlerinin de yine aynı dönemde %16,80'den %18,52'ye ve hizmet alım giderlerinin de %15,49'dan %20,67'ye yükseldiği görülmektedir.



Şekil 4.23. Yıllar İtibariyle İkinci/Üçüncü Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

Çizelge 4.28. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Gider Kalemleri	2006	2007	2008
Toplam yatırım giderleri	37.583.433	50.571.576	29.320.747
Kambiyo zararları	0	0	0
Önceki dönem gider ve zararları	1.837.853	4.865.811	7.020.669
Toplam mal alım giderleri	49.889.937	54.022.736	57.368.621
Toplam hizmet alım giderleri	86.301.462	135.680.769	166.029.391
Personel gideri	583.339.094	621.527.649	636.918.957
Diğer	249.860.752	294.975.940	281.014.940
Toplam Gider	993.172.896	1.140.410.610	1.151.780.216

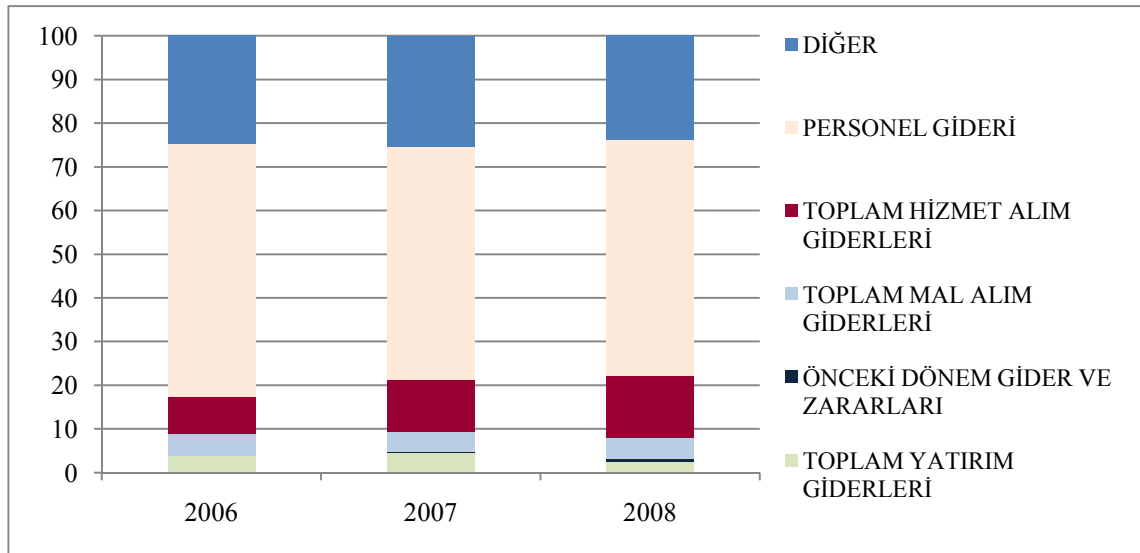


Şekil 4.24. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (YTL) (2006-2008)

Çizelge 4.29. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

Gider Kalemleri	2006	2007	2008
Toplam yatırım giderleri	3,73	4,35	2,49
Kambiyo zararları	0,00	0,00	0,00
Önceki dönem gider ve zararları	0,18	0,42	0,60
Toplam mal alım giderleri	4,95	4,65	4,87
Toplam hizmet alım giderleri	8,55	11,68	14,10
Personel gideri	57,82	53,50	54,08
Diğer	24,77	25,39	23,86
Toplam Gider	100,00	100,00	100,00

Yine aynı şekilde birinci basamak döner sermaye harcamalarına orantısal olarak bakıldığında personel giderlerinin 2006'da %57,82'den 2008'de %54,08'e gerilediği, buna karşın mal alım giderlerinin yine aynı dönemde %4,95 ve %4,87 olduğu yani değişmediği, ancak hizmet alım giderlerinin %8,55'den %14,10'a yükseldiği görülmektedir. Bu sonuca bakılarak birinci basamakta da giderek hizmetlerin dışarıdan alımına ağırlık verilmeye başlandığı söylenebilir.



Şekil 4.25. Yıllar İtibariyle Birinci Basamak Döner Sermaye Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%) (2006-2008)

5. TARTIŞMA

Yıllar itibariyle tüm dünyada merkez ve perifer kapitalist ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerine olan talebin artması beraberinde sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur. Sağlık harcamalarındaki bu artışın bir nedeni sağlık hizmetlerinin emek yoğun oluşudur. Diğer bir neden ise sağlık hizmetlerinin teknoloji yoğun karakteridir (Belek, 2009, s. 145-146).

Sağlık harcamalarını belirleyen faktörler;

1. Ulusal gelirdeki artış,
2. Finansman sisteminin yapısı,
3. Sağlık hizmetlerindeki fon sistemi,
4. Maliyetin bir kısmının hasta tarafından karşılanıp/karşılanmaması,
5. Nüfusun yaşlanması,
6. Teknolojinin gereksiz kullanımı,
7. Hekimlerin ücretlendirme sistemidir (Belek, 2009, s. 145-146).

Yukarıda sayılan tüm faktörlerin aslında ülkemizde son dönemde özellikle 2000 yılı sonrasında sağlık harcamalarının artışına önemli ölçüde etki ettiği söylenebilir. Ancak bu araştırmanın konusuna bağlı olarak yani döner sermaye uygulamasına bağlı olarak sağlık harcamalarının etkilenmesi düşünüldüğünde liste azaltılabilir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında, döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulduğunu gözlenmektedir.

Yıllar itibariyle döner sermaye gelirlerinin değişimi incelendiğinde artış çok net olarak görülmektedir. Döner sermaye gelirlerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesine oranı 1993 yılında sadece %13,7 iken bu oran sürekli artarak performansa bağlı ek ödemenin başladığı yıl olan 2004'de %105,4, SSK'ya ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığı'na devredildiği yıl olan 2005'de ise %118,6'ya yükselmiş ve sonraki yıllarda yüzde yüzün üzerinde devam etmiştir.

İkinci ve üçüncü basamağın bütçelerini kapsayan Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi ile döner sermaye gelirlerinin karşılaştırılması daha çarpıcı bir tablo ortaya koymaktadır. Döner sermaye gelirin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesine oranı 1993 yılında %29,1 iken 2001 yılında %201,9 ve 2008 yılında %143,8 olarak gerçekleşmiştir. Son üç yıla bakıldığında %150 ila 200 arasında olduğu görülmektedir.

Döner sermaye gelirlerinin fonksiyonel dağılımına bakıldığında poliklinik gelirlerinin giderek bir artış gösterdiği görülmektedir. Poliklinik gelirlerinin toplam döner sermaye gelirine oranı 2004 yılında %28,92'den 2008 yılına gelindiğinde %45,03'e yükselmiştir. Buna karşılık laboratuvar, ilaç aşı tıbbi malzeme ve yatak ücretleri gelirlerinin 2004'den 2008'e orantısız olarak bir azalma göstermektedir. Performansa dayalı ek ödeme mevzuatı gereği, poliklinik hizmetlerinin diğer hizmetlere oranla daha karlı olması ve hekimlerin ek ödemeleri için belirlenecek puanlara diğer hizmetlerden daha fazla etki etmesi, poliklinik hizmetleri gelirlerinin artmasında etkili olmaktadır.

Bu veriler ışığında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde döner sermaye gelirlerinin genel bütçe gelirlerinin üzerine çıktığı ve son yıllarda sürekli öyle kaldığı gözlenmektedir. Döner sermaye gelirlerinin tedavi hizmetlerine bütçeden ayrılan payın yaklaşık iki katı olması, artık yataklı tedavi kurumlarının devlet katkısıyla değil de kendi gelirlerini kazanmak durumunda bırakılan ve elde ettiği o gelire personel, mal ve hizmet giderlerini karşılaması beklenen "özerk" yapılar olduğunun göstergesidir.

Dünya Bankasının ifadesiyle döner sermayeler bütçenin kapsamını daraltmakta ve bütçe kontrollerinin etkinliğini azaltmakta, böylece bütçe sisteminin sektörler içinde ve arasında yapılan kaynak tahsislerini belirleme ve şeffaf bir şekilde yansıtma yetisinden ödün vermek anlamına gelmektedir. (Dünya Bankası, 2003, s.143). SB Hastanelerindeki toplam döner sermaye harcamaları genel bütçe harcamalarından fazla olduğundan haliyle her bir kalemden yapılan harcamada genel bütçe harcamalarının önüne geçmiş olmaktadır ve hatta genel bütçeden ödenek ayrılmayan birçok kalemlerdeki harcamalar da döner sermayeden karşılanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Bütçesinden yapılan harcamaların fonksiyonel dağılımına bakıldığında 2000 yılında %74,59 olan personel harcamaları yıllar boyunca giderek azalarak 2008 yılına gelindiğinde %45,34'e kadar düştüğü görülmektedir. Buna karşılık analitik sınıflamada mal ve hizmet alım giderlerine karşılık gelen diğer cari harcamalar 2000 yılında %19,39'dan, 2008 yılında ona karşılık gelen mal ve hizmet alım giderleri %42,20'ye yükselmiştir.

Aynı fonksiyonel dağılımına döner sermaye harcamaları açısından bakıldığında; Mal alım giderleri açısından 2004-2008 yılları arasında çok fazla bir farkın olmadığı buna karşın hizmet alımlarında %14,44'den %23,03'e ve personel giderlerinde de %32,82'den %38,28'e bir artışın söz konusu olduğu görülmüştür.

Hizmet alım giderlerinin hem toplam SB döner sermaye harcamaları içinde, 2006 yılında %14,71'den 2008 yılında %20'ye yükseldiği, hem ikinci/üçüncü basamak döner

sermaye harcamalarında orantısal olarak, %15,49'dan %20,67'ye, yükseldiği, hem de birinci basamak döner sermaye harcamalarına orantısal olarak, %8,55'den %14,10'a yükseldiği görülmektedir.

Hizmet alım giderlerinin hem Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde hem de döner sermaye harcamaları içinde orantısının yükselmesi kamu sağlık hizmet sunucularının önceleri hastane içinde ürettikleri hizmetleri artık dış kaynak kullanmak yoluyla dışarıdan aldıklarını göstermektedir. Dış kaynak kullanımının hizmetlerin maliyetlerini azaltması beklenmesine karşın ülkemizde çeşitli nedenlerle bu şekilde yapılan hizmet alımlarında da maliyetlerin azalmadığı hatta ortaya çıkan verilerle arttığı söylenebilir.

Buna karşın personel ve mal alım giderlerinde bu denli yükselmelerin olmayışı hatta birinci basamakta düşüşün olduğu tespit edilmiştir. Mal alım ve personel giderlerinde kayda değer bir değişikliğin olmayışı da önceleri mal alıp, kendi istihdam ettiği personelle alınan bu mallarla hizmeti kendi üreten sağlık kuruluşlarının artık hizmeti doğrudan aldıklarının ve mal ve personel alımına eskisi kadar ihtiyaç duymadıklarının göstergesi olarak algılanabilir. Bu sonuca bakılarak Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kuruluşlarında hizmetlerin dışarıdan alımına ağırlık verilmeye başlandığı söylenebilir.

Döner sermaye uygulamasıyla sağlık hizmetlerini sunarken hastaneler kamusal hizmet üretimi yerine artık hizmet alımına yönelmişlerdir, bu da taşeron çalıştırma ve özelleştirme sürecini hızlandırmaktadır. Taşeronlaşma bir başka deyişle dış kaynak kullanımı (DKK) (Outsourcing) kavramı 1980'li yıllardan itibaren ilk olarak kullanılmaya başlansa da bir yönetim stratejisi ve iş modeli olarak 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. En basit haliyle daha önce şirket içinde üretilen bir mal ya da hizmetin dışarıdan tedarik edilmesidir. Bir başka tanıma göre ise kurumların devamlılık arz eden bazı içsel faaliyetlerini ve karar haklarını, bir anlaşmaya bağlı olarak, dışarıdaki tedarikçi firma veya firmalara devretmesi olarak ifade edilmektedir (Outsourcingturkiye, 2005). Temizlik, güvenlik, yemek ve hastane otomasyon sistemleri başta olmak üzere diğer hizmet kalemlerinin dışarıdan alımı döner sermayeden yapılan sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır (Nesanır, 2007, s. 275).

Sağlık hizmet sunucularının döner sermaye uygulamasıyla birlikte daha önce kurum içinde üretilen hizmetleri artık dışarıdan taşeronlar aracılığıyla almaya başladığı net bir şekilde görülmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi döner sermaye uygulamasıyla hastanelerdeki hizmet üretimleri kamusal olmaktan çıkarılıp artık dışarıdan hizmet alım yoluyla sağlanmaya başlanmış, bu uygulama hizmetlerin maliyetlerini arttırmış ve buna bağlı olarak da döner sermayeden yapılan harcamalar artmıştır. Görüldüğü gibi sağlık

hizmetlerinde taşeron şirketler aracılığıyla hizmetlerin verilmesine yönelmek, her ne kadar taşeronlaşmanın, hizmetlerin konularında uzmanlaşmış dış şirketlerden alındığı için, maliyetleri azalttığı iddia edilse de, hastane döner sermaye harcamalarının artmasına ve buna bağlı olarak da sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Döner sermayeler, devletten aldığı maaşların hayli düşük olduğu kamuda çalışan doktorlara yapılan “performansa dayalı” ek ödemeleri finanse etmek ve hasta tedavisinde kullanılan tıbbi ekipmanın, bilgisayarların ve tıbbi sarf malzemelerinin satın alımını finanse etmek için kullanılmaktadır (Dünya Bankası, 2003, s.143). Yukarıdaki ifadeye paralel olarak Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde personel giderlerine ayrılan miktar düşürülmüş ve döner sermayeden ek ödeme şekline dönüştürülmüştür. Buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde en büyük paya sahip olan personel harcamalarının oranı giderek azalmıştır.

Döner sermaye uygulaması 1961 yılında başlamış ancak, döner sermayeden personele pay verilmesi uygulaması ikinci/üçüncü basamak hizmetlerinde 1989 yılından beri uygulanmakta olup, buna karşın birinci basamakta uygulama görece daha yenidir (2001). Döner sermaye uygulaması 2004 yılının ocak ayından itibaren de performansa dayalı olarak devam etmektedir. Performansa dayalı döner sermaye uygulaması aslında performansa dayalı bir ödeme modeli değil, sağlık personeline bir tür hizmet başı ödeme sistemidir. Performansa dayalı bir ödeme sisteminde yapılacak ödeme yapılan işlemin sayısına göre değil niteliğine göre çıktılarına bakılarak yapılmalıdır. Performans ile sağlık çalışanlarının verimliliğine bakılmak isteniyorsa birinci basamakta aşırı önlenebilir hastalık sayısına, ikinci/üçüncü basamakta da sonucu negatif çıkan tetkik sayısına bakılmalıdır (Pala, 2005, s.72-74).

Sağlık Bakanlığının hekimlere yapılacak ödemeleri bütçeden değil de döner sermayeden karşılamaya yönelik uygulamaları hekimlerin kendi gelirlerini arttırmaya yönelik davranışlarına neden olmuş ve bu durum sağlık harcamalarının artışına neden olmuştur. Sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin aldıkları ek ödeme miktarına yaptıkları performans, yani yukarıda da belirtildiği gibi yaptıkları işin sayısal olarak ölçülmesi etki ettiğinden ve sağlık hizmetlerindeki talebi belirleyen de onlar olduğundan, sistem hekimleri talebi arttırmaya yönelik davranmaya itmiş, bu da sağlık çalışanları arasındaki dayanışmayı zedelemiş, iş barışı bozulmuş ve endikasyonlar sorgulanır hale gelmiştir (TTB, 2009, s.48-50). Bunun yanında döner sermayeden sağlık çalışanına verilen miktar çalışanın gelirini bir miktar arttırmış ancak sürekli olmaması, gelecekte ne olacağının belli olmaması, izin ve rapor gibi durumlarda kesilmesi, eşitsiz dağılım olması ve emekliliğe

yansımaması gibi özlük hakları açısından değerlendirildiğinde bir çok negatif yönlerinin varlığı açıkça görülmektedir (TTB, 2008, s. 50). Bu nedenlerle sağlık personelinin tam gün çalışmasına dair bir yasa çıkarılarak bu olumsuzlukların giderilmesine çalışılmış ancak bu yasa ile durum farklı yönlerden daha da kötü bir hale getirilmiştir.

Bu günlerde uygulamaya konulması düşünülen Kamu Hastane Birlikleri yasası da son dönemde döner sermaye ve diğer uygulamalar ile ulaşılması planlanan özerkleşmenin hatta özelleşmenin son ayağı olacak ve bu uygulama ile sağlık harcamaları belki de önüne geçilemez, sürdürülemez bir duruma gelecektir. Özel sağlık kuruluşlarından hizmet alınması uygulamalarıyla zaten kamu kaynaklarının özellikle sosyal güvenlik kuruluşları kaynaklarının bir şekilde özel sektöre aktarılması sağlanmış olunmakla kalmamış, bu uygulama ile daha da ileriye gidilerek sağlıkla ilgili tüm kamu kaynaklarının özele devredilmesi sağlanmış olacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç olarak tüm dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine olan talebin giderek artmasıyla birlikte sağlık harcamalarında ortaya çıkan artış ülkemizde de görülmektedir. Toplam sağlık harcaması artışının yanında kamu sağlık harcamalarında da artış görülmektedir. Toplam sağlık ve kamu sağlık harcamalarının artışından yola çıkarak büyük oranda kamu tarafından finanse edilen ülkemiz sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü oluşturan Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki döner sermaye gelirlerinin ve buna bağlı olarak harcamalarının da arttığı görülmektedir.

Sağlık bakanlığı hastanelerinde genel bütçe ile döner sermaye gelir ve giderlerini karşılaştırdığımızda, yıllar boyunca döner sermayenin genel bütçeye oranla çok daha hızla arttığı ve günümüzde artık döner sermayenin genel bütçenin üzerinde olduğu ortaya konulmuştur.

Önceleri SB kurumlarının ihtiyaçları bütçe kaynaklarından karşılanırken giderek bu ihtiyaçların karşılanması döner sermaye kaynaklarından yapılmaktadır. Öncelikli olarak personele (ek ödeme olarak), hizmetlere (önceden hastanede üretilen, ancak giderek taşeronla verilerek döner sermayeden dışarıdan hizmet alımı olarak) ve mal alımlarına yapılan harcamalar artık döner sermaye kaynaklarından karşılanmaktadır.

Aynı şekilde dış kaynak kullanımı şeklinde alınan sağlık hizmetlerinin de, her ne kadar taşeronlaşmanın, hizmetlerin konularında uzmanlaşmış dış şirketlerden alındığı için, maliyetleri azalttığı düşünülse de, ülkemizde hastane döner sermaye harcamalarının artmasına ve buna bağlı olarak da sağlık harcamalarının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin aldıkları ek ödeme miktarına yaptıkları işin sayısal olarak ölçülmesi etki ettiği için ve sağlık hizmetlerindeki talebi belirleyen de onlar olduğundan, sistem hekimleri talebi arttırmaya yönelik davranmaya itmiştir. Sağlık Bakanlığının hekimlere yapılacak ödemeleri bütçeden değil de döner sermayeden karşılamaya yönelik uygulamaları hekimlerin kendi gelirlerini arttırmaya yönelik davranışlarına neden olmuş ve bu durum sağlık harcamalarının artışı olarak karşımıza çıkmıştır.

Tanımlayıcı bir araştırma niteliğinde olan bu çalışmada bir durum fotoğrafı çekilmiş oldu, ancak az da olsa sebepler ve zaman süreci içinde döner sermaye uygulamasına etki edebilecek düzenlemeler de vurgulanmaya çalışıldı. Ortaya konulan bu

tablonun sebeplerini tam anlamıyla gösterebilmek bundan sonra başka araştırmacılar tarafından yapılacak daha detaylı alışmalarla olacaktır.

Döner sermaye uygulaması ölkemizde sağlık hizmet sunucularının finansmanını farklı bir kaynaktan karşılama anlamına gelmektedir. Kamu sağlık hizmet sunucuları genel bütçeden alamadığı kaynağı döner sermaye yoluyla hizmet karşılığı olarak yine kamu sosyal güvenlik kurumlarından karşılamakta, ancak sosyal güvenlik kurumları da sağlığa ayırdıkları kaynak yetmediğinde genel bütçeden finanse edilmektedir. Ancak yukarıda da ifade edildiği gibi döner sermaye uygulamasının çeşitli sakıncaları bulunmaktadır, bu nedenle sağlık finansmanında bu çekinceler göz önünde bulundurularak, genel bütçe kaynaklarının artırılması hatta tümüyle genel bütçe kaynaklarından finansmanın daha uygun bir model olduğu düşünölmektedir.

KAYNAKLAR

AKDAĞ, R., AYDIN, S., DEMİR, M. (2006). Sağlıkta Performans Yönetimi. Ankara.Sağlık Bakanlığı.

BAŞBAKANLIK. (2005). Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Başbakanlık Basımevi. Ankara.

BELEK, İ. (1995). Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor. Toplum ve Hekim, Sağlık Sistemleri, 9 (64-65):14-25.

BELEK, İ. (2001). Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. Sorun Yayınları. İstanbul.

BELEK, İ. (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü. Yazılama. İstanbul.

BERTAN, M., GÜLER, Ç. (1997). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı. Güneş Kitabevi. Ankara.

BÜMKO. (2009a). Analitik Bütçe Sınıflandırılması, Genel Bilgi. <http://www.bumko.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EFFC29D2305A995420>. (Ulaşım 6 Aralık 2009).

BÜMKO. (2009b). 2010 – 2012 Dönemi Bütçe Hazırlama Rehberi. Maliye Bakanlığı. Ankara

CANBAZ, S., DÜNDAR, C., PEKŞEN, Y. (2006). Birinci Basamakta Döner Sermaye Uygulamasının Samsun Merkez İlçe Sağlık Ocaklarının Hizmet Sunumuna Etkileri. Toplum ve Hekim, 21 (4):292-296.

COŞKUN, G. (1991). Devlet Bütçesi. Türk Bütçe Sistemi. 3. Baskı. Turhan Kitabevi. Ankara.

ÇAKICI, S. (2006). Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI. (2006a). Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu. Ankara. Kanun No:5502, K.Tarihi:16.5.2006.

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI. (2006b). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Ankara. Kanun No:5510, K.Tarihi:31.5.2006.

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI. (2008). “Sosyal Güvenlik Reformuyla Getirilen Önemli Yenilikler”. http://www.calisma.gov.tr/article.php?article_id=500 . (Ulaşım 3 Mart 2009).

DİRİCAN, R., BİLGEL, N. (1993). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2. Baskı. Uludağ Üniversitesi Basımevi. Bursa.

DÜNYA BANKASI. (2003). Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu. Cilt II: Çalışma Raporları.

FİŞEK, N.H. (1985). Halk Sağlığı'na Giriş. Ankara.

GAZİ, A. (2006). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

GÜNCEL TÜRKÇE SÖZLÜK. (2009). Türk Dil Kurumu, Büyük Türkçe Sözlük. <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=d%F6ner+sermaye&ayn=tam>. (Ulaşım 8 Aralık 2009)

HAMZAOĞLU, O. (1991). Dünyada ve Türkiye’de Hekimlerin Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi ve Türkiye İçin Öneriler. Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Ankara.

HAMZAOĞLU, O., SOYER, A., BALCIOĞLU, H. (2006). Dosya Editörü'nden. Toplum ve Hekim, 21 (5-6):322-324.

KARTAL, M., MOLLAHALİLOĞLU, S. (2004). OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları, 1999–2000. Sağlık Bakanlığı. Ankara.

KILIÇ, B., AKSAKOĞLU, G. (1995). Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor. Toplum ve Hekim, Sağlık Sistemleri, 9 (64-65):4-13.

KILIÇ, B., AKSAKOĞLU, G. (2002). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Uygulaması Yanlıştır. Toplum ve Hekim, 17 (5):338-343.

KURTULMUŞ, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları. İstanbul.

LİU, Y., ÇELİK, Y., ŞAHİN, B. (2005). Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları. Sağlıkta Umut Vakfı-SUVAK. Ankara.

MOLLAHALİLOĞLU, S. (2005). Türkiye'de Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hane Halkının Cebinden Yaptığı Sağlık Harcamaları. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.

MOLLAHALİLOĞLU, S., HÜLÜR, Ü., YARDIM, N., ÖZBAY, H., ÇAYLAN, A. K., ÜNÜVAR, N., AYDIN, S. (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Sağlık Bakanlığı. Ankara.

NALÇACI, E., HAMZAOĞLU, O., ÖZALP, E. (2006). Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü. Sol Meclis. Nazım Kitaplığı. İstanbul.

NESANIR, N., EREM, A., BİLGE, B., SALTİK, A. (2006). Manisa'da Birinci Ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması. Toplum ve Hekim, 21 (3):231-238.

NESANIR, N. (2007). Sađlđın Piyasalaştırılması S¼recine ¼nemli Bir Katkı: D¼ner Sermaye ve Sağlık Hizmeti Sunanlara ¼deme Y¼ntemleri. Toplum ve Hekim, 22 (4):274-279.

OECD. (2004). Towards High-Performing Health Systems-POLICY STUDIES. OECD Publications. Paris, France.

OUTSOURCINGTURKIYE. (2005) Dış Kaynak Kullanımının Tanımı (Outsourcing Nedir?). <http://outsourcingturkiye.blogspot.com/2005/12/d-kaynak-kullanmn-tanm-outsourcing.html>. (Ulaşım 17 Mart 2010).

PALA, K. (2005). Sağlık Hizmetlerinde D¼ner Sermaye Uygulaması. Toplum ve Hekim, 20 (1):72-74.

SAğLIK BAKANLIğI. (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Ankara. Kanun No:224, K.Tarihi:5.1.1961.

SAğLIK BAKANLIğI. (1989). Kanun H¼km¼nde Kararname. KHK No: 375, KHK Tarihi: 27.06.1989.

SAğLIK BAKANLIğI. (1990). Sağlık Bakanlığına Ait D¼ner Sermaye Kurum ve Kuruluşlarda D¼ner Sermayeden Yapılacak Ek ¼deme Hakkında Y¼nerge. Ankara. Y¼nerge No: 1577, Y¼nerge Tarihi: 30.01.1990.

SAğLIK BAKANLIğI. (2001). Sağlık Bakanlığına Bağlı D¼ner Sermaye Kurum ve Kuruluşlarda G¼revli Personeler D¼ner Sermayeden Yapılacak Ek ¼deme Hakkında Y¼nerge. Ankara. Y¼nerge No: 3627, Y¼nerge Tarihi: 20.04.2001.

SAğLIK BAKANLIğI. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Y¼r¼t¼lmesi Hakkında Y¼nerge. Ankara. No:8597, Tarihi:20.12.2001.

SAğLIK BAKANLIğI. (2002). Sağlık Bakanlığına Bağlı D¼ner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda G¼revli Personeler D¼ner Sermayeden Yapılacak Ek ¼deme Hakkında Y¼nerge. Ankara. Y¼nerge No: 12311, Y¼nerge Tarihi: 15.11.2002.

SAĞLIK BAKANLIĞI. (2004). Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge.

SAĞLIK BAKANLIĞI. (2005). Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge. Ankara. Yönerge No: 349, Yönerge Tarihi: 01.02.2005

SAĞLIK BAKANLIĞI. (2005). Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik. Ankara. Yönetmelik No: 26166, Yönetmelik Tarihi: 12.05.2006.

SAĞLIK BAKANLIĞI. (2009). Sağlıkta Performansın Panoraması 2008. Yayınlanmamış Kitap. Ankara.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI. (1961). Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun. Ankara. Kanun No: 209, K. Tarihi: 04.01.1961,

SARGUTAN, A.E. (1997). “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Kavram ve Metot”. Yayımlanmış Ders Notları. Ankara.

SARGUTAN, A.E. (2006). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara.

S.B. HIFZISSIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ. (2009). Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamaları (2002-2008). Bilgi Notu. S.B. Hıfzıssihha Mektebi Müdürlüğü Arşivi. Erişim; Eylül 2009.

SMİTH, M. D., BERGER, M. L., BİNGEFORS, K., HEDBLÖM, E. C., PASHOS, C. L., TORRANCE, G. W. (2003). Health Care Cost, Quality, and Outcomes. ISPOR Book of Terms. Lawrenceville, NJ, USA.

TIP KURUMU. (2004). Sağlık Bakanlığı Harcamalarına Genel Bakış. <http://www.tipkurumu.org/documents/donersermaye.doc>. (Ulaşım 29 Eylül 2009).

TOPLUM VE HEKİM. (2003). Dosya/Sayıların Dili. 18 (3):139

TTB. (2008). Füsun Sayek TTB Raporları – 2008, Sağlık Emek-Gücü: Sayılar Ve Gerçekler. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/emekgucurapor.pdf>. (Ulaşım 8 Nisan 2010).

TTB. (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayalioideme.pdf>. (Ulaşım 8 Nisan 2010).

TÜİK. (2010). Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları. Haber Bülteni. Sayı: 29, 22 Şubat 2010. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8393>. (Ulaşım 18 Mart 2010).

WHO. (1946). Constitution Of The World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. (Ulaşım 16 Ocak 2010).

WHO. (2000). The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2005). Strengthened Health Systems Save More Lives, An Insight Into WHO's European Health Systems' Strategy. Copenhagen, Denmark.

YENİMAHALLELİ-YAŞAR, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

DR. HÜSEYİN ÖZBAY

Kişisel Bilgiler:

Doğum Tarihi: 02/02/1972

Doğum Yeri: İzmit

Medeni Durum: Evli

Askerlik Durumu: Yaptı

Yabancı Dil: İngilizce -2006-Mayıs Dönemi KPDS, 76 puan, TOEFL, 197 -530- puan (10 Ağustos 1998)

Eğitim:

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, 1994

Kocaeli Anadolu Lisesi, 1988

Adres:

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

Ziyabey cad. No:6

Balgat/ANKARA

Tel: 0 312 2078494-95

e-mail: hozbay2@sgk.gov.tr

khuseyin@yahoo.com

Yayın, Tebliğ veya Çalışmalar:

Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007

Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları
Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003

OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre
Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000

Türkiye Sağlık Hesapları 2000 Bölümü,
OECD Sağlık Hesapları Yayını İçin, 2004

Türkiye İktisat Kongresi, İzmir, 2004
Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)
Türkiye Sağlık Hesapları Çalışması Tebliği,

EK

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02.251-19 - 19449
Konu : Tez Çalışması

13.05-2009

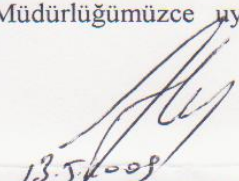
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 08.05.2009 tarih ve 194 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Dr.Hüseyin ÖZBAY'ın "Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Döner Sermaye Harcamalarının Değerlendirilmesi" konulu tez araştırmasını Bakanlığımıza bağlı hastanelerde yapılabilmesi için gerekli izin verilmesi talep edilen ilgide kayıtlı yazınız ve ekleri incelenmiştir.

Yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi ve Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


13.5.09
Doç. Dr. İrfan ŞENCAN
Bakan a.
Genel Müdür V.