

**Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve
Sağlık Harcamalarının Analizi**
2002 - 2013 Dönemi



Mehmet ATASEVER

Yazar Hakkında

Mehmet Atasever: Eğitim hayatına doğum yeri olan Erzurum'da başlayıp, yüksek lisans eğitimini; Atatürk Üniversitesi, üretim yönetim ve pazarlama alanında tamamladı. Doktora eğitimine ise muhasebe ve finansman bilim dalında devam etmektedir.

1994 yılında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde memuriyet hayatına başladı. 1998-2002 yılları arasında Türkiye Vakıflar Bankasında mali analist, 2002-2004 yılları arasında da Atatürk Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak görev yaptı.

2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığında Strateji Geliştirme Başkanlığı görevini yürütmektedir. İşletme, pazarlama, bankacılık, mali analiz, finansal yönetim, hastane yönetimi, sağlık harcamaları vb. alanlarda çalışmalarda bulundu. Serbest muhasebeci mali müşavir ve bağımsız denetçi unvanlarına sahip Atasever, birçok ulusal ve uluslararası etkinlikte yer aldı.

Evli ve dört çocuk babasıdır. Kendisine ait <http://www.mehmetatasever.com> adresli kişisel internet sitesi bulunmaktadır.

Eser Adı: Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi

Yazar: Mehmet ATASEVER

ISBN: 978-975-590-521-1

Bakanlık Yayın No: 983

Basım: Ankara, 2014

©Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi kitabının tümü ya da bölümü/bölemleri yazarın yazılı izni olmadan elektronik, ya da diğer yollarla basılamaz, çoğaltılamaz ve dağıtılamaz.



Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Sağlık Bakanı

Sunuş

Sağlık hizmetleri, AK Parti hükümetleri için öncelikli önem verilen konuların başında gelmiştir. Bu dönemde ülke olarak sağlıkta büyük ilerlemeler kaydettik. Büyük işler başardık, devasa bir dönüşüm gerçekleştirdik. Dünyada ender görülen hız ve düzeyde, sağlık göstergelerimizi iyileştirerek küresel bir başarı örneği sergiledik. Bu büyük dönüşüm ile her engeli aşabileceğimizi, her hedefe ulaşabileceğimizi gösterdik.

2002-2013 döneminde yapılan çalışmaları kapsayan bu kitap, sunulan sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakları ve yapılan faaliyetleri detayları ile anlatmaktadır.

Bu dönemde sağlık hizmetleri sürekli olarak en başarılı kamu hizmetleri arasında yer almıştır. Yakalanan bu başarı çitası düşürülmeden, teknoloji, ilaç sanayi ve yetişmiş insan gücünde dünyanın en gelişmiş ülkeleri arasında yer alacak çalışmalara devam ediyoruz.

Bu başarılı hizmetlerin sunumunda emeği geçen başta sağlık çalışanları olmak üzere herkese teşekkür ederim.

Sunuş	3
Grafikler	10
Şekiller	11
Tablolar	12
Temel Kavramlar	16
Ön Söz	22
Analiz Yöntemi	24

1. Bölüm: Türkiye Sağlık Sistemi ve 2003 Yılı Öncesinin Değerlendirilmesi **27**

A. Cumhuriyet Öncesi Sağlık Hizmetleri	28
B. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri	28
C. 2003 Yılı Öncesinin Değerlendirilmesi	33
C.1. Sağlık Yönetimi	33
C.2. Sağlık Hizmet Sunumu	35
C.2.1. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri	36
C.2.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri	38
C.2.3. Hastane Hizmetleri	38
C.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	39
C.2.5. İlaç ve Tıbbî Malzemeye Erişim	40
C.3. Sağlık Göstergeleri	40
C.4. Ekonomik Göstergeler	41
C.4.1. Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergeler	41
C.4.2. Diğer Ekonomik Göstergeler	41
C.5. Sağlık Finansmanı	42
C.5.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	43
C.5.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Tarihsel Gelişimi	45
C.5.3. Türkiye Sağlık Sisteminde Sosyal Güvenliğin Kapsamı ve İşleyişi	47
C.6. Sağlık Harcamaları (2002 Yılı)	51
C.6.1. Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları	51
C.6.2. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları	53
C.6.3. Fonksiyonlarına Göre Sağlık Harcamaları	57
C.6.4. Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları	62

2. Bölüm: Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlanan Gelişmeler (2003-2013 Dönemi)	65
A. 2003 Yılı Gelişmeleri	66
B. 2004 Yılı Gelişmeleri	67
C. 2005 Yılı Gelişmeleri	68
D. 2006 Yılı Gelişmeleri	69
E. 2007 Yılı Gelişmeleri	70
F. 2008 Yılı Gelişmeleri	71
G. 2009 Yılı Gelişmeleri	72
H. 2010 Yılı Gelişmeleri	74
I. 2011 Yılı Gelişmeleri	75
J. 2012 Yılı Gelişmeleri	76
K. 2013 Yılı Gelişmeleri	77
3. Bölüm: Sağlık Harcamalarının Gelişimi (2002-2013 Dönemi)	79
A. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları	80
B. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	81
C. Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcamaları	83
4. Bölüm: Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)	87
A. Kamu Sağlık Harcamaları	92
A.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları	92
A.2. Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları	97
A.3. Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları	99
B. Özel Sektör Sağlık Harcamaları	101
B.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	103
B.2. Diğer Özel Sağlık Harcamaları	104
C. Sağlıkın Finansmanı ile İlgili Diğer Gelişmeler	105

5. Bölüm: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi) _____ 115

A. Sağlık Bakanlığına Yapılan Sağlık Harcamaları _____	119
B. Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Sağlık Harcamaları _____	140
C. Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Yapılan Sağlık Harcamaları _____	142
D. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları _____	144
E. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Sağlık Harcamaları _____	147

6. Bölüm: Fonksiyonlarına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi) _____ 149

A. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerine Yapılan Harcamalar _____	153
B. 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar _____	158
C. Hastane Hizmetlerine Yapılan Harcamalar _____	160
D. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Harcamalar _____	163
E. Perakende İlaç Hizmetlerine Yapılan Harcamalar _____	164
F. Sağlık Yönetimine Yapılan Harcamalar _____	167
G. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar _____	168

7. Bölüm: Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)	171
A. Cari Sağlık Harcamaları	174
A.1. Personel Harcamaları	177
A.2. Hizmet Alım Harcamaları	182
A.3. İlaç Harcamaları	184
A.4. Tıbbî Malzeme Harcamaları	186
A.5. Tıbbî Tetkik Harcamaları	188
A.6. Yönetim Harcamaları	190
A.7. Kanuni Yükümlülükler	192
A.8. Diğer Cari Sağlık Harcamaları	194
A.9. Sınıflandırılmayan Cari Harcamalar	195
B. Sağlık Yatırım Harcamaları	196
B.1. Sağlık Yapıları İçin Yapılan Harcamalar	199
B.2. Sağlık Donanımı İçin Yapılan Harcamalar	205
B.3. Onarım İçin Yapılan Sağlık Harcamaları	206
B.4. Ambulans Alım Harcamaları	207
B.5. Diğer Sağlık Yatırım Harcamaları	208
8. Bölüm: Sağlık Harcamaları Analizi (2002-2013 Dönemi)	211
A. Sağlık Harcamaları ile GSYH Karşılaştırılması	212
B. Faiz Dışı Kamu Harcamaları ile Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması	213
C. Vergi Gelirleri ile Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması	215
D. 2003-2013 Dönemi Sağlık Harcamaları Toplamı	216
E. 2003-2013 Dönemi Sağlık Yatırım Harcamaları Toplamı	217

9. Bölüm: Değerlendirme ve Sonuç	219
A. Sağlık Yönetim Kapasitesini Güçlendiren Gelişmeler	220
B. Sağlık Hizmet Sunumunda Sağlanan Gelişmeler	220
B.1. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler	221
B.2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler	221
B.3. Hastane Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler	222
B.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler	223
B.5. İlaç ve Tıbbî Malzemeye Erişimde Sağlanan Gelişmeler	223
C. Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler	224
D. Ekonomik Göstergelerdeki Gelişmeler	226
D.1. Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergelerdeki Gelişmeler	226
D.2. Diğer Ekonomik Göstergelerdeki Gelişmeler	227
E. Sağlıkın Finansmanında Sağlanan Gelişmeler	228
F. Sağlık Hizmetleri Memnuniyetinde Sağlanan Gelişmeler	229
Ek: Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlanan Gelişmeler (2003-2013 Dönemi, Detay)	231
Kaynaklar	279

Grafik 1.	Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (2002)	52
Grafik 2.	Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, (2002)	53
Grafik 3.	Sağlık Harcamalarının Hizmet Fonksiyonlarına Göre Dağılımı, (2002)	58
Grafik 4.	Sağlık Harcamalarının Niteliğine Göre Dağılımı, (2002)	63
Grafik 5.	Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	80
Grafik 6.	Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	81
Grafik 7.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	82
Grafik 8.	Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)	83
Grafik 9.	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)	85
Grafik 10.	Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Değişimi, (2002, 2013), (TL/USD)	85
Grafik 11.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (%)	88
Grafik 12.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	89
Grafik 13.	Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	91
Grafik 14.	Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (2013 yılı fiyatlarıyla), (milyon TL)	91
Grafik 15.	Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	93
Grafik 16.	Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	97
Grafik 17.	Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	100
Grafik 18.	Özel Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	102
Grafik 19.	Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	103
Grafik 20.	Diğer Özel Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	105
Grafik 21.	Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002, 2013), (milyon TL)	117
Grafik 22.	Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002, 2013), (2013 yılı fiyatlarıyla, milyon TL)	117
Grafik 23.	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	137
Grafik 24.	Aile Hekimliği Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2005-2013), (%)	139
Grafik 25.	Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	141
Grafik 26.	Özel Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	142
Grafik 27.	Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	145
Grafik 28.	İlaç Harcamaları / Kutu Sayısı Değişimi, (2002, 2013)	145
Grafik 29.	Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	148
Grafik 30.	Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002, 2013), (milyon TL)	151
Grafik 31.	Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002, 2013), (2013 yılı fiyatlarıyla milyon TL)	151
Grafik 32.	Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	153

Grafik 33.	112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	158
Grafik 34.	Hastane Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	160
Grafik 35.	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	164
Grafik 36.	Perakende Temin Edilen İlaçlara Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	165
Grafik 37.	Sağlık Yönetimine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	168
Grafik 38.	Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	169
Grafik 39.	Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	172
Grafik 40.	Cari Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	174
Grafik 41.	Personel Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	177
Grafik 42.	Personel Giderlerinin Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013)	182
Grafik 43.	Hizmet Alım Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	183
Grafik 44.	İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	185
Grafik 45.	Tıbbî Malzeme Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	187
Grafik 46.	Tıbbî Tetkik Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	189
Grafik 47.	Yönetim Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	191
Grafik 48.	Kanuni Yükümlülükler ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	193
Grafik 49.	Diğer Cari Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	194
Grafik 50.	Sınıflandırılmayan Cari Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	196
Grafik 51.	Sağlık Yatırım Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	197
Grafik 52.	Sağlık Harcamaları ve GSYH Artışı Karşılaştırılması, (2002-2013), (milyon TL)	212
Grafik 53.	Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013) , (%)	213
Grafik 54.	Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, (2002-2013), (milyon TL)	214
Grafik 55.	Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	214
Grafik 56.	Vergi Gelirleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, (2002-2013), (milyon TL)	215
Grafik 57.	Kamu Sağlık Harcamalarının Vergi Gelirleri İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	216
Grafik 58.	Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (2003-2013), (%)	229
Grafik 59.	Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2003)	229
Grafik 60.	Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2013)	230

Şekil 1.	Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2002)	44
Şekil 2.	Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2013)	106

Tablo 1.	Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Uluslararası Göstergeler, (2002)	40
Tablo 2.	Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergeler, (2002)	41
Tablo 3.	Diğer Ekonomik Göstergeler, (2002), (milyon TL/USD)	41
Tablo 4.	Türkiye’de Sigortalı Birey Oranı, (%), (2002-2003)	48
Tablo 5.	Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (2002), (milyon TL / USD)	51
Tablo 6.	Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, (2002), (milyon TL/USD)	53
Tablo 7.	Sağlık Harcamalarının Hizmet Fonksiyonlarına Göre Dağılımı, (2002), (milyon TL/USD)	57
Tablo 8.	Türkiye’de Hastane Verileri, (2002)	59
Tablo 9.	Sağlık Harcamalarının Niteliğine Göre Dağılımı, (2002), (milyon TL/USD)	63
Tablo 10.	Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	80
Tablo 11.	Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	81
Tablo 12.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	82
Tablo 13.	Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)	83
Tablo 14.	Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)	84
Tablo 15.	Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)	84
Tablo 16.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	88
Tablo 17.	Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (2002-2013), (TL/USD)	89
Tablo 18.	Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı (Detay), (2002-2013), (milyon TL)	90
Tablo 19.	Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	92
Tablo 20.	Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	92
Tablo 21.	Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Detay), (2002-2013), (milyon TL)	95
Tablo 22.	Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	96
Tablo 23.	Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	97
Tablo 24.	Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Detay), (2002-2013), (milyon TL)	98
Tablo 25.	Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	99
Tablo 26.	Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	99
Tablo 27.	Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	101

Tablo 28. Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	101
Tablo 29. Özel Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	102
Tablo 30. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	103
Tablo 31. Diğer Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	104
Tablo 32. Gelir Testi Yaptıran Vatandaşların Prim Ödeme Durumunun Tespitinde Kullanılan Veriler, (2013)	108
Tablo 33. Sağlık Bakanlığı Alacaklarından Yapılan Terkin Tutarları, (2004-2013), (milyon TL, USD)	113
Tablo 34. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	116
Tablo 35. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucuları ve Finansman Kaynağına Göre Gelişimi (Detay), (2002-2013), (milyon TL)	118
Tablo 36. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	119
Tablo 37. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar (Detay), (2002-2013), (milyon TL)	120
Tablo 38. Sağlık Bakanlığının Finansmanı, (2002-2013), (milyon TL)	137
Tablo 39. Aile Hekimliği Geçiş Takvimi	138
Tablo 40. Aile Hekimliğine Yapılan Harcamalar, (2005-2013), (milyon TL/USD)	139
Tablo 41. Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	140
Tablo 42. Üniversite Sağlık Tesislerinin Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)	141
Tablo 43. Özel Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	142
Tablo 44. Özel Sağlık Tesislerinin Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)	143
Tablo 45. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	144
Tablo 46. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlacın Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)	146
Tablo 47. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	147
Tablo 48. Diğer Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)	148
Tablo 49. Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	150
Tablo 50. Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları (Detay), (2002-2013), (milyon TL)	152
Tablo 51. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	153
Tablo 52. Aşı İçin Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD) (milyon TL/USD)	154
Tablo 53. Aşılama Hizmetleri, (2002, 2013)	155
Tablo 54. 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	158
Tablo 55. 112 Acil Sağlık Hizmet Sunumunda Yaşanan Gelişmeler, (2002, 2013)	159

Tablo 56. Hastane Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	160
Tablo 57. Türkiye’de Hastane Verileri, (2013)	161
Tablo 58. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL /USD)	163
Tablo 59. Perakende Temin Edilen İlaçlara Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	164
Tablo 60. Sağlık Yönetimine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	167
Tablo 61. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)	168
Tablo 62. Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013), (milyon TL)	172
Tablo 63. Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (Detay), (2002-2013), (milyon TL)	173
Tablo 64. Cari Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	174
Tablo 65. Cari sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	175
Tablo 66. Cari Sağlık Harcamalarının Niteliklerine Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	176
Tablo 67. Personel Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	177
Tablo 68. Döner Sermaye Ödemelerinden Yapılan Kesintilere Göre Hekimlere Bağlanacak İlave Emekli Maaşları	178
Tablo 69. Türkiye’de Sağlık Personeli Sayısı, (2002, 2013)	181
Tablo 70. Personel Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	181
Tablo 71. Hizmet Alım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	182
Tablo 72. Hizmet Alım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	184
Tablo 73. İlaç Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	184
Tablo 74. İlaç Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	185
Tablo 75. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Aşı Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	186
Tablo 76. Tıbbî Malzeme Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	186
Tablo 77. Tıbbî Malzeme Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL/USD)	187
Tablo 78. Tıbbî Tetkik (Laboratuvar ve Görüntüleme) Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	188
Tablo 79. Tıbbî Tetkik Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	189
Tablo 80. Yönetim Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	190
Tablo 81. Yönetim Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	192
Tablo 82. Kanuni Yükümlülük Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	192
Tablo 83. Kanuni Yükümlülük Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	193

Tablo 84.	Diğer Cari Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	194
Tablo 85.	Diğer Cari Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	195
Tablo 86.	Sınıflandırılmayan Cari Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	195
Tablo 87.	Sağlık Yatırım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	196
Tablo 88.	Yatırım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	197
Tablo 89.	Yatırım Harcamalarının Niteliklerine Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	198
Tablo 90.	Yapı Tesis Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	199
Tablo 91.	Yapı Tesis Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	199
Tablo 92.	Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye Yapılan Ödemeler, (2008-2013)	202
Tablo 93.	Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye Yaptırılan Tamamlanmış Sağlık Tesisleri, (2008-2013)	202
Tablo 94.	Makine Teçhizat Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	205
Tablo 95.	Makine Teçhizat Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	205
Tablo 96.	Onarım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	206
Tablo 97.	Onarım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	206
Tablo 98.	Ambulans Alım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	207
Tablo 99.	Ambulans Alım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	207
Tablo 100.	Diğer Yatırım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)	208
Tablo 101.	Diğer Yatırım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)	209
Tablo 102.	Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (milyon TL)	212
Tablo 103.	Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	213
Tablo 104.	Vergi Gelirleri ve Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)	215
Tablo 105.	2003-2013 Dönemi Sağlık Harcaması Toplamı, (milyon TL/USD)	216
Tablo 106.	2003-2013 Dönemi Hizmet Sunucularına Göre Toplam Sağlık Harcamaları, (milyon TL/USD)	217
Tablo 107.	Hizmet Sunucularına Göre Toplam Sağlık Yatırım Harcamaları, (2003-2013), (milyon TL/USD)	217
Tablo 108.	Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Uluslararası Göstergeler, (2013)	224
Tablo 109.	Bazı Sağlık Göstergeleri, (2002, 2013)	225
Tablo 110.	Sağlıkla İlgili Uluslararası Ekonomik Göstergeler, (2013)	226
Tablo 111.	Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergeler, (2002, 2013)	227
Tablo 112.	Ekonomik Göstergeler, (2002, 2013), (2013 yılı fiyatlarıyla, milyon TL)	227

Kitapta kullanılan kavramlar aşağıda açıklanmıştır:

FİNANSMAN SAĞLAYANLARA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI: Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan fonların kaynağına dair sınıflandırmadır.

Kamu Sağlık Harcamaları: Sağlık hizmetlerinin finansmanı amacıyla sosyal güvenlik kurumları, merkezi yönetim kurumları, yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının yaptığı sağlık harcamalarının toplamından oluşmaktadır.

■ **Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Harcamaları:** 2007 yılından önceki veriler Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları toplamıdır. 2007 yılından sonrakiler ise SGK harcamalarıdır. 2010 yılından itibaren memurlar, 2012 yılından itibaren ise yeşil kartlılar için yapılan sağlık giderleri dâhil edilmiştir.

SSK Sağlık Harcamaları: SGK'ya devredilmeden önce SSK'nın sağlık hizmetleri kapsamında yaptığı harcamaları kapsamaktadır.

BAĞ-KUR Sağlık Harcamaları: SGK'ya devredilmeden önce BAĞ-KUR'un sağlık hizmetleri kapsamında yaptığı harcamaları kapsamaktadır.

Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları: SGK'ya devredilmeden önce Emekli Sandığı'nın sağlık hizmetleri kapsamında yaptığı harcamaları kapsamaktadır.

■ **Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları:** Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na göre genel bütçe, özel bütçe ile düzenleyici ve denetleyici kurumların yaptığı sağlık harcamalarından oluşmaktadır. 2013 yılı sonu itibarıyla er-erbaş, emeklileri dâhil Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) üyeleri ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler, mülteciler, tutuklu-hükümlüler, sığınmacılar, ikili anlaşmalar gereği sağlık hizmeti sunulacak kişiler, geçici ve sürekli görevle yurt dışına gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduklarının tedavi giderlerinin SGK tarafından karşılanmayan kısmı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmaya devam etmektedir. Bunların dışındaki kişilere ait tedavi giderleri SGK'ya devredilmiştir.

Kamu Görevlilerinin Sağlık Harcamaları: SGK'ya devredilmeden önce kamu idareleri tarafından kamu personeli için yapılan sağlık harcamalarını kapsamaktadır. 2010 yılı sonu itibarıyla bu kapsamdaki kişilerin tedavi giderleri SGK tarafından karşılanmaktadır.

Yeşil Kart Harcamaları: SGK'ya devredilmeden önce hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan vatandaşlara sunulan sağlık hizmetleri için yapılan harcamaları kapsamaktadır. 2012 yılı sonu itibarıyla bu kapsamdaki kişilerin tedavi giderleri SGK tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları: Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının genel veya özel bütçeden sağlık hizmetleri fonksiyonu (07-fonksiyonel kod) kapsamında gerçekleştirdiği harcamalardır.

Üniversitelerin Sağlık Harcamaları: Kamuya ait üniversitelere bağlı tıp fakülteleri, dış hekimliği fakülteleri, sağlık araştırma ve uygulama merkezleri, bağlı semt polikliniklerinin özel bütçeden sağlık hizmetleri fonksiyonu (07-fonksiyonel kod) kapsamında gerçekleştirdiği harcamalardır. Tıp ve dış hekimliği fakültelerince özel bütçeden ödenen maaşlar eğitim gideri olduğu için dâhil edilmemiştir.

Diğer Kamu Sağlık Harcamaları: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı, kamu iktisadi teşebbüsleri, askeri hastaneler vb. kurumların sağlık alanında gerçekleştirdiği harcamaları kapsar.

- **Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları:** Mahalli idareler ve il özel idareleri ile sosyal güvenlik ve merkezi yönetim bütçesi kapsamı dışında kalan diğer kamu idareleri tarafından yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Bu birimlerde çalışanların sağlık giderleri 2010 yılından itibaren SGK tarafından karşılanmaktadır.

Özel Sektör Sağlık Harcamaları: Hane halkları, özel sağlık sigortaları, özel sosyal güvenlik sandıkları, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

- **Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları:** Maliyet paylaşımı, katkı payı, katılım payı, kendi kendine bakım ve diğer harcamalar için hane halkları tarafından doğrudan yapılan harcamalardan oluşur. Sağlık hizmetleri talebinde bulunanların almış oldukları hizmetlerin bedelini doğrudan kendilerinin karşıladığı harcamalardır.

- **Diğer Özel Sektör Sağlık Harcamaları:** Özel sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen özel kuruluş ve işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Temel Kavramlar

HİZMET SUNUCULARINA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI: Finansmanı sağlayanların yaptığı sağlık harcamalarının, sağlık mal/hizmetlerini üreten ya da sunan birimler itibarıyla sınıflandırılmasıdır.

Sağlık Bakanlığı Tesisleri Sağlık Harcamaları: Sağlık Bakanlığı veya bağlı kuruluşlarda ve bunlara bağlı sağlık hizmeti sunan tesislerinde gerçekleşen sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığına devredilmeden önce SSK hastanelerinde gerçekleşen harcamalar da dâhil edilmiştir.

Üniversite Sağlık Tesisleri Sağlık Harcamaları: Kamuya ait üniversitelere bağlı tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, sağlık araştırma ve uygulama merkezleri ve semt polikliniklerinde gerçekleşen, sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Tıp ve diş hekimliği fakültelerince özel bütçeden ödenen maaşlar eğitim gideri olduğu için dâhil edilmemiştir.

Özel Sağlık Tesisleri Sağlık Harcamaları: Özel girişim tarafından kurulan ve sağlık hizmetleri sunan vakıf üniversite hastaneleri dâhil, hastane, tıp merkezi, poliklinik, muayenehane ve diğer özel sağlık tesislerinde gerçekleşen, sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Perakende İlaç Harcamaları (Serbest Eczaneler): Perakende olarak temin edilen ilaçlar için yapılan harcamaları ifade etmektedir. Yatan hasta için sağlık tesislerince temin edilen ilaç giderleri dâhil değildir.

Diğer Sağlık Harcamaları: Optik, tıbbî cihaz, geçici iş göremezlik, sağlık hizmeti almak için yapılan yolluk vb. gider kalemlerine ait harcamaları içermektedir. SGK'nın diğer harcamaları içinde geçici iş göremezlik ve yolluk giderleri yer almamaktadır. BAĞ-KUR'un diğer harcamaları içinde yolluk giderleri dâhil değildir.

FONKSİYONLARINA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI: Sağlık harcamalarının kullanıldığı sağlık hizmet fonksiyonları itibarıyla sınıflandırılmasıdır.

Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri İçin Yapılan Sağlık Harcamaları: Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirler için yapılan sağlık harcamalarıdır. Tamamı kamunun verdiği aile hekimliği, aşılama, hıfzıssıhha, ana ve çocuk sağlığı, toplum sağlığı gibi hizmetler için yapılan harcamaları kapsar.

112 Acil Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar: Tıbbî yardım ihtiyacı olanların sağlık kuruluşlarına ulaşımını sağlayan özel olarak bu amaç için donatılmış Sağlık Bakanlığı mülkiyetinde veya yönetiminde olan kara, hava ya da deniz ambulansları için yapılan tüm giderler ile bu hizmetin sunumu için gerçekleştirilen diğer tüm cari ve yatırım harcamalarını kapsar.

Hastane Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar: Poliklinik hizmetleri dâhil ikinci ve üçüncü basamak hastaneler tarafından verilen her türlü sağlık hizmeti ile özel poliklinik, tıp merkezi, dal merkezi ve muayenehaneler için yapılan sağlık harcamalarını kapsar.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar: Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık hizmet sunucuları, ağız ve diş sağlığı merkezleri, hastanelerde yer alan diş poliklinikleri ile kamu ve vakıf üniversitelerinin diş hekimliği fakülteleri, özel hastaneler içinde yer alan diş poliklinikleri ve özel diş hekimi muayenehanelerinde gerçekleşen ağız ve diş sağlığı harcamalarını kapsar.

Perakende İlaç Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar: Perakende olarak satılan ilaçlara yapılan harcamaları ifade etmektedir. Yatan hasta için sağlık tesislerince temin edilen ilaç giderleri dâhil değildir.

Yönetim Hizmetleri İçin Yapılan Sağlık Harcamaları: Sağlık hizmeti sunucularının merkezi yönetim birimleri ve birinci basamak dâhil tüm işletmelere ait yönetim, planlama, örgütleme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarını yerine getirmek için gerçekleştirilen sağlık harcamalarını kapsar.

Diğer Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar: Sağlık hesapları içinde kalan ancak yeterli verinin olmaması nedeniyle belirli bir kategori altında sınıflanmayan faaliyetlere ait sağlık harcamalarıdır. Sağlık hizmetlerinin temel fonksiyonları (halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetleri, hastane hizmetleri, ilaç vb.) dışında kalan ve sınıflandırılmayan sağlık hizmetleri (sağlık hizmeti almak için yapılan yol giderleri, konaklama masrafları, optik giderleri, sağlık hizmet sunucuları dışında temin edilen tıbbî cihaz giderleri vb.) için yapılan sağlık harcamalarını kapsar.

NİTELİKLERİNE GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI: Sağlık harcamalarının, sağlık hizmet sunucuları tarafından yapılan harcamaların niteliği (yatırım, personel, yönetim, ilaç, tıbbî malzeme vb.) itibarıyla sınıflandırılmasıdır.

Cari Sağlık Harcamaları: Çoğunluğu süreklilik arz eden, etkileri geçici olan ve bir defada kullanılıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan sağlık harcamalarıdır.

Personel Giderleri: Sağlık sektöründe çalışan personel için yapılan maaş, ek ödeme, nöbet ücretleri, sosyal güvenlik katkıları ve yolluk harcamalarından oluşmaktadır.

Hizmet Alım Giderleri: Sağlık sektöründe hizmet alım yöntemi ile istihdam edilen personele ait giderler ile bunların kullandığı malzeme harcamalarından (temizlik malzemesi, yemek malzemesi vb.) oluşmaktadır. Laboratuvar ve görüntüleme hizmet alım giderleri dahil değildir.

İlaç Giderleri: Perakende ilaç harcamaları ile sağlık hizmet sunucularında tedavi gören vatandaşlar için kullanılan ilaç ve Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşı harcamalarından oluşmaktadır.

Tıbbî Malzeme Giderleri: İyileştirmeyi tek başına sağlamayan, teşhis, tedavi ve bakım amaçlı işlemlerin yapılması esnasında tek sefer ya da sınırlı sayıda kullanılmaya mahsus tıbbî malzemeler ile ortez ve protezler için yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Tıbbî Tetkik (Laboratuvar ve Görüntüleme) Giderleri: Sağlık sektöründeki laboratuvar ve görüntüleme kapsamında yapılan hizmet alım giderleri dâhil tüm laboratuvar ve görüntüleme harcamalarından oluşmaktadır.

Yönetim Giderleri: Sağlık hizmeti sunan kamu-özel sağlık tesislerinde (merkezi yönetim birimleri ve birinci basamak dâhil) yönetim, planlama, örgütlenme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarını yerine getirmek için gerçekleştirilen sağlık harcamalarını kapsar.

Kanuni Yükümlülükler: 2013 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı döner sermayeli işletmelerin tahsilatlarından Sağlık Bakanlığınca alınan %5 pay (üniversitelerle ortak kullanılan hastaneler için %2,5), Sağlık Bakanlığına ve bağlı kuruluşlara bağlı döner sermayeli işletmelerin tahsilatlarından Hazineye ödenen %1 pay, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların döner sermayeli işletmelerinin gayri safi hasıllardan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına ödedikleri %1 pay, damga vergisi, zorunlu mesleki sigorta vb. giderleri ile üniversite sağlık tesislerinin döner sermaye tahsilatlarından Hazineye ödediği %1 pay, üniversite sağlık tesislerinin döner sermaye tahsilatlarından Üniversite Araştırma Fonuna ödedikleri %5 pay (Sağlık Bakanlığı ile ortak kullanılan hastaneler için %2,5) ve zorunlu mesleki sigorta ile özel kuruluşların ödediği vergiler ve zorunlu mesleki sigorta harcamalarından oluşmaktadır.

Diğer Cari Giderler: Sağlık hizmet sunucularının kırtasiye, yakacak, akaryakıt, tekstil malzemesi, elektrik, su, ulaştırma, haberleşme, kira vb. harcamalarından oluşmaktadır.

Sınıflandırılmayan Cari Giderler: Yukarıda sayılan nitelikler içinde sayılmayan cari sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Yatırım Harcamaları: Üretim kapasitesinin ve hizmet gücünün arttırılması amacıyla bina, donanım, motorlu taşıtlar gibi ekonomik ömrü bir yıldan uzun olan üretim araçlarına yapılan sağlık harcamalarını kapsar.

Yapı-Tesis Giderleri: Sağlık hizmet sunumunda kullanılmak üzere inşa edilen bina ve tesislere ait yatırım harcamalarından oluşmaktadır.

Makine-Teçhizat Giderleri: Sağlık hizmet sunumunda kullanılmak üzere temin edilen her türlü makine, teçhizat ve ekipman harcamalarından oluşmaktadır.

Onarım Giderleri: Sağlık hizmet sunumunda kullanılan bina, tesis, makine ve ekipman gibi varlıkların etkin kullanımını sürdürmek için yapılan harcamalarından oluşmaktadır.

Ambulans Giderleri: Sağlık Bakanlığının 112 acil sağlık ambulans alımları için yaptığı harcamaları ve üniversite ile özel sağlık kuruluşlarının kanunen bulundurmak zorunda oldukları ambulansların alımı için yaptığı harcamaları kapsar.

Diğer Yatırım Harcamaları: Yukarıda sayılan nitelikler içinde sayılmayan veya niteliği tespit edilemeyen yatırım harcamalarından oluşmaktadır.

“Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi” kitabında, söz konusu dönemde sağlık harcamalarında meydana gelen gelişmeleri ayrıntılı olarak incelenmek amacıyla kapsamlı bir çalışma yapılmıştır.

Bu çalışmada, 2002-2013 döneminde izlenen politikalar neticesinde Türkiye’de sağlık harcamalarının nasıl geliştiği incelenerek, sağlık yönetimi ve sağlık hizmet sunumundaki gelişmeler ile sağlık finansmanı ve sosyal güvenlik kurumlarında meydana gelen önemli değişiklikler ele alınmıştır.

Sağlık harcamaları, Türkiye Sağlık Sistemine daha uygun olduğu düşünülen ve pratik işleyişini daha iyi anlatan; finansmanı sağlayanlar, hizmet sunucuları, hizmet fonksiyonları ve sağlık harcamalarının niteliğine göre dört farklı şekilde sınıflandırılmıştır. Türkiye sağlık sistemini farklı perspektiflerden daha anlaşılır kılan bu sınıflandırma, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) gibi kurumların yaptığı sınıflandırmalardan farklılık göstermektedir.

Kitapta, sağlık harcamalarının gelişimi yıllar itibarıyla, finansmanı sağlayanlara, sağlık hizmet sunucularına, sağlık hizmet fonksiyonlarına ve niteliğine göre nominal ve reel rakamlarla mukayeseli olarak verilmiş, grafiklerle desteklenmiştir.

Sağlık harcamalarındaki gelişmelerin daha iyi anlaşılması için 2002 yılı temel kıstas olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmayla 2002-2013 döneminde izlenen sağlık politikalarının etkileri incelenerek, sonuçları analiz edilmiş ve bu hususla ilgili resmin tamamına, farklı perspektiflerden bakılarak bu konuda çalışma yürütenlere yol göstermeye çalışılmıştır.

Çalışma dokuz temel bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde: Türkiye Sağlık Sistemi ve 2003 yılı öncesinin değerlendirilmesi yapılmıştır.

İkinci bölümde: Türkiye sağlık sisteminde sağlanan gelişmelere ana hatlarıyla yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde: 2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının gelişimi anlatılmıştır.

Dördüncü bölümde: Sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlara göre gelişimi yıllar itibarıyla nominal ve reel rakamlarla incelenmiştir.

Beşinci bölümde: Sağlık harcamalarının sağlık hizmet sunucularına göre gelişimi yıllar itibarıyla nominal ve reel rakamlarla incelenmiştir.

Altıncı bölümde: Sağlık harcamalarının hizmet fonksiyonlarına göre gelişimi yıllar itibarıyla nominal ve reel rakamlarla incelenmiştir.

Yedinci bölümde: Sağlık harcamalarının harcamanın niteliğine göre gelişimi yıllar itibarıyla nominal ve reel rakamlarla incelenmiştir.

Sekizinci bölümde: 2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının detaylı analizine yer verilmiştir.

Dokuzuncu bölümde: 2002-2013 döneminde izlenen politikaların sonuçları ve değerlendirilmesi ile çalışma tamamlanmıştır.

Özet olarak bu çalışmada; 2002-2013 döneminde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı için toplam veya kişi başı ne kadar harcama yapıldığını (3. bölüm), bu harcamaların hangi kaynaklardan finanse edildiğini (4. bölüm), hangi hizmet sunucusuna harcandığını (5. bölüm), hangi sağlık hizmetleri için kullanıldığını (6.bölüm) yapılan harcamaların hangi nitelikte olduğunu (7. bölüm), ayrıca bu dönem başlamadan önceki durumu (1. bölüm), dönemin gelişmelerini (2. bölüm), yapılan analizleri (8. bölüm) ve gelinen noktayı (9. bölüm) bulmak mümkündür.

“Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi” kitabı ile, Türkiye’de sağlık harcamaları alanında önemli bir boşluğun doldurulacağını, sağlık sektörünün mali boyutunun daha iyi anlaşılacağını, tüm ilgililerin daha sağlıklı analiz yapacağını ve karar alma noktasında olanlarında daha sağlıklı kararlar alacağını düşünüyorum. Bu vesile ile çalışmanın daha sonra yapılacak ileri araştırmalara rehberlik etmesini temenni ediyorum.

Mehmet ATASEVER

“Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi” kitabının analizinde birçok kaynaktan ve araştırmadan faydalanılmıştır. Kitapta, TÜİK’in finansman kaynağı ve hizmet fonksiyonları ayırımına göre yayımlamış olduğu sağlık harcamaları aşağıdaki yöntemlerle detaylandırılarak değerlendirilmiştir.

Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımı oluşturulurken:

- Sosyal güvenlik kurumlarının hizmet sunucularına sağladığı finansman hesaplamalarında SGK istatistik yıllıkları ve devredilen sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) istatistiklerinden yararlanılmıştır. SSK sağlık tesisi giderleri hesaplanırken devredilen kurum (SSK) istatistiklerindeki sağlık tesisi giderleri ve anlaşmalı doktor ve müesseselere ödenen tutarlardan ilaç ve diğer giderler çıkarılmıştır. Katılım payları özel sağlık harcamaları kısmına ilave edilmiştir.
- Merkezi yönetim kurumlarının hizmet sunucularına sağladığı finansman hesaplamalarında Sağlık Bakanlığı ile üniversitelerin sağlık giderleri hesaplanırken Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve üniversitelerin verilerinden yararlanılmıştır. Tıp fakültelerinin personel giderleri eğitim gideri olduğundan üniversitelerin sağlık giderlerine dâhil edilmemiştir. Kamu görevlileri, yeşil kart ve diğer kamunun sağlık gideri hesaplamalarında Kalkınma Bakanlığı’nın kamu sağlık harcamaları verilerinden faydalanılmıştır.
- Yerel yönetimlerin hizmet sunucularına sağladığı finansman hesaplamalarında TÜİK’in yayımladığı yerel devlet sağlık harcamaları kullanılmıştır. TÜİK’in yayımladığı hastaneler, ayakta bakım sunanlar ve yatırım giderlerinin hizmet sunucularına dağılımında Kalkınma Bakanlığı’nın diğer kamu idarelerince sağlık hizmet sunucularına aktarılan tutarlardaki dağılım oranları dikkate alınmıştır. Ayrıca TÜİK’in yayımladığı halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi harcamaları Sağlık Bakanlığı giderleri içerisinde gösterilmiştir.
- Özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına sağladığı finansman hesaplamalarında TÜİK’in özel sektör için açıkladığı sağlık harcamaları; Sağlık Bakanlığının özel sektör tahsilâtları, muayene katılım payı, reçete katılım payı ve ilaç katılım payı gibi verilerden faydalanarak analiz edilmiştir. SSK sağlık tesisleri özel geliri devredilen kurum (SSK) istatistiklerindeki sağlık tesisleri toplam gelirinden ilaç bedellerine iştirak tutarı düşülerek hesaplanmıştır.

Sağlık harcamalarının fonksiyonlarına göre dağılımı oluşturulurken:

- 112 acil sağlık hizmetleri için Sağlık Bakanlığı verileri ve ambulans sayısı, taşınan vaka sayısı gibi parametrelerden faydalanılmıştır. 2009 yılından itibaren hava ve deniz ambulans harcamaları dâhil edilmiştir.
- Halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerine ait harcamalar, Kalkınma Bakanlığı'nın temel ve koruyucu sağlık harcamaları tutarlarından 112 Acil sağlık hizmetleri için yapılan giderler düşülerek hesaplanmıştır.
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için; Sağlık Bakanlığına ait ağız ve diş sağlığı merkezleri ve diş polikliniklerindeki genel bütçe ve döner sermaye harcamaları, üniversite diş hekimliği fakültelerinin özel bütçe ve döner sermaye harcamaları kullanılmıştır. Diş hekimliği fakültelerinin özel bütçeden ödenen maaşları eğitim gideri olduğu için dahil edilmemiştir. Özel sektör ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ait harcamalar ise özel diş hekimi sayıları ve toplam diş hekimi sayısı içindeki oranları gibi parametreler kullanılarak projekte edilmiştir.
- Yönetim hizmetleri için; Sağlık Bakanlığı'nca Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde yapılan analizlerdeki yönetim giderlerinin toplam giderler içindeki oranı, "Devlet Üniversite Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu*" ve "Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması**" raporunda yer alan yönetim giderlerinin oranı ve Acıbadem Sağlık Hizmetleri Bağımsız Denetim Raporu verileri kullanılmıştır.

Sağlık harcamalarının niteliğine göre dağılımı; cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamaları olmak üzere iki ana kalem olarak değerlendirilmiştir.

- Cari sağlık harcamaları dokuz alt kategoride (personel, hizmet alım, ilaç, tıbbî malzeme, tıbbî tetkik, yönetim, kanuni yükümlülükler, diğer cari ve sınıflandırılmayan giderler) detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Bu kategorilere ait; Sağlık Bakanlığı'nın verileri hesaplanırken e-bütçe, Kamu Hesapları Bilgi Sistemi (KBS) ve Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) sistemleri ile kesin hesap cetvellerinden faydalanılmıştır. Üniversite verileri hesaplanırken üniversite hastanelerinin verilerinden yararlanılmıştır. Özel sağlık tesislerinin verileri hesaplanırken ise Sağlık Bakanlığı ve üniversite sağlık tesislerinin gider ortalamaları ile özel hastanelerin finansal tabloları ve bağımsız denetim raporlarından yararlanılmıştır.

* ŞAHİN, Doç.Dr.İsmet, AKAR, Yrd.Doç.Dr.Çetin, Devlet Üniversite Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, Ankara, 2007

** BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi, Rapor No:3, Ankara, Şubat 2012

- Yatırım harcamaları beş alt kategoride (yapı-tesis, makine-teçhizat, onarım, ambulans ve diğer) detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Bu kategorilere ait; Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçe ve döner sermaye yatırım tutarları hesaplanırken e-bütçe, KBS ve TDMS sistemleri ile kesin hesap cetvellerinden faydalanılmıştır. Sağlık Bakanlığı yatırım tutarlarına kamulaştırma giderleri dâhil edilmezken, Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ)'ye Sağlık Bakanlığınca sağlık tesisi yapımı için ödenen avanslar ile Çevre ve Şehircilik Bakanlığına aktarılan tutarlar dahil edilmiştir. Üniversite sağlık tesislerinin yatırım harcamaları Kalkınma Bakanlığı'nın kamu sağlık harcamalarında yer alan yatırım tutarları kullanılarak oluşturulmuştur. Kamu yatırımları içerisinde yer almakta beraber hangi hizmet sunucusu tarafından gerçekleştirildiği tespit edilemeyen yatırım tutarları ise "diğer hizmet sunucusu" olarak sınıflandırılmıştır. Özel sağlık tesisleri yatırım harcamalarında ise TÜİK'in açıkladığı yatırım harcamalarından yararlanılmıştır.

"Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi" kitabında yer alan tutarlar değerlendirilebilir ve karşılaştırılabilir olması maksadıyla nominal değerlerle birlikte 2013 yılı fiyatları, ABD doları ve satın alma gücü paritesi ABD doları cinsinden de hesaplanmıştır.

- Nominal değerler 2013 yılı fiyatlarına çevrilirken TÜİK tüketici fiyatları endeks rakamları kullanılmıştır.

- Nominal değerler ABD dolarına çevrilirken Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün yayımladığı yıllık ortalama döviz kurları kullanılmıştır.

- Nominal değerler satın alma gücü paritesi cinsinden ABD dolarına çevrilirken TÜİK'in yayımladığı ülkeler itibarıyla satın alma gücü paritesi değerleri kullanılmıştır.

Birinci Bölüm

Türkiye Sağlık Sistemi ve 2003 Yılı Öncésinin Değerlendirilmesi

A. Cumhuriyet Öncesi Sağlık Hizmetleri

Roma İmparatorluğu zamanında, Kapadokya'da 369-372 yılları arasında St. Basıl tarafından yaptırılan hastane ile 398 yılında İstanbul patriği St. John Chrysostom tarafından İstanbul'da yaptırılan hastane Türkiye toprakları üzerinde kurulmuş olan ilk sağlık tesisleridir. Türkiye topraklarında asıl manada sağlık hizmetleri Türklerin Anadolu'ya yerleşmesi ile başlamıştır. Selçuklular'da sağlık hizmetleri daha çok medrese tarzında yapılmış, hastane ve tıp merkezleri bir arada yürütülmüştür. Alparslan'ın XI. yüzyılda Kars'ta yaptırdığı hastane, Türkler tarafından Anadolu'da yaptırılan ilk hastanedir. Selçuklular döneminde Anadolu'da tıp alanında ilerleme gösterilmiştir. Bu dönemde kalp muayenesi yapılabiliyor, nabız ve ateş kontrolü ile idrar tahlili rutin olarak uygulanıyordu. Selçuklular döneminde Anadolu'nun birçok yerinde hastane kurulmuştur. Bu dönemde kurulan hastaneler içinde; Kayseri, Konya, Sivas, Çankırı, Mardin, Kastamonu, Aksaray ve Amasya bunların en meşhurlarıdır.

Osmanlı döneminin ilk hastanesi Yıldırım Beyazıt tarafından 1399'da Bursa'da yaptırılan Bursa Yıldırım Darüşşifasıdır. Bu dönemden 2. Mahmut devrine kadar Osmanlılar tarafından Anadolu'da yaptırılan hastanelerin önemlileri şunlardır: Edirne'de 2. Mahmud Cüzzam Hastanesi (1451), Fatih Darüşşifası (1470), Edirne Darüşşifası (1486), Cüzzam Hastanesi (1514), Hafsa Sultan Darüşşifası (1530), Haseki Darüşşifası (1550), Süleymaniye Darüşşifası (1555), Toptaşı Akıl Hastanesi (1583).

2. Mahmud döneminde ordunun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve gerekli personel yetiştirmek üzere, 14 Mart 1827'de kurulan Tıphane ve Cerrahhane-i Amire, Türkiye'de tıp öğreniminin ilk modern aşamasıdır. İlk askeri hastaneler yine bu dönemde yapılmıştır. Bu dönemden Cumhuriyet dönemine kadar yaptırılan diğer önemli hastaneler ise şunlardır: Haydarpaşa Hastanesi (1845), Zeynep Kamil Hastanesi (1862), Gülhane Askeri Hastanesi (1898), Şişli Çocuk Hastanesi (1899) ve Cerrahpaşa Hastanesi (1910).

Osmanlılar ve Selçuklular zamanında kurulan hastanelerin ortak özellikleri devletin ileri gelenleri ve yine devlet görevinde bulunmuş varlıklı kişiler tarafından yaptırılan vakıf müesseseleri olmalarıdır.

B. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri

TBMM'nin açılmasından sonra Türkiye'de sağlık alanında pek çok reform yapılmıştır. Evvela Umum Müdürlük, bilahare de 3 Mayıs 1920 yılında Bakanlık seviyesine çıkarılan sağlık teşkilatının politikası daha çok koruyucu sağlık hizmeti sunulmasına kaydırılmıştır. Hastane ihtiyacının karşılanması amacıyla 1924 yılında alınan bir kararla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır illerinde birer numune hastanesi yaptırılmıştır. Hastanelerin yapımı ve idaresi ise belediyeler, özel idareler ve vakıflar gibi mahalli teşkilatlara bırakılmıştır. Türkiye Cumhuriyetinin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Sağlık alanındaki ilk kanuni düzenleme 1920'de çıkarılan 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu'dur.

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, Türkiye’de sağlık teşkilatlarının kuruluşunda ve hizmetlerin gelişmesinde önemli katkılar sağlamıştır. Günümüze ulaşan verilere göre 1923 yılında, Türkiye’de sağlık hizmetleri; hükümet kurumları, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları şeklinde örgütlenmiş ve 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmet verilmiştir. Bu dönemde sağlık alanında bir kısmı halen yürürlükte olan önemli kanuni düzenlemeler de yapılmıştır.

Cumhuriyetin ilk döneminden sonra yoğun emek verilerek hazırlanan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmıştır. Ancak bu plan, kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz bakanlıktan ayrılmak durumunda kalmıştır. (Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de -10.8.1947/10.6.1948- Sağlık Bakanı olunca bu plan, Bakanlar Kurulunda ve TBMM’nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği hâlde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır. Plan, dönemin Sağlık Bakanı olan Dr. Kemal Beyazıt tarafından geri çekilmiştir).

1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş, 1 aşı istasyonu hizmete açılmış ve deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı ise Türkiye’de ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır. Bu dönemde her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere 2 hekim, 1 sağlık memuru, 1 ebe ve 1 ziyaretçi hemşire ile 10’ar köylük gruplarda çalışacak köy ebeleri ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1950 yılında sağlık merkezi sayısı 22’ye, 1955’de 181’e, 1960 yılında 283’e yükseltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında ana-çocuk sağlığı şube müdürlüğü kurulmuştur. Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması, nüfus arttırıcı politikaların hassasiyetle uygulanmasına yol açmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri ve sağlık insan kaynakları gelişimi konusunda önemli mesafeler alınmıştır.

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı’nın devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” Türkiye’nin sağlık planlamasının ve organizasyonunun temel yapı taşlarından. Söz konusu sağlık planında Türkiye 7 sağlık bölgesine ayrılmış, her bölgeye 1 tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının arttırılması düşünülmüştür (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Adana). Milli Sağlık Programı’nda ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüş ve bu çerçevede planlama yapılmıştır (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Adana, Sivas, Trabzon, Van).

1924 yılında yönetimi mahalli idarelere bırakılan hastaneler, zaman içinde bağlı oldukları mahalli teşkilata kaldıramayacakları derecede mali yük getirmeye başlamış ve bu müesseselerin bütçelerinin yetersiz olması sebebiyle, verimli çalışamaz hale gelmişlerdir. Bunun üzerine 1954 yılında çıkarılan bir kanunla bu müesseselerin pek çoğu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına devredilmiştir. Sadece Ankara, İstanbul ve İzmir gibi büyük illerde mahalli idarelere bağlı bazı hastaneler bunun dışında bırakılmıştır.

İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması maksadıyla İstanbul Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültelerinden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi de 1955 yılında öğrenci alımına başlamıştır. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020'den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1.658'e, ebe sayısı da 1.285'ten 3.219'a yükseltilmiştir. Bu üç meslek grubunda 10 yıl içinde %100'den fazla yetişmiş sağlık insan gücü sayısında artış sağlanmıştır. Hastane, sağlık merkezleri ve yatak sayılarında da artışlar sağlanmıştır. Özellikle hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, doğumevleri ve sanatoryum sayısında da gelişmeler yaşanmıştır.

1960 yılına gelindiğinde yüz bin kişiye düşen hasta yatak sayısı 16,6'ya çıkmıştır. Sağlık kurumları ve yatak sayılarında bu olumlu gelişmeler olurken sağlık göstergelerinde de iyileşmeler yaşanmıştır. Tüberküloz kaynaklı ölüm sayısında ve bebek ölüm hızında da önemli azalmalar görülmüştür. Türkiye'de tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken 1960 yılında yüz binde 52'ye indirilmiştir. Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken 1960 yılında binde 176'ya düşürülmüştür.

Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını günümüze taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953), 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (1954) ve 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956) çıkarılmıştır.

1961 yılında çıkartılan diğer önemli bir kanun da 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanundur. Sosyalleştirme fiilen 1963 yılında başlamış ve yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı bünyesinde entegre hâle getirilmiştir. "Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "Dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilmiştir. 1965 yılında 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. "Pro-natalist" (nüfusu arttırıcı) politikadan "anti-natalist" (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.

1978 yılında "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" çıkarılmıştır. Kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. Fakat 12 Eylül 1980 darbesinin ardından "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane açma serbestliği getirilmiştir.

1982 Anayasası, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermiştir. Anayasa'nın 60. maddesi "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." demektedir. Ayrıca Anayasa'nın 56. maddesinde; "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." hükmü getirilmiştir. Aynı maddede "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm de yer almıştır.

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için kanun, bütünüyle uygulanamamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü ile ilgili temel bir plan hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve DPT tarafından yürütülen bu "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 - 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiş, 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa sağlık sigortası kapsamına alınması sağlanmıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenen çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlıklı Türkiye hedeflerini içeren "Ulusal Sağlık Politikası" hazırlanmıştır.

1998 yılında genel sağlık sigortası ile ilgili yapılmak istenen düzenlemeler, "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" adı altında, Bakanlar Kurulu'na TBMM'ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak "Sağlık Sandığı" adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

2002 yılı Kasım ayında Prof. Dr. Recep AKDAĞ'ın Sağlık Bakanı olması ile 2003 yılında Hükümet tarafından Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur. Program, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır.

24 Ocak 2013 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nda bayrak değişimi yaşanmış, Edirne milletvekili Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU Sağlık Bakanı olarak atanmıştır. Bu dönemde Türkiye'yi sağlık alanında dünya ile yarışır noktaya taşıma hedefiyle teknoloji, ilaç sanayi ve sağlık insan gücünde önemli mesafeler kat ettirecek çalışmalara devam edilmiştir.

2002-2013 döneminde Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması ve sağlık alanında istenilen noktaya ulaşılması hususunda kararlılık gösterilmiş, vatandaşların hayatını kolaylaştıran adımlar, cesaretle ve kararlılıkla atılmış ve birçok uygulama hayata geçirilmiştir. Bu dönemde SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş, dar gelirli kesimlere yönelik olarak yeşil kartlı vatandaşların hakları genişletilmiş, yeşil kart sahiplerinin "ayakta tedavi" kapsamında ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır.

İlaçtaki KDV oranı düşürülmüş ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiştir. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlanmış, ilaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü, büyük ölçüde hafifletilmiştir. Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamıştır.

Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de "112 Acil Sağlık" hizmeti sunulmaya başlamış, istasyon sayısı arttırılmış, ambulanslar en son teknolojilerle donatılmıştır. Sisteme, hava ve deniz taşıma araçları eklenmiştir.

Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere halk sağlığı hizmetleri güçlendirilmiş, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatılmış ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirilmiş, bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bulaşıcı hastalıklardaki göstergeler gelişmiş ülkeler düzeyine ulaşmıştır.

Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır. 2003-2013 döneminde sadece Sağlık Bakanlığı tarafından 650'si hastane binası olmak üzere 2.243 yeni sağlık tesisi hizmete sunulmuş, aynı dönemde hizmet alımıyla birlikte sağlık personeli sayısı net olarak 357 bin kişi arttırılarak 735 bin kişiye ulaşmıştır.

2002-2013 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %531 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %399 olmuştur. Buna rağmen Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile dünyanın takdir ettiği geniş kapsamlı bir dönüşüm programı uygulanmış ve 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2013 yılı sonunda %74,7'ye ulaşmıştır.

C. 2003 Yılı Öncésinin Değerlendirilmesi

2002 yılı sonu itibarıyla Türkiye Sağlık Sisteminin birçok yönden aksaması, pek çok alanda köklü değişiklikler gerektirmiş ve reform yapmayı zorunlu kılmıştır. Bu dönemde gerçekleşen iktidar değişikliği ile sağlıkta yeni bir dönem başlamıştır.

Türkiye Sağlık Sisteminin 2002 yılı sonu ile 2013 yılı karşılaştırıldığında birçok konuda önemli farklılıklar görölmektedir. Bu farklılıkları altı temel çerçeveden anlatabiliriz.

C.1. Sağlık Yönetimi

C.2. Sağlık Hizmet Sunumu

C.3. Sağlık Göstergeleri

C.4. Ekonomik Göstergeler

C.5. Sağlığın Finansmanı

C.6. Sağlık Harcamaları

C.1. Sağlık Yönetimi

2003 yılı öncesinde sağlık sisteminin yönetiminde birçok kuruluşun söz sahibi olduğu görölmektedir. Ülkenin sağlık politikalarını belirlemeden sorumlu en önemli hükümet organı olan Sağlık Bakanlığının yanı sıra üç sosyal güvenlik kurumu (SSK, Emekli Sandığı, BAĞ-KUR), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde yarı bağımsız kuruluşlar olarak çalışmaktaydı. Bu anlamda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı aynı zamanda teminat paketleri, hizmet sunuculara ilişkin ödeme düzenlemeleri ve iş sağlığı gibi konular bakımından sağlık sektörünün yönetimi üzerinde nüfuz sahibiydi. Sağlık Bakanlığının sosyal sağlık sigortası dâhil olmak üzere sağlık sigortası düzenlemeleri açısından rolü ve işlevi net değildi. Ayrıca, Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı da özellikle sağlık bütçeleri, sermaye yatırımlarının planlanması ve belirlenmesi ile ilgili olarak sağlık sektörünün idaresinde yer alıyordu.

Bu dönemde yasama faaliyetleri çok ağır işlediğinden yasaların kabul edilme süreci uzundu. Çoğu kez önerilen yasalar hiçbir zaman görüşölmemekte veya kabul edilmemekteydi. Bu durum beş yıllık kalkınma planlarında yer verildiği halde aile hekimliği ve genel sağlık sigortası gibi önemli birçok uygulamanın bu dönemde kanunlaşamamasından da anlaşılmaktadır.

Bu dönemde Sağlık Bakanlığının sağlık sektörü ile ilgili başlıca sorumlulukları arasında şunlar yer almıştır:

- Sağlık hizmet sunum sisteminin planlanması ve programlanması,
- Sağlık Bakanlığı yatırımlarının planlanması,
- Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik programlar geliştirilmesi,
- İlaçların üretimi, reçeteye yazılması ve dağıtımının düzenleme altına alınması,
- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarını inşa etme ve işletme.

Buradan da anlaşılacağı üzere Sağlık Bakanlığı hizmet sunum işlevi de dâhil olmak üzere birçok görev ve sorumluluk nedeniyle taşıyabileceğinden fazla yük altına girmiş, bu durum Sağlık Bakanlığının idari fonksiyonunu etkili bir şekilde yerine getirme becerisini azaltmıştı.

2003 yılı öncesinde sağlık sektöründe insan gücündeki sayısal yetersizliğinin yanı sıra, personelin ülke geneline dağılımında da dengesizlikler oluşmuştur. Genel olarak bu dönemde Türkiye’de hekim ve hemşire sayısının yeterli olduğu şeklinde hatalı bir kanaat hâkim olmuştur. İnsan kaynaklarının planlaması, eğitimi ve kullanımı farklı kuruluşlar tarafından yapılmış (Planlama; Sağlık Bakanlığı - Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) - Yükseköğretim Kurulu (YÖK), Eğitim ve istihdam; Üniversiteler - Sağlık Bakanlığı - SSK) ancak bunlar arasında etkili bir koordinasyon sağlanamamıştır.

Sağlık Bakanlığı sektörün bütününe bilgi sağlamak yerine, sadece kendi kurumları ile ilgili istatistik üretmekteydi. Veri toplanmasında ve akışında yeterli organizasyon ve denetim sağlanamadığı için istatistikî sonuçlar güvenilir değildi. Sonuçta bu veriler bilgiye çevrilmemiş ve yönetim amacıyla kullanılamamıştı. Bireylerin sağlık kayıtları birçok yerde poliklinik kartı düzeyini aşamamakta, hastanelerde tutulan düzensiz dosyalar da bazen arşivlerde kaybolmaktaydı. Bireylerin sağlık kayıtlarının tutulacağı bütüncül sistem olmadığı gibi epidemiyolojik verileri toplayıp analiz edecek hastalık kayıt ve bildirim yapısı da oluşturulamamıştı.

Kamu hastanelerinde finansal yönetim çok zayıftı. Verimliliğe gereken önem verilmiyordu. Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili koordinasyon olmadığından hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlara paralel yapılamamaktaydı.

Yöneticilerin büyük bir kısmı kaynakların uygun şekilde kullanılmasından, maliyet kavramından, işletme bilgisinden ve yönetim eğitiminden yoksun olup buna ilave olarak yöneticiler açısından personelini motive edecek yeterli imkân bulunmamaktaydı. Merkez ve taşra yöneticileri sağlık hizmet ağının yönetiminde çok yetersizdi. Merkez ve taşra birimlerinde koordinasyon eksikliği mevcuttu.

Sağlık sektöründe stratejik yönetim anlayışı yoktu. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında işletmeci olarak hizmet vermeye çalışıyordu. Sektörün tümü için politika geliştirme ve strateji belirlemede yetersizdi. Sağlık tesislerinin planlama, ruhsatlandırma ve akreditasyonu ile ilgili büyük sorunlar mevcuttu.

İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırılması, satışı, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, araştırma geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili kamunun haklarını koruyacak çağdaş ve rasyonel düzenlemeler bulunmamaktaydı.

C.2. Sağlık Hizmet Sunumu

2003 yılı öncesinde Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önem verilmiyordu. Sağlık hizmeti sunumunda hizmetten faydalanacak birey önemsenmiyor, bireyin ihtiyaç ve talepleri dikkate alınmıyordu. Toplumun ve bireylerin hayat tarzını değiştirici ve hastalıklardan koruyucu davranış değişikliği programları sağlık hizmet sunumunda yer almıyordu.

Vatandaşın kamu sağlık hizmet sunumunda tercih hakkı yoktu. Vatandaş hangi hekime muayene olacağını, hangi hekimin ameliyat yapacağını belirleyemiyordu. Bazen ameliyat olduktan sonra bile bu hekimle tanışmıyordu. Kamu sağlık tesislerinin üst basamaklara veya diğer sağlık kurumlarına hasta sevk oranı çok yüksekti. Hasta sevk işlemi rutin bir işlem gibi yapılmıyordu. Hastalar her türlü problemde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumuna başvurmak zorunda kalıyordu ve bu alışkanlık haline gelmişti. Sigortalı olsun olmasın vatandaşların çoğu kamu hastanelerinden faydalanabilmek için özel muayenahaneden geçmek zorundaydı. Sağlık hizmeti almak için önce özel muayeneye başvurmak sağlık sisteminin bir parçasıydı.

Vatandaşın hizmetlerden veya personelden şikâyetle bulunacağı mekanizma kurulmadığı gibi hakkını arayabileceği bir sistem de yoktu. Hekim seçme hakkı yoktu, evde bakım hizmeti verilmiyordu.

İlaça erişimde büyük zorluklar yaşanmıyordu. Bu zorluklar öncelikle ilaçlarını SSK'ya ait eczanelerden (Türkiye genelinde 261 adet), ancak buralarda olmadığı takdirde sözleşmeli serbest eczanelerden (Türkiye genelinde 3.525 adet) temin etmek zorunda olan SSK'lı sigortalılar ile ayaktan ilaç giderleri karşılanmayan yeşil kartlı vatandaşlarca yaşanmıyordu.

C.2.1. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri

2003 yılı öncesinde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı halk sağlığından sorumlu kamu teşkilatı olarak bu hizmetleri ücretsiz olarak vermektedir ve aile hekimliği sistemi uygulanmıyordu. Türkiye’de halk sağlığı hizmetlerinde 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un uygulanması önemli bir dönüm noktası niteliğindedir. Bu sistemin uygulaması dört kademeli birinci basamak sağlık sisteminin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu sistemde ebelerin görev aldığı kırsal kesimdeki sağlık evleri, 2.000–2.500 arası bir nüfusa hizmet vermekte ve bu evler kırsal kesimdeki insanlar için ilk temasa geçilecek en önemli merkezlerdi. Bir sonraki kademedede ise, 5.000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve 1 pratisyen hekim, 1 hemşire, 2 ebe ve destek personelinin (toplam 8 personel) görev yaptığı kırsal sağlık ocaklarının bulunması planlanmaktaydı. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde olmak üzere birçok bölgede bu standartların altında personel mevcuttu.

Bir sonraki kademedede, 10.000–30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, 1 diş hekimi, 1 eczacı, birçok sağlık memuru, 1 çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve ebelerin görev aldığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı. Son olarak, 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinin oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları bulunmaktaydı. Sağlık ocaklarının en önemli işlevi, halka kapsamlı koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktır. Bu işlev, bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, ana-çocuk sağlığı (aşılar ve aile planlaması da dâhil olmak üzere), halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlık konusunda istatistiksel bilgi toplanması gibi hizmetleri de içermektedir. Sağlık ocaklarının haneler için sağlık sistemindeki birinci temas noktası olması ve daha üst düzey tıbbî kuruluşlara sevklerin yönetimi için hizmet vermesi beklenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan bu birinci basamak sağlık ağının yanı sıra, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki merkez birimleri tarafından yürütülen ve ana-çocuk sağlığı, kanser, verem ve sıtma konularında hizmet veren dikey programlar da bulunmaktaydı.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, yeterli kaynak olmaması, koordinasyon eksikliği, sağlık personeli maaşlarının düşüklüğü ve asgari düzeyde verilen eğitimden kaynaklanan sayısız sorun yaşamaktaydı.

Sevk mekanizması gerçek anlamda işlemiyordu. Nüfusun çoğu, doğrudan daha üst düzey sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmek için birinci basamak sağlık kuruluşlarını atlama eğilimine girmişti. Genel anlamda, (ayakta) hastaların hastaneye gelme oranı düşüktü; ancak birinci basamak sağlık kuruluşlarına gitme oranı daha da düşüktü. Birinci basamak sağlık hizmeti almak için yapılan yıllık ortalama başvuru sayısı kişi başına yalnızca 1,1 iken, hastanelere başvuru sayısı 2 civarındaydı.

Diğer bir sorun da, birinci basamak yöneticilerinin idari özerkliğe sahip olmamalarıydı. Mali kaynak sorununa çare bulmak için 2001 yılında döner sermaye sistemi uygulamaya geçirilmiş ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının sundukları sağlık hizmetlerini ücretlendirmelerine izin verilmişti. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının döner sermayeleri il sağlık müdürlükleri tarafından merkezi olarak yönetilmekteydi. 2002 yılı itibarıyla, birinci basamak sağlık kuruluşlarında 45 döner sermaye işler durumdaydı.

Sağlık Bakanlığına bağlı Refik Saydam Hıfzıssıhha Başkanlığı, hastalık kontrol laboratuvarları da dâhil olmak üzere bölgesel düzeyde ve il düzeyinde geniş bir halk sağlığı kuruluşları ağını yönetmekteydi. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü de halk sağlığı hizmetleri sunumunda yer alıyordu. İl düzeyinde, il sağlık müdürlüğü, dikey hastalık kontrolü programlarının uygulanmasından sorumluydu. Ayrıca, sağlık ocaklarında görevli çevre sağlığı teknisyenleri; su güvenliği, katı atıkların ortadan kaldırılması, kanalizasyon sistemleri ve gıda hijyeni gibi halk sağlığı programlarından da sorumluydu.

Bunun yanı sıra, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri; bağışıklama, aile planlaması, emzirmeyi teşvik ve düzgün beslenme gibi bir dizi koruyucu sağlık hizmeti sunmaktaydı.

Kırsal alanda yaşıyan vatandaşların yalnızca %20'si için düzenli gezici sağlık hizmeti verilebiliyordu. Kırsalda yaşıyanlar temel sağlık hizmetlerine erişimde bile zorlanıyorlardı. (Kırsala düzenli sağlık hizmeti verilemediğinden buralarda halk sağlığı hizmetlerine ait göstergeler oldukça olumsuzdu).

Birinci basamak sağlık hizmet organizasyonu yeterince güçlü olmadığından halk sağlığı hizmetleri yetersiz kalıyordu. Kentsel alanlarda da sağlık ocağı altyapısı yetersizdi. Daha önce verem savaşı dispanseri, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı merkezi gibi özel amaçla kurulmuş birçok birinci basamak sağlık kuruluşu etkin çalışamaz durumdaydı.

Sağlık hizmetlerine erişim kentsel kesim için kırsal kesimden çok daha kolaydı. Kentte yaşıyanların %87'si bir sağlık ocağına yürüme mesafesinde iken, kırsal alanlarda yaşıyanlar için bu oran sadece %37 idi. Ulaşım masraflarından dolayı kırsal alandaki hanelerin %57'si bir sağlık ocağına ulaşmanın zor olduğunu düşünüyordu. Ne yazık ki kırsal alanda yaşıyanlar için sağlık harcamaları, kendilerine göre daha yüksek gelir grubuna sahip kentsel alanda yaşıyanlardan önemli ölçüde yüksekti. TÜİK'in katastrofik sağlık harcamaları raporuna göre Türkiye'de katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı kentlerde %0,60 iken kırsal alanda (iki katına yakın) %1,14'dür.

C.2.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri

2003 yılı öncesinde Türkiye'de sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın 112 acil taşıma hizmetleri için, tüm vatandaşlardan ücret talep ediliyordu. Kentlerde yetersiz ve koordinasyonsuz olan 112 acil sağlık hizmetleri, kırsal kesimde nerdeyse hiç yoktu.

112 acil taşıma sistemi gelişmiş ülkelere göre oldukça zayıftı. Hava ambulans sistemi yoktu. Nüfus başına düşen ambulans ve istasyon sayısı yetersizdi. 2002 yılında; 137 bin kişiye 1 adet 112 acil yardım istasyonu, 107 bin kişiye 1 adet ambulans düşüyordu. 2002 yılında sadece 383 bin vaka taşınmış ve kırsal nüfusun sadece %20'si 112 acil yardım hizmetinden yararlanabilmişti.

C.2.3. Hastane Hizmetleri

2002 yılında Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de en büyük sağlık hizmet sunucusu konumundaydı. Hasta yataklarının %47,7'si Sağlık Bakanlığına aitti. Sağlık Bakanlığı bünyesinde ikinci basamak hastaneler ile birlikte üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet veren araştırma ve eğitim hastaneleri bulunmaktaydı.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri temel olarak iki kaynaktan finanse edilmekteydi; genel bütçe ve döner sermaye bütçesi. Genel bütçeden tahsis edilen ödenek kalemiyle daha çok personel maaşları ve yatırım harcamaları karşılanıyordu. Personel maaşları, genel bütçeden tahsis edilen ödeneğin çoğunluğunu (%80'den fazlasını) oluşturmuyordu. Döner sermaye bütçeleri ise, sigortalılara verilen hizmetler ve özel sağlık harcamaları ile finanse edilmekteydi. Döner sermaye bütçesi kullanımı açısından, hastane yönetimi için daha fazla esneklik sağlıyordu. Döner sermaye bütçesinde yıl içinde kullanılmayan nakit kaynaklar genel bütçeden farklı olarak bir sonraki yıla taşınabiliyordu. Buna rağmen 2002 yılında hastane yöneticilerinin döner sermaye bütçesini kullanırken dahi karar verme yetkisi çok düşüktü. Bütçenin kullanılmasına ilişkin tüm kararların, merkezi Ankara'da bulunan Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından onaylanması gerekiyordu. Merkeziyetçi olan bu yönetim şekli ihtiyaçların zamanında temin edilmesini önüyor, yöneticilerin inisiyatif alabilmesine imkan vermiyordu. Türkiye'deki kamu hastaneleri, geleneksel kamu kurumları gibi, sınırlı mali ve idari özerklikle işletiliyordu. Hastanelerin ne düzenli muhasebe sistemleri vardı ne de düzenli mali takipleri yapılmıyordu. Kamu hastanelerinde kayıt dışılık oranı yüksekti. Stok ve demirbaş takip sistemleri yoktu. Çoğu yönetici muhasebe, stok, gelir, gider, nakit akışı gibi temel işletmecilik kavramlarından habersizdi.

Hastanelerde hizmetlerin faturalandırılmasında, kontrolünde ve tahsilatında birçok aksaklık mevcuttu. Kamu hastanelerinin büyük bir kısmı nakit sıkıntısı çekerken bazı kurumlarda ise nakit kaynaklar atıl bulunuyordu. Hastaneler, nakit akışlarını düzenleyemiyor, satıcılara vadeleri sağlıklı belirleyemiyorlardı. Bu da işletme maliyetlerini sürekli artırıyordu.

Sağlık personeline işin niteliğine ve niceliğine bakılmaksızın sabit ödeme yapılmaktaydı. Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde çalışan doktorların tamamına yakınının özel muayenehanesi vardı. Vatandaşın muayenehaneye uğramadan bu hastanelerden hizmet alması nerdeyse imkânsızdı. Bu durum devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve üniversite hastanelerine giden vatandaşın önemli hastalık durumlarında hizmet alabilmek için muayenehanelere taşınması ve büyük paralar harcamasına yol açıyordu. TÜİK'in katastrofik sağlık harcamaları raporuna göre 2002 yılında katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı %0,81 idi. Sigortalı vatandaşların bile tedavi ve ilaç masraflarını cepten karşılaması, "bıçak parası" diye tabir edilen, ameliyat için para ödemesi sistemin bir parçası haline gelmişti. 2002 yılında çok az sayıda vatandaşımız özel sağlık kurum ve kuruluşlarından yüksek ücretler ödeyerek faydalanabiliyordu. Yalnız gelir düzeyi yüksek vatandaşın sağlık hizmetine tam olarak erişimi mümkündü. Üniversite hastanelerindeki durum diğer kamu hastanelerinden farklı değildi. Üniversite hocaları arasında muayenehanecilik diğer kamu hastaneleri kadar yaygın değildi. Burada özel muayenehaneler çoğunlukla üniversite hastanesinin içine taşınmıştı. Öğretim üyeleri; özel muayene, özel ameliyat adı verilen uygulamalarla (mesai günleri saat 14.00'den sonra) hastanelere ödenen belli bir ücret karşılığında özel muayene isteyen vatandaşlarla ilgileniyorlardı.

Kamu hastaneleri bakımsız ve tamamına yakını koğuş tipi odalardan oluşuyordu. İçinde tuvaleti ve banyosu bulunan odalar hastanelerde adeta parmakla gösteriliyordu. Kamu ve özele bağlı hastanelerde yoğun bakım, yanık ve yenidoğan gibi birimler hem nitelik hem de nicelik olarak yok denecek noktadaydı. Kamu hastaneleri tıbbî cihaz açısından son derece yetersiz olup aynı şekilde eğitim ve araştırma hastaneleri de tıbbî cihaz sorunları ile karşılaşıyordu.

C.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

2003 yılı öncesinde Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri büyük ölçüde piyasa şartlarına terk edilmiş durumdaydı. Vatandaşlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini daha çok serbest diş hekimlerinden, ceplerinden ödeme yaparak karşılamak zorundaydı. 2002 yılında Türkiye'de 16.371 diş hekimi bulunmasına rağmen Sağlık Bakanlığında istihdam edilen diş hekimi sayısı sadece bunların %20'siydi (3.211). İstihdam edilen hekim sayısının yarısına yetecek kadar bile diş üniti bulunmamaktaydı. 2002 yılında Sağlık Bakanlığında faal olarak kullanılabilecek diş üniti sayısı sadece 1.071 idi. İstihdam edilen bu az sayıda diş hekiminin hizmet verebilmesi için yeterli fiziki imkân ve teknik donanım sağlanmamıştı. Bu durum ağız diş sağlığı hizmetlerindeki verilen hizmetlere şöyle yansımıştı: 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tesislerinde yapılan sabit protez sayısı 349 bin, dolgu sayısı 371 bin ve kanal tedavisi sayısı sadece 32 bin idi. Bu sayılar, Türkiye şartlarına göre oldukça düşük bir performans gösteriyordu.

C.2.5. İlaç ve Tıbbî Malzemeye Erişim

2003 yılı öncesinde Türkiye'de ilaca ve tıbbî malzemeye erişimde büyük zorluklar yaşanmaktaydı. Hastanelerde yatan yeşil kartlı vatandaşların ilacı, tıbbî malzemesi hastanede varsa karşılanıyor, hastanede yoksa vatandaştan isteniyordu. Gelir durumu çok zayıf olan vatandaşlar bu durumda ilaç ve tıbbî malzemeleri ceplerinden almak zorunda kalıyordu. Ayaktan muayene olan, tedavisi yapılan yeşil kartlı vatandaşların ilacını veya tıbbî malzemesini devlet ödemiyor, bu vatandaşlar il veya ilçelerdeki sosyal yardımlaşma vakıflarına yönlendiriliyordu. Pratikte bu vakıfların bu ihtiyaçları karşılaması imkânsızdı. Bunun için vatandaşlar ilaç ve malzemeleri alabilirlerse kendi imkanları ile alıyor veya tanıdığı devlet memuru veya sigortalının sağlık karnesine yazdırıyor veya hiç alamıyordu.

Sigortalı vatandaşların da ilaç ve tıbbî malzemeye erişimi çok zordu. Ayaktan reçeteleri bile SSK hastanelerinin bünyesindeki eczanelerden alma zorunluluğu vardı. Çoğu zaman uzun uğraşlar sonucunda da ilaç ve tıbbî malzemenin tamamına erişim mümkün olmuyordu. Çünkü; ilaç ve tıbbî malzemenin birçoğu SSK hastanelerinde bulunmuyordu. SSK'lı vatandaş bu eczanelerden yoktur kaşesini vurdurduktan sonra ancak sınırlı sayıdaki (3.525 adet) anlaşmalı serbest eczaneden ilacını temin edebiliyordu. Oysa Türkiye'de 2002 yılında 18 bin civarında serbest eczane vardı. Sınırlı sayıdaki SSK eczanesinden ilaçlarını temin etmek zorunda kalanlar uzun kuyrukları beklemek zorundaydı. SSK'lı vatandaşlar; çoğu kez bu uzun kuyruklara girmeyi göze alamıyor, ilaçlarını ya cepten alıyor ya da tanıdık bir memur veya Emekli Sandığı mensubunun adına yazdırıyordu. Hatta ilacı hiç alamadığı durumlarda oluyordu. Bu dönemde SSK mensuplarının ortalama ilaç harcaması Emekli Sandığı mensubu bir sigortalının ortalama ilaç harcamasından 7-8 kat daha düşüktü.

C.3. Sağlık Göstergeleri

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Uluslararası Göstergeler, [2002]

Gösterge	Türkiye	DSÖ Bölgeleri 2000		
		Avrupa Bölgesi	Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler	Dünya
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (yıl)	72,5	72,0	71,0	66,0
Bebek Ölüm Hızı, (bin canlı doğumda)	31,5	18,0	30,0	53,0
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (bin canlı doğumda)	40,0	22,0	38,0	75,0
Anne Ölüm Oranı, (yüz bin canlı doğumda)	64,0	29,0	93,0	330,0
Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, (%)	19,8	-	-	-
Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi, (%) 2003	39,5	62	-	-

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, World Health Statistics 2013

C.4. Ekonomik Göstergeler

C.4.1. Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergeler

Tablo 2. Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergeler, (2002)

Gösterge	Türkiye	OECD Ortalaması	DSÖ Bölgeleri 2000		
			Avrupa Bölgesi	Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler	Dünya
Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%)	3,8	5,7	-	-	-
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%)	5,4	8,3	8,0	5,4	8,2
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (ABD \$)	134	-	706	55	278
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (ABD \$)	189	2.568	938	115	482
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (SGP ABD \$)	329	1.566	899	116	318
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP ABD \$)	466	2.178	1.215	240	564

Kaynak: TÜİK, BUMKO, World Health Statistics, OECD Health Data 2013

C.4.2. Diğer Ekonomik Göstergeler

Tablo 3. Diğer Ekonomik Göstergeler, (2002), (milyon TL/USD)

Gösterge	TL	2013 yılı fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYH)	350.476	976.152	232.745	574.238
Merkezi Yönetim Bütçesi	119.604	333.122	79.427	195.965
Sağlık Bakanlığına Ayrılan Toplam Kamu Kaynağı	5.196	14.471	3.450	8.513
Kamu Sağlık Harcamaları	13.270	36.959	8.812	21.742
Toplam Sağlık Harcamaları	18.774	52.290	12.467	30.760
Faiz Dışı Devlet Harcamaları (Sağlık Harcamaları Hariç)	79.495	221.410	52.791	130.248
Vergi Gelirleri	59.632	166.088	39.600	97.704

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK

C.5. Sağlığın Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, her ülkede çözümü oldukça zor ve önemli bir konu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli ve birbiriyle ilişkili 3 ayağı bulunmaktadır. Bunların birincisi; sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli fonun toplanması, ikincisi; ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması ve üçüncüsü; fonların gerekli sağlık hizmetinin satın alınması veya sağlanması için uygun biçimde kullanılmasıdır.

Ülkelerin, sağlık hizmetleri için harcama yapması gerektiği konusunda hemen hemen herkes hemfikirdir. Ancak bu konuda sorulan ve sürekli olarak tartışmalara konu olan temel sorulardan birisi, “bu harcama düzeyinin ne olması gerektiği” ile ilgilidir. Sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında hem yapısal hem de durumsal/dönemsel faktörler yer alabilmektedir. Bu faktörler; sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiği ve yönetildiği, nüfusun sağlık ihtiyaçları, ekonomik gelişme ve kişi başi gelir düzeyi, sosyo-kültürel faktörler, sağlık güvencesinin varlığı, sağlık hizmetini sunanların davranışı, hizmet sunumu ve hekim ödeme modelleri, nüfusun ve hastaların artan beklentileri, teknolojik gelişmeler, kullanım biçimlerinin değişmesi, hastalık dokusundaki değişimler, politik değişimler, çocuk nüfus oranı ve nüfusun yaşlanması ile birlikte sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının artması olarak belirtilebilir. Sağlık harcamalarında bu belirleyicilerin payı, etkisi ve önemi ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir.

Ülkelerin genelinde, sağlık politikası üreten kişiler için asıl önemli konu; insanların ihtiyaç duydukları anda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşmalarının nasıl garanti edileceği ve kişilerin sağlık harcamalarının finansal riske karşı nasıl korunacağıdır.

Sağlık finansmanı konusunda 3 farklı yöntem bulunmaktadır:

Kamusal Finansman Modeli: Bu modelin temeli vergi ve prim esasına dayanır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı toplanan genel veya özel vergiler yoluyla (Beveridge Modeli) ya da toplanan primler yoluyla (Bismark Modeli) sağlanmaktadır. Finansmanın bir kısmının vergiler bir kısmının da primler yoluyla sağlandığı örnekler de vardır.

Özel Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık sigortacılığı, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten yapılan sağlık harcamaları ile karşılanır.

Karma Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal finansman modeli ile özel finansman modeli birlikte kullanılmaktadır. Yani sağlık hizmetlerinin finansmanı Türkiye’de olduğu gibi vergiler, primler, özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır.

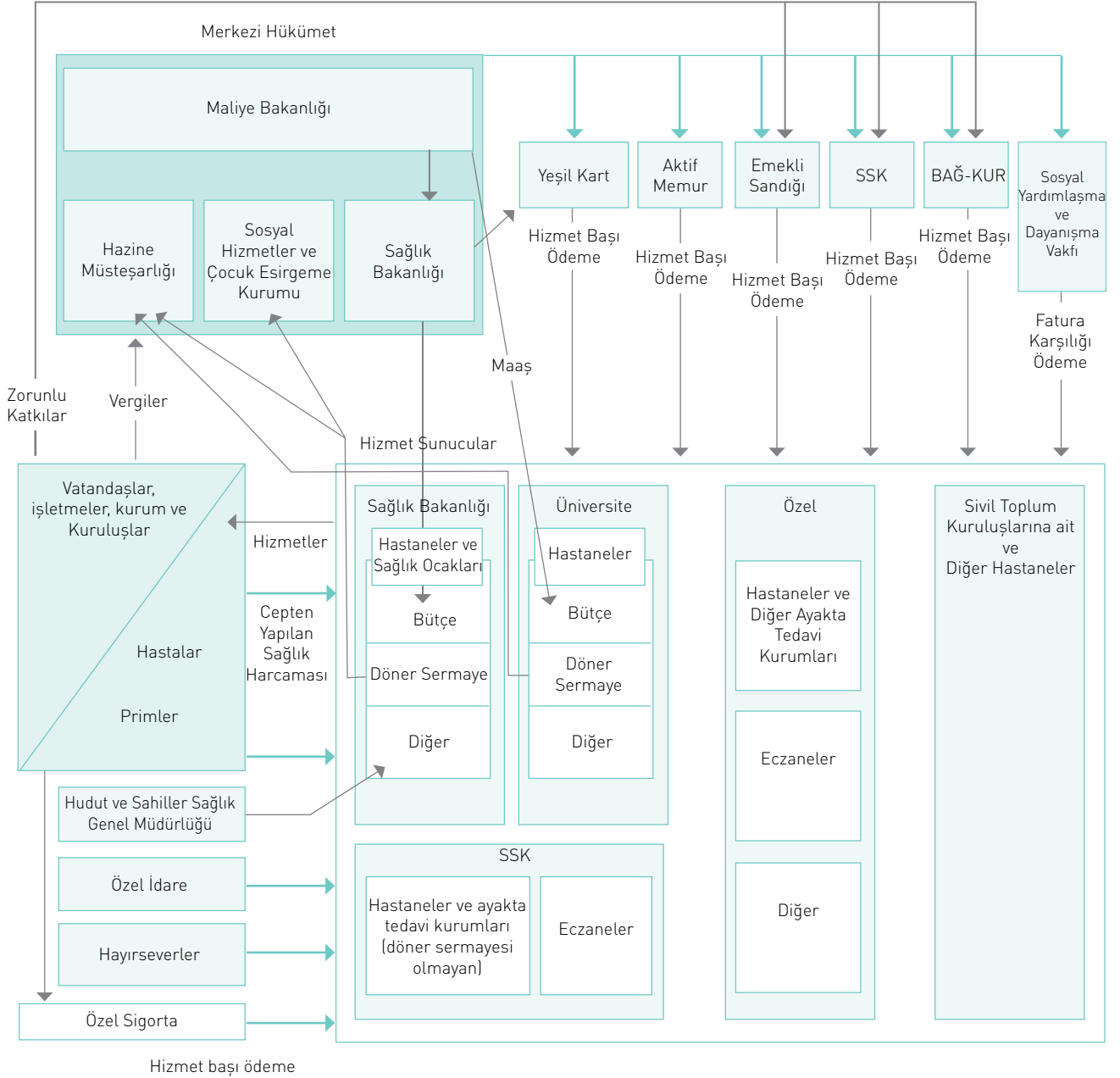
C.5.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Türkiye’de sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir taraftan belirli bir kesim için sağlık sigortacılığı (Bismark Modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamalar da pay almaktaydı.

Türkiye’de 2002 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanında, toplanan primler yeterli olmadığı için vergiler yoluyla toplanan fonlar bu açığı finanse etmekteydi. TÜİK verilerine göre bu finansmanların yanında Türkiye’de düşük ölçekte olsa da özel sağlık sigortacılığı, sigorta sandıkları, vakıf üniversiteleri gibi kaynaklar (%9,5) ve hane halkının sağlık harcamaları (%19,8) olmak üzere toplam sağlık harcamasının %29,3 tutarında özel sektör sağlık harcaması bulunmaktaydı.

2002 yılında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı kamu finansmanıydı. Özellikle koruyucu hizmetlerin tamamına yakını devlet tarafından karşılanmaktaydı. Türkiye’de 2002 yılında yapılan her 100 TL’lik sağlık harcamasının 71 TL’si kamu tarafından karşılanmıştır. Kamunun sağladığı kaynakların sağlık hizmetleri finansmanının büyük kısmını teşkil etmesine rağmen bu yıllarda sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan büyük güçlükler ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden büyük ölçüde memnun olmaması (2003 yılı memnuniyet oranı %39,5) aslında harcanan kaynakların oldukça yetersiz olduğunu veya sistemin işleminde büyük sorunlar bulunduğunu veya önemli bir verimlilik problemi olduğunu göstermektedir. Aslında Türkiye sağlık sisteminde 2002 yılında üç durum birden gerçekleşmiştir. Yani sağlığa ayrılan kaynaklar yetersiz ve birim maliyetler yüksektir (Kamu sağlık harcamasının GSYH oranı %3,8’dir. OECD ortalaması %5,7’dir). Sağlık sistemi yanlış kurgulanmış ve işlememektedir (tam zamanlı çalışmanın ve her hekimin sağlık tesisinde muayenehane odasının olmaması gibi). Sistem verimsizdir (performans sisteminin ve işletmecilik anlayışının olmaması gibi).

Şekil 1. Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2002)



2002 yılında sağlığın finansmanını sağlayanların durumunu anlatmadan önce Türkiye'deki sosyal güvenlik kurumlarının geçmişinden kısa bir şekilde bahsetmek faydalı olacaktır.

C.5.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Tarihsel Gelişimi

Türkiye’deki ilk kanun ile kurulan ve üyeliği zorunlu olan sosyal güvenlik kuruluşu 1921 yılında 151 sayılı Ereğli Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun ile kurulan Amele Birliğidir. Cumhuriyetin ilk yıllarında, sosyal sigortalara benzeyen fakat kişiler ve riskler açısından çok dar kapsamlı olmasına rağmen sayıca oldukça fazla olan birtakım emeklilik ve yardımlaşma sandıklarının kuruluşunu öngören kanunlar çıkarılmıştır. Bu alanda çıkarılan yasalar ve oluşturulan sandıklardan bir kısmı, 1926 tarihli ve 895 sayılı kanunla kurulan İmalatı Harbiye Teavün ve Sigorta Sandığı, 1934 yılında 2454 sayılı kanunla kurulan Devlet Demir Yolları ve Limanlar İdaresinin Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı, 1935 yılında kurulan PTT Telgraf ve Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı, 1937 yılında 3137 sayılı kanunla kurulan Deniz Yolları ve Akay İşletmeleriyle Fabrika ve Havuzlar İdareleri Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı, 1937 yılında 3202 sayılı kanunla kurulan T.C. Ziraat Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, 1938 yılında Emlak ve Eytam Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, T.C. Merkez Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, Devlet Hava Yolları Umum Müdürlüğü Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı şeklinde sıralanabilir.

1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile ilk kez Türkiye’de sosyal sigortaların kuruluşu ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler belirlenmiştir. Ancak kanunda öngörülen sistem, İkinci Dünya Savaşının araya girmesi nedeniyle 1945 yılına kadar oluşturulamamıştır. Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanun, 27.06.1945 tarihli ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunudur. Bu kanunun yürürlüğe girmesi ile İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası uygulanmaya başlamıştır. Anılan kanuna paralel olarak 16.07.1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu kanunu çıkarılmıştır.

Bu kanunun 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmesiyle İşçi Sigortaları Kurumu kurularak 1945 yılına kadar kurulan çok sayıdaki sandığın da birleştirilmesi sağlanmıştır. İşçi Sigortaları Kurumu kurulduğu yıl, ilk önce 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu kapsama alınmıştır. Sonrasında ise, 1950 yılında 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 1951 yılında 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ve 1957 yılında da 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Sosyal güvenlik alanında değinilen bu düzenlemelerin dışındaki en önemli gelişme, 1961 Anayasasıdır. 1961 Anayasasıyla, “sosyal güvenlik” kavramı ilk kez çalışma hayatı ve sosyal politikalara ilişkin anayasal terminolojiye girmiştir.

1961 Anayasasının sosyal güvenlikle ilgili 48. maddesine benzer bir hükme yürürlükteki 1982 Anayasasının “sosyal güvenlik” başlıklı 60. maddesinde de yer verilmiştir. Söz konusu maddede “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” denilmek suretiyle, Devlete sosyal güvenlik alanında önemli görevler yüklenmiştir.

Türkiye’de planlı kalkınma uygulamasına 1963 yılından itibaren başlanılmış, kalkınma planlarında "sosyal güvenlik" kavramına yer verilmiş ve bireyleri karşılaşılabilecek risklere karşı korumak amacıyla geliştirilen güvenceler sistemi olarak kabul edilmiştir. Kalkınma planları, sosyal güvenlikle ilgili birbirine benzer hükümler taşımış hatta günümüzde yeni ve çok önemli olarak sunulan bazı düzenlemeler uzun süreden beri kalkınma planlarında yer almıştır. Örneğin; sigortalıların özel yararları ve durumları göz önünde bulundurulmak şartı ile sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi fikrine ilk kez Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) yer verilmiş ve devletin sosyal politikası olarak kamuoyuna açıklanmıştır.

08.06.1949 tarihinde kabul edilen ve 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile sayıları 11’i bulan emeklilik sandıkları ortadan kaldırılmış, çalışanlardan ve işverenlerden prim alınması ilkesine dayalı, modern anlamda bütüncül bir sosyal güvenlik yapısı oluşturulmuştur. Bu yapının tek elden yürütülmesi için de Emekli Sandığı kurulmuştur. Tarihsel süreç içinde, işçi statüsünde çalışanlara ilişkin sigorta kollarına ait çeşitli kanunlara dağılmış bulunan düzenlemeler, sosyal güvenlikle ilgili özel hükümler içeren 1961 Anayasasının yürürlüğe girmesini takiben yeniden gözden geçirilerek, 17.07.1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununda birleştirilmiştir. 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren bu kanunla, İşçi Sigortaları Kurumu, SSK adını almış, işçi statüsünde çalışanların sosyal güvenlikleri alanında yeni haklar getirilmiştir. Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) 02.09.1971 tarihli ve 1479 sayılı kanun ile kurulmuş olup, kanunun sigortalılıkla ilgili hükümleri 01.10.1972 tarihinde uygulamaya konulmuş, 01.01.1986 tarihinden itibaren de bu kanuna tabi sigortalılara sağlık sigortası yardımları verilmeye başlanmıştır. 10.09.1977 tarihli ve 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasasıyla köy ve mahalle muhtarlarının BAĞ-KUR kapsamında zorunlu sigortalı olmaları sağlanmıştır. 04.05.1979 tarihli ve 2229 sayılı kanunla herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabii olmayan Türk vatandaşlarıyla ev kadınlarına BAĞ-KUR kapsamında isteğe bağlı sigortalı olma hakkı verilmiştir. Bu sigortalıların da zorunlu sigortalılarla aynı hak ve mükellefiyetlere tabi olması öngörülmüştür.

1983 yılında 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kabul edilerek tarım kesiminde çalışanların sosyal güvenliklerinin sağlanmasına dönük önemli düzenlemeler yapılmıştır.

Türkiye’de; hizmet akdiyle çalışanların 506, kendi nam ve hesabına çalışanların 1479, devlet memuru olarak çalışanların 5434, tarımda hizmet akdiyle çalışanların 2925, tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların 2926 sayılı kanunlara tabi olarak sosyal güvenlikleri sağlanmaktaydı. Kısaca, sigortalıların sosyal güvenlik hakları 5 ayrı yasa ile düzenlenmişti. Ayrıca, 506 sayılı kanunun geçici 20. maddesindeki sandıklara tabi olanlar da kendi vakıf senetlerine göre sosyal güvenliklerini sağlamaktaydı. Ancak, bu tarz bir sosyal güvenlik sistemi farklı sosyal güvenlik kanunlarına tabi olarak çalışanların hak ve yükümlülükleri arasındaki norm ve standart birliğini bozmaktaydı.

1992 yılında, “Yeşil Kart” uygulaması başlatıldı. Yeşil kart programının amacı, sağlık hizmetlerinin bedelini karşılayamayan fakir ve muhtaç insanlara sağlık yardımı sağlamaktı. Yeşil kart sistemi ilk kurulduğunda sadece yatarak verilen sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamış, bu da vatandaşlar arasında sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti sağlamanın önünde önemli bir engel olmuştur. Yeşil kart programı, Genel Sağlık Sigortası uygulaması başlayana kadar bir geçiş çözümü olarak düşünülmüştü. Yeşil kart başvuruları ilçe düzeyindeki bir komisyon tarafından değerlendirilerek sonuçlandırılmakta ve kaymakamlıklar bünyesinde kurulan bu komisyon, başvuranların gelirleri ile ilgili yapılan incelemeye dayanarak vatandaşların yeşil kart için uygun olup olmadığına karar vermektedir.

Çalışan devlet memurlarının tedavi ve ilaç giderleri Emekli Sandığı sistemine dâhil edilmiyor ve harcamaları doğrudan devlet bütçesinden karşılanıyordu.

Kısaca tarihi gelişiminden bahsettiğimiz sosyal güvenlik kurumlarının yapısından da anlaşılacağı üzere 2002 yılında çoklu ve parçalı yapıda bir sağlık finansmanın mevcut olduğu görülmektedir.

C.5.3. Türkiye Sağlık Sisteminde Sosyal Güvenliğin Kapsamı ve İşleyişi

2003 yılı öncesinde teminat paketleri, parçalı sosyal güvenlik sistemleri arasında farklılık göstermekteydi. Örneğin, SSK sigortalıları sadece SSK hastanelerini ve eczanelerini kullanabiliyorlardı. Diğer yandan, BAĞ-KUR sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, - Sağlık Bakanlığı hastaneleri de dâhil olmak üzere kamu ve özel - pek çok hizmet sunucusundan sağlık hizmeti alabiliyordu. Fakat BAĞ-KUR sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, ancak hizmete ihtiyaç duydukları zamandan önce - en az 90 gün - primlerini ödemişlerse sağlık hizmetleri alabiliyorlardı.

Emekli Sandığı, sağlık sigortası sistemleri arasında en kapsamlı teminat paketine sahip olan kurumdur.

Sosyal güvenlik primleri farklı sağlık sigorta sistemleri arasında büyük ölçüde benzerdi. DPT'nin sosyal güvenlik kurumları verilerini esas alarak yaptığı hesaplamalara göre 2002 yılında, nüfusun yaklaşık %85'i bir biçimde sağlık sigortası kapsamında yer almaktaydı. Geri kalan %15'lik kesim ise bir sağlık sigortası kapsamında değildi ve Sosyal güvenlik primi ödemesi yapmıyorlardı. Ancak bu vatandaşlar da Sağlık Bakanlığının sunduğu koruyucu sağlık hizmetlerinden (aşı gibi) yararlanabilmekteydiler.

2002 yılında nüfusun %46,3'lük kesimini kapsayan SSK en büyük sigorta kurumuydu. Bunu nüfusun %22,3'ünü kapsayan BAĞ-KUR izliyordu, daha sonra %15,4'ünü kapsayan Emekli Sandığı geliyordu. Türkiye'de özel sigortaların kapsamı çok azdı (%0,5'den az). Sağlık sigortası kapsamına dair bu resmî veriler, kayıtlı çalışan sayısından ziyade tahminlere dayalı olduğundan ne yazık ki gerçeği yansıtmamaktadır.

Bu dönemde sağlık sigortacılığı ile ilgili verilerde üç önemli sorun vardı;

1. Çoğu insan birden fazla sosyal güvenlik kurumunca sigortalanmış, bu yüzden birden fazla kayıtlı görünmekteydiler,
2. Çalışan nüfus sayısı, düzenli katkıda bulunarak sosyal güvenlikle yararlanma hakkına sahip olanları değil programa kayıt yaptırmış herkesi gösteriyordu (bu özellikle BAĞ-KUR için geçerliydi),
3. Sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sayısı kesin olarak bilinmiyordu.

DPT'nin sosyal güvenlik kurumlarının verilerini esas alarak bildirdiği rakamlara karşın, Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında yapılan çalışmalar, nüfusun %67'sinin sağlık sigortasına sahip olduğunu tespit etmişti. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından üç ayda bir yapılan bir çalışma olan Türkiye Hane Halkı Bütçe Araştırması'na göre 2003 yılında herhangi bir sigortanın kapsamı altında olan nüfusun oranı %64 idi. Bu araştırmaların ikisi de Türkiye nüfusunu istatistikî olarak temsil eden bir örneklem üzerinde yapılmıştır. Bu resmî rakamlar arasındaki büyük fark çok çarpıcı olup aynı zamanda resmî rakamlarda bildirim ve tahmin yanılığı sorunları olduğunu da doğrulamaktadır.

Diğer taraftan bu dönemde iş gücünün yaklaşık %46'sının kayıt dışı çalıştığı tahmin edilmektedir. Sağlık sigortası kapsamının %85 civarında olduğu tahmin edildiği için, kayıt dışı çalışanların büyük bir kısmının yeşil kart kapsamında olması, SSK, BAĞ-KUR veya Emekli Sandığı bünyesinde sağlık sigortasına sahip bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında olması mümkündür. Örneğin, 2003 yılı Hane Halkı Bütçe Araştırmasına göre en fakir ondalık dilime girenlerin yalnızca %12'si (kişi başı harcama dilimlerine göre) yeşil kart kapsamındaydı. Daha yüksek ondalık dilimlere girenler arasında yeşil kart kapsamı %1 ile %8 arasında değişmekteydi.

Tablo 4. Türkiye'de Sigortalı Birey Oranı, (%), (2002-2003)

	Devlet Planlama Teşkilatı*	Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması
Memur	15.4	-
Çalışan	-	7.4
Emekli Sandığı	-	5.1
SSK	46.3	33.5
BAĞ-KUR	22.3	11.7
Özel Fonlar	0.5	0.4
Yeşil Kart	-	8.6
Diğerleri	-	0.5
Toplam Sigortalı	84.5	67.2

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler ve Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması (2002-2013), OECD Sağlık İncelemeleri Türkiye (2008)

* DPT verileri sosyal güvenlik kurumlarına aittir.

Kayıt dışı ödemelerin çoğu nakit (%71)¹ olarak ve ayakta tedavi hizmetleri için yapılıyordu. Sağlık sigortasına sahip olmak, hastaları ne kayıt dışı ödemeler yapmaktan ne de cepten ödeme yapmaktan kurtarmıyordu. Aslına bakılırsa, sağlık sigortası tarafından karşılanan hizmetleri almak için hastaların öncelikle doktorun özel muayenehanesine gitmesi ve cepten ödeme yapması gerekiyordu (2003 yılında yaklaşık 900 haneyi kapsayan bir çalışma, toplam cepten yapılan harcamaların %25'inin gayri resmî olduğunu ortaya koymuştur)¹. Üstelik sağlık hizmeti almak için yoksul insanların kişi başına ödedikleri miktar, yoksul olmayanların ödediklerinden fazlaydı ve ne yazık ki yaşlı insanların ödedikleri de gençlerin ödediklerinden fazlaydı.

Sağlık sisteminin hakkaniyeti çok zayıftı. Kamuda görevli sağlık personelinin özel sektörde çalışmasına izin verilmesi, hekimlerin hastayı çalışma saatleri dışında kendi özel kliniğine yönlendirmesi, sağlık kuruluşlarının kaynak sıkıntıları ile karşı karşıya kaldığı, hastaların kendi ihtiyaçlarını almak zorunda kaldığı durumlar çok yaygındı.

Özetle Türkiye'de 2002 yılında sağlık harcamalarının finansmanı oldukça parçalı bir yapıya sahipti. İş kanuna göre çalışan vatandaşlar, emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sosyal güvenlik kurumu olan SSK, kendi nam ve hesabına çalışan vatandaşlar, emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sosyal güvenlik kurumu olan BAĞ-KUR ve emekli memurlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sosyal güvenlik kurumu Emekli Sandığıydı. Diğer taraftan ödeme gücü uygun olmayan vatandaşların yatarak aldıkları sağlık hizmetlerini karşılamak için yeşil kart isimli bir geri ödeme sistemi oluşturulmuştu. Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık giderleri kurum bütçelerinden karşılanmaktaydı.

Sağlık giderlerini karşılamakla görevli bu geri ödeme kurumlarının geri ödeme politikaları, kapsayıcılıkları, fiyatlandırılması ve diğer hususlar birbirlerinden oldukça farklılık gösterebiliyordu. Farklı sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı) farklı geri ödeme mekanizmaları vardı. Ortak bir model ve stratejileri yoktu. Sağlık hizmeti sunan kurumlar ile geri ödeme kurumları arasında metodolojisi ve süresi belirlenmiş bir ödeme takvimi oluşturulamamıştı.

Vatandaşların sağlık giderlerini karşılamakla görevli kurumların yönetim ve organizasyon kabiliyeti oldukça zayıftı. SSK, sağlık giderlerinin en büyük geri ödeme kurumuydu. 2005 yılında yaklaşık 37 milyon kişinin sağlık finansmanından sorumlu olan bu kuruma bağlı yüzlerce hastane ve dispanser ve hatta ilaç fabrikası bulunmaktaydı. Buna rağmen SSK'lı vatandaşların hem sağlık hizmetine hem de ilaç ve tıbbî malzemeye erişiminde birçok zorluk vardı. Devlet memurları dışında diğer vatandaşların üniversite hastanelerine gitmesi bile çok zordu. BAĞ-KUR'un çoğu üniversite hastanesi ile anlaşması olmadığından üniversite hastanesinden hizmet almak zorunda kalanlar, hizmet bedelini kendi ceplerinden ödüyordu. Bu vatandaşlar bu bedelleri daha sonra binbir güçlükle geri almaya çalışıyordu.

¹ ÖZGEN, Doç.Dr.Hacer, TATAR, Prof.Dr. Mehtap, Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11

Yüksek gelir grubunda bulunmayan vatandaşlar ciddi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında (kanser, organ nakli, doğumsal anomali, kalp-damar cerrahisi vb.) ailelerini fakir hale düşürecek kadar sağlık harcaması yapmak zorundaydı. TÜİK'in katastrofik sağlık harcamaları raporuna göre Türkiye'de 2002 yılında katastrofik sağlık harcaması nedeni ile yoksullaşan hane oranı %0,43 idi. Kendilerine "Yeşil Kart" sistemi ile sağlık hizmeti verilen yoksul vatandaşlarımızın ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik ve tahlilleri ile diş çekimi, gözlük, acil tedavi ve ilaç giderleri ödenmiyordu.

Hastanelerde hizmetlerin sosyal güvenlik kurumlarına faturalandırılmasında ve bunların kontrolünde aksaklıklar vardı.

Sosyal güvenlik sisteminin kapsayıcılığı oldukça düşüktü. Yeterli gelire sahip olmayan milyonlarca vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi çok zordu. Anneler, çocuklar ve bebeklerin önemli bir kısmı birinci basamak sağlık hizmetlerinden yoksundu. Sigortalı vatandaşların bile çoğunluğu sağlık hizmetine ulaşmakta zorlanıyordu.

Kısaca; 2002 yılında kayıtlı sektörde çalışanların harcamalarını karşılayan sigorta sistemleri ile Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen bir çeşit ulusal halk sağlığı hizmeti sisteminin olduğu görülmektedir. Ayrıca yoksul ve zayıflara yönelik sağlık sigortasını kapsayan bir sosyal yardım programının da mevcut olduğu (yeşil kart), bunların da parçalı bir sağlık finansmanı ve sunumu sistemine yol açtığı görülmüştür.

Sağlık sigortasının durumu, bir bireyin sağlık hizmeti almaya karar vermesi konusundaki en önemli belirleyicisiydi. Sağlık sigortası olan insanlarla karşılaştırıldığında, sağlık sigortası olmayan hasta insanlar ve haneler, hasta olduklarında sağlık hizmeti almak için daha az başvurma eğilimindeydi. Sağlık sigortası olmaması ya da yetersiz (yani sınırlı kapsamlı) sigorta yapılması (Yeşil kart programı kapsamında olduğu gibi) durumu, kayıtlı sektörde istihdam edilmeyen yoksul insanlar arasında yaygındı. Bu durum, finansal korumayı arttırmak için nüfusun sahip olduğu sigorta kapsamının hem enine hem de derinlemesine genişletilmesinin önemini göstermekteydi.

SSK emeklileri ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, hekime her müracaatta 0,8 TL katkı payı ödemesi yapıyordu. Yatan hasta tedavi hizmetleri için herhangi bir katkı payı yoktu. Ayakta tedaviler sonucunda yazılan ilaçlara yönelik olarak; SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR sigortalısı çalışanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için katkı payı oranı %20 iken, emekliler ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bu oran %10 idi.

C.6. Sağlık Harcamaları (2002 Yılı)

2003 yılı öncesi sağlık harcamalarının değerlendirilmesini 4 çerçeveden ve kendi içinde farklı açılardan bakarak ele alacağız.

- Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları
- Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları
- Fonksiyonlarına Göre Sağlık Harcamaları
- Niteliklerine Göre Sağlık Harcamaları

C.6.1. Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları

Finansmanı sağlayanlara göre sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda detaylı şekilde anlatılmıştır.

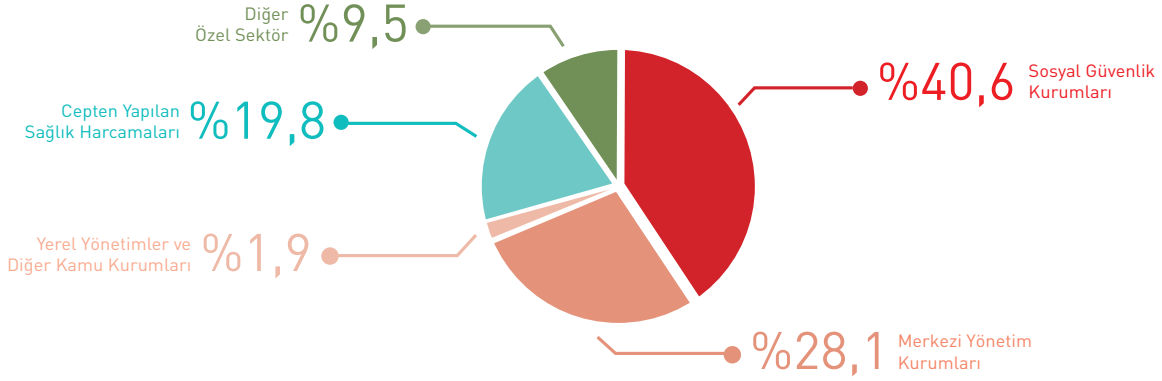
Tablo 5. Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (2002), (milyon TL / USD)

Finansman Sağlayan Kurum	TL	2013 yılı fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD	%	%	%
SSK	3.596	10.015	2.388	5.891	47,1	27,1	19,2
BAĞ-KUR	2.195	6.114	1.458	3.597	28,8	16,5	11,7
Emekli Sandığı	1.840	5.124	1.222	3.014	24,1	13,9	9,8
SGK	7.631	21.253	5.067	12.503	100,0	57,5	40,6
Sağlık Bakanlığı	2.435	6.782	1.617	3.990	46,1	18,4	13,0
Kamu Görevlileri	1.654	4.607	1.098	2.710	31,3	12,5	8,8
Yeşil Kart	538	1.498	357	881	10,2	4,1	2,9
Diğer Kamu	461	1.283	306	755	8,7	3,5	2,5
Üniversiteler	195	544	130	320	3,7	1,5	1,0
Merkezi Yönetim	5.283	14.714	3.508	8.656	100,0	39,8	28,1
Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları	356	991	236	583	100,0	2,7	1,9
Kamu Sağlık Harcamaları Toplamı	13.270	36.959	8.812	21.742		100,0	70,7
Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	3.725	10.375	2.474	6.103	100,0	67,7	19,8
Diğer Özel Sektör	1.779	4.955	1.181	2.915	100,0	32,3	9,5
Özel Sektör Sağlık Harcamaları Toplamı	5.504	15.331	3.655	9.019		100,0	29,3
Toplam	18.774	52.290	12.467	30.760			100,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler

Türkiye’de 2002 yılında sağlık harcamalarının %70,7’si kamu harcaması, %29,3’ü ise özel harcama niteliğindeydi.

Grafik 1. Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (2002)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler

2002 yılında sağlık harcamalarının %40,6’sı sosyal güvenlik kurumlarına, %28,1’i merkezi yönetim kurumlarına, %1,9’u ise yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarına, %19,8’i cepten harcamalara ve %9,5’i diğer özel sektöre aitti.

C.6.1.1. Kamu Sağlık Harcamaları: 2002 yılında, Türkiye’de sağlığa ayrılan toplam finansmanın büyük kısmı (%70,7’si) kamu kaynaklarından, kalan kısmı ise özel kaynaklardan elde edilmekteydi.

C.6.1.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları: Özel harcamalar cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından finanse edilen özel sağlık sigortası ödemelerini kapsamaktaydı. 2002 yılında özel sektör sağlık harcamaları oranı %29,3 idi. Bunun %19,8’ini cepten yapılan sağlık harcamaları, %9,5’ini ise diğer özel sektör sağlık harcamaları oluşturmaktaydı.

C.6.2. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları

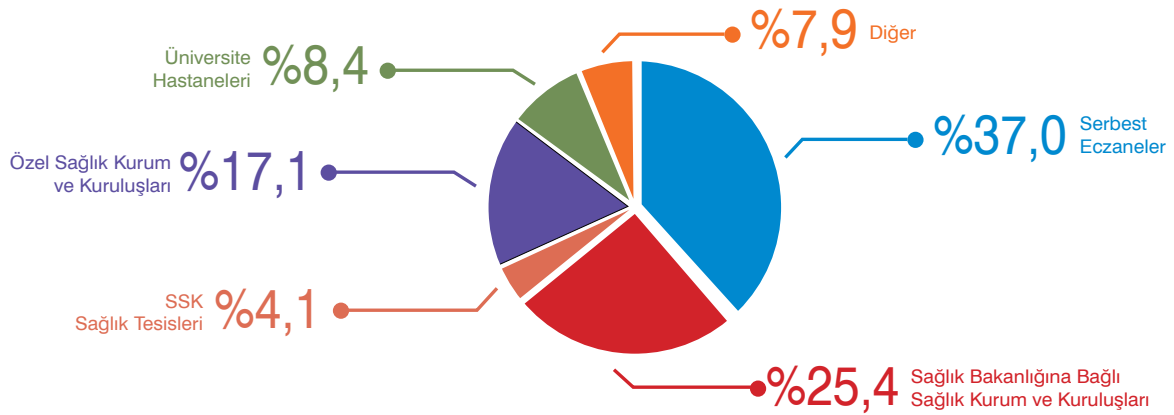
Tablo 6. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, [2002], (milyon TL/USD)

Sağlık Hizmet Sunucuları	TL	2013 yılı fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD	%
Serbest Eczaneler	6.955	19.371	4.619	11.395	37,0
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları	4.762	13.264	3.163	7.803	25,4
Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları	3.214	8.951	2.134	5.265	17,1
Üniversite Hastaneleri	1.578	4.395	1.048	2.586	8,4
Diğer	1.491	4.154	990	2.444	7,9
SSK Sağlık Tesisleri	773	2.154	514	1.268	4,1
TOPLAM	18.774	52.290	12.467	30.760	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002 yılında sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımında en büyük pay %37 ile serbest eczanelere aitti. Bunu %25,4 ile Sağlık Bakanlığı tesisleri, %17,1 ile özel sağlık tesisleri, %8,4 ile üniversite sağlık tesisleri ve diğerleri izlemişti.

Grafik 2. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı, [2002]



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

C.6.2.1. Serbest Eczaneler (2002 Yılı)

Daha önce de ifade edildiği üzere, 2002 yılında Türkiye’de hem sağlık hizmetlerine hem de ilaca erişim oldukça zordu. Buna rağmen perakende olarak temin edilen ilaç için ödenen tutar sağlık harcamalarının %37’si olmuştur. (Hastanelerde yatan hastaların kullandığı ilaçlar için yapılan ödemeler hastane harcamaları içinde yer almaktadır). Bu oran (%37,0), aynı yıl için OECD ortalamasının iki katından fazladır. 2002 yılında OECD ülkelerinde ilaç harcamasının sağlık harcaması içerisindeki payı ortalama %18 idi.

Bu dönemde Türkiye’nin en büyük sigorta kurumu olan SSK’nın bünyesinde 261 eczane bulunmaktaydı. Bu eczaneler, SSK hastanelerinin tamamında ve diğer sağlık hizmeti veren birimlerinin (dispanser gibi) bir kısmında bulunmaktaydılar. SSK eczaneleri, endüstri ile her yıl yenilenen sözleşmelere göre %10 iskonto ve 45 gün vade ile doğrudan ilaç alımı yapmaktaydı. SSK mensupları ‘eşdeğer ilaçlardan en ucuzunun tercih edilmesi’ prensibi doğrultusunda hizmet veren SSK bünyesindeki eczanelerden ilaçlarını katılım payı ödeyerek (aktif sigortalılar için %20, emekliler için %10) sağlamaktaydılar. Reçetede yazılı olan ve SSK eczanelerinde bulunmayan ilaçlar ise, kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden, aynı oranda katılım payı ödenerek temin edilebilmekteydi. SSK’nın gerçekleştirdiği ilaç tüketiminin %80’den fazlası, kurum eczanelerinden karşılanmaktaydı. 2002 yılında SSK’nın; Türkiye’de 18 bin civarında olan serbest eczaneden, sadece 3.525 ile sözleşmesi vardı. Kurum hariçteki eczanelere ise 325 milyon TL ilaç bedeli ödemiş olup, SSK’nın 2002 yılı ayaktan ve yatan hastalar için toplam ilaç sarfiyatı 1,879 milyar TL’dir. Bu toplam ilaç tüketiminin %26’sına tekabül etmektedir. Bu dönemde üye sayısı 2,4 milyon kişi olan Emekli Sandığının ilaç harcamalarının 1,1 milyar TL olduğunu dikkate aldığımızda büyük bir problemin olduğu oldukça iyi anlaşılacaktır. 2002 yılında 33 milyon sigortalısı olan SSK’nın yıllık ilaç harcaması 1,879 milyar TL iken on dört kat daha küçük sigortalı sayısına sahip bir kurum olan Emekli Sandığının yıllık ilaç harcaması 1,1 milyar TL’dir. SSK’nın kişi başı yıllık ilaç harcaması 57 TL civarında iken bu rakam Emekli Sandığında 458 TL civarındaydı. Bu durumun en önemli sebepleri; SSK’lıların ilaca erişimde yaşadığı zorluklar dolayısıyla ilaç tüketimlerinin düşük olması, cepten ilaç harcaması yapmaları veya ilaçlarını diğer sigortalılar adına reçete ettirmeleridir. Diğer önemli bir sebep de SSK’nın toplu ilaç alımı dolayısıyla diğer sigorta kurumlarına göre çok daha uygun fiyata ilaç temin etmesidir.

2002 yılında diğer bir sigorta kurumu olan Emekli Sandığının Türkiye genelinde yaklaşık 16.000 serbest eczane ile sözleşmesi bulunmaktaydı. İlaçlar, Emekli Sandığıyla anlaşmalı eczanelerden ayakta tedavilerde; çalışanlar (Emekli Sandığının kendi mensupları) için %20, emekliler için %10 katılım payı ödenerek alınabilmekteydi. Bu dönemde yıllık 1,84 milyar TL sağlık harcaması bulunan Emekli Sandığının bu harcamalarının %60’ını (1,1 milyar TL) ilaç harcaması oluşturuyordu.

2002 yılında diğer bir sigorta kurumu olan BAĞ-KUR’a bağlı sigortalılar, ayakta tedavi için tüm ilaçlarını, reçete karşılığında katılım payı ödeyerek (aktif sigortalılar için %20, emekliler için %10) anlaşmalı eczanelerden temin edebilmekteydiler.

Yatarak tedavi gören hastalar, reçeteleriyle ilgili herhangi bir katılım payı ödemezlerdi. 2002 yılında 8,6 milyon kişi civarında sağlık karnesi verdiği mensubu bulunan BAĞ-KUR'un yıllık 2,2 milyar TL civarında olan sağlık harcamasının %60'ını (1,322 milyar TL) ilaç harcaması oluşturmaktaydı.

2002 yılında yaklaşık 2,4 milyon devlet memuru ve 5,1 milyon bakmakla yükümlü olduğu kişilerle birlikte 1,654 milyar TL civarında olan sağlık giderinin %50'si (817 milyon TL) ilaç harcamasından oluşmaktadır. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma fonlarınca ödeme gücü olmayan vatandaşlar için 157,7 milyon TL'lik ilaç harcaması yapılmıştır.

C.6.2.2. Sağlık Bakanlığı Tesisleri (2002 Yılı)

2002 yılında Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri için ödenen tutar sağlık harcamaları toplamının %25,4'i idi. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı en önemli sağlık hizmeti sağlayıcısı ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdur. 2002 yılında Sağlık Bakanlığının yönetimi altında aktif olarak 654 hastane, 5.055 sağlık ocağı, 277 verem savaş dispanseri, 298 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve 2.899 sağlık evi bulunmaktaydı. Sağlık Bakanlığı halk sağlığı hizmetleri, hastane hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, 112 acil sağlık hizmetleri ve sağlık yönetimi alanlarında aktif olarak rol almaktaydı.

2005 yılında Sağlık Bakanlığına devredilen SSK sağlık tesisleri bu devirden önce SSK tarafından finanse edilmekteydi. SSK'nın birinci basamak sağlık ağı kapsamında; SSK'ya kayıtlı kişilere birinci basamak sağlık hizmeti sunması beklenen, sınırlı sayıda sağlık merkezi ve dispanser bulunmaktaydı. SSK'ya kayıtlı kişiler arasındaki birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı, ulusal ortalamadan düşüktü. Bu durum, genel olarak SSK'nın birinci basamak sağlık merkezlerinin sayısının az olduğunu ve bu yüzden erişimin sınırlı olduğu gerçeğini yansıtmaktaydı. SSK dispanseri olmayan yerlerde, SSK sigortalıları Sağlık Bakanlığının merkezlerini kullanabilmekteydi. Birçok iş yeri ise çalışanlarına temel sağlık hizmeti veren bir hekim bulunduruyordu. Sağlık Bakanlığına bağlı 654 hastane olmasına rağmen SSK'luların buralardan hizmet alması oldukça sınırlıydı. Üniversite hastanelerinden ve özel hastanelerden ancak özel şartlarda ve sınırlı ölçüde hizmet alabiliyorlardı. 2002 yılında 33 milyon civarında bulunan SSK'luların yıllık muayene sayısı 66 milyon, bir SSK'lının yıllık hekime başvuru sayısı sadece 1,8 civarında idi. Oysa aynı yıl Türkiye'de yıllık hekime müracaat sayısı 3,1 idi. 2002 yılında gelişmiş ülkelerde yıllık hekime müracaat sayısının 6 civarında olduğu dikkate alındığında bu sayının ne kadar düşük olduğu daha iyi anlaşılmaktadır.

2002 yılında SSK sağlık tesisleri için yapılan sağlık giderlerinin toplamı, sağlık harcamasının %4,1'i idi.

C.6.2.3. Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları (2002 Yılı)

2002 yılında Türkiye'de özel sağlık kurum ve kuruluşları için ödenen tutar toplam sağlık harcamalarının %17,1'ini oluşturmaktaydı. Özel hastane hizmeti Türkiye'de 1980'li yıllardan önce, neredeyse hiç yoktu. Türkiye'deki özel sağlık tesisleri büyük ölçüde hekim muayenahanelerinden ibaretti. Muayenahaneler dışında kalan özel sektörün faaliyet alanı, büyük kısmı doğum (öncesi ve sonrası) hizmeti veren 50'den az yataklı küçük klinikler ve ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktaydı. 1980'li yıllarda, hükümetlerin özel sektörü teşvik politikasının bir sonucu olarak, özel hastane ve kliniklerin sayısında artış olmuştur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre; 1998-2001 yılları arasındaki dönemde, özel sektörde yaklaşık 11.000 hekimin olduğu ve kamu hekimlerinin %60'ının özel sektörde çalıştığı tahmin ediliyordu. Kamu sektöründeki maaşların düşük olması nedeniyle, kamudaki hekimlerinin özel sektörde de çalışmasına izin verilmesi, kamu sektöründe yeterli sayıda doktor bulunmasını sağlamanın bir yoluydu. 2002 yılında Türkiye'de 271 özel hastane bulunmaktaydı. Özel kuruluşlar genellikle büyük şehirlerde (Ankara, İstanbul ve İzmir) bulunmaktaydı. SSK ve BAĞ-KUR gibi sosyal sigorta kurumlarının da uzman sağlık hizmetleri sunan özel hastanelerle sözleşmeleri olmasına rağmen, özel sağlık tesislerinin finansmanı büyük ölçüde (%80,9) özel harcamalarla karşılanıyordu.

Diğer taraftan özel sağlık hizmeti sunucularının kuruluş aşamasında uyması gereken bazı standartlar olmasına rağmen hizmet süreci ve hizmetin sonuçlarının ölçülmesi yolunda somut adımlar atılamamıştı. Bununla ilişkili olarak, ruhsatlandırma ve akreditasyonla ilgili kavram karmaşası bulunmaktaydı.

C.6.2.4. Üniversitelerin Sağlık Tesisleri (2002 Yılı)

2002 yılında Türkiye'de üniversitelere bağlı sağlık tesisleri için ödenen tutar toplam sağlık harcamalarının %8,4'üydü. Ayakta tedavi, yatan hasta ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan ve özellikle büyük şehirlerde yer alan 50 adet üniversite hastanesi vardı. Hasta yataklarının %16'sına sahip bu hastanelerde hekimlerin özel muayenahaneçiliği diğer kamu hastaneleri kadar yaygın olmamakla birlikte bu hastanelerde özel muayenahaneler hastane içine taşınmıştı. Özel muayene olmak isteyen vatandaşlar bu hastanelerde kurulan veznelere öğretim üyeleri adına özel muayene ücreti yatırarak muayene olabilmekteydi. Bunun dışında hasta muayeneleri genellikle asistan hekimlerce yapılmaktaydı. 2002 yılında üniversitelere bağlı sağlık tesislerinin finansmanının %39,3'ü sosyal güvenlik kurumları (BAĞ-KUR, SSK ve Emekli Sandığı) %43,5'i merkezi yönetim, %6,5'i yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları ve %10,8'i özel sektör tarafından sağlanmaktaydı. Bu finansmanda kamunun payı %89,2 idi.

C.6.2.5. Diğer Sağlık Hizmet Sağlayıcıları (2002 Yılı)

2002 yılında yukarıda sayılanların dışında askeri hastaneler, vakıf hastaneleri, belediye hastaneleri gibi hizmet sunan kurumların yanısıra görüntüleme merkezleri, laboratuvar ve optikçiler gibi sağlık tesislerine de harcamalar yapılmaktaydı. Ayrıca sosyal güvencesi olan vatandaşlar hastaneler tarafından temin edilemeyen / edilmeyen tıbbî cihaz ve malzemeler için de cepten harcama yapıyorlardı.

Diğer taraftan tedaviler için ödenen yolluklar ile sağlık sandıklarının ve sağlık sigortalarının yapılan ödemeler de bu kapsamda önemli yer tutmaktaydı. 2002 yılında Türkiye'de diğer sağlık hizmet sağlayıcıları için ödenen tutar %7,9 ile sağlık harcamaları içinde önemli bir yekûn tutuyordu.

C.6.3. Fonksiyonlarına Göre Sağlık Harcamaları

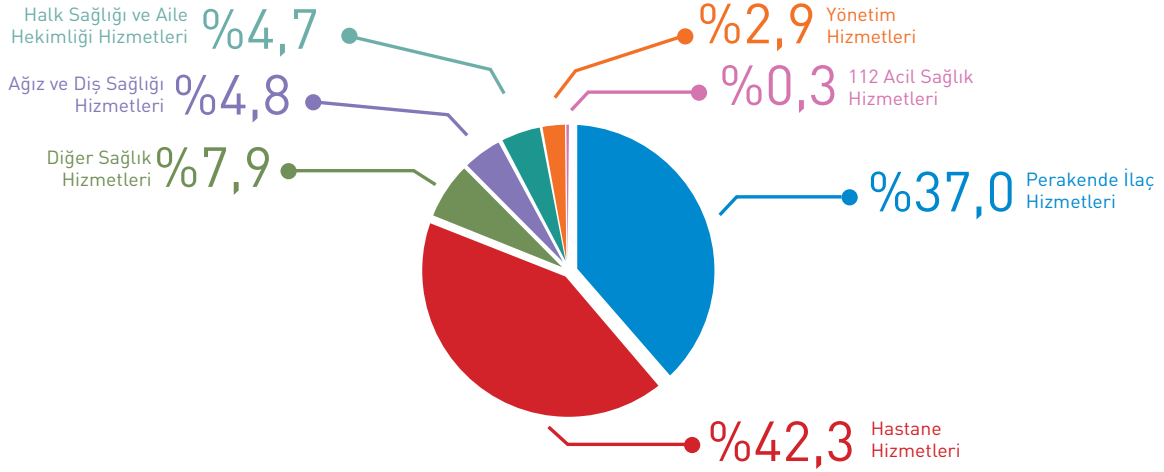
Tablo 7. Sağlık Harcamalarının Hizmet Fonksiyonlarına Göre Dağılımı, (2002), (milyon TL/USD)

Sağlık Hizmet Fonksiyonu	TL	2013 yılı fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD	%
Hastane Hizmetleri	7.946	22.131	5.277	13.019	42,3
Perakende İlaç Hizmetleri	6.955	19.371	4.619	11.395	37,0
Diğer Sağlık Hizmetleri	1.491	4.154	990	2.444	7,9
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	896	2.496	595	1.468	4,8
Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri	885	2.464	587	1.449	4,7
Yönetim Hizmetleri	540	1.503	358	884	2,9
112 Acil Sağlık Hizmetleri	62	171	41	101	0,3
TOPLAM	18.774	52.290	12.467	30.760	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi, Acibadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında sağlık harcamalarının hizmet fonksiyonlarına göre dağılımı incelendiğinde hastane hizmetlerinin %42,3'lük pay ile en yüksek tutarı oluşturduğu görülmektedir. Bunu %37,0 ile perakende ilaç hizmetleri, %7,9 ile diğer sağlık hizmetleri izlemektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan pay %4,8, halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerine ayrılan pay ise %4,7'dir.

Grafik 3. Sağlık Harcamalarının Hizmet Fonksiyonlarına Göre Dağılımı, (2002)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

C.6.3.1. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri (2002 Yılı)

Türkiye’de 2002 yılında aile hekimliği sistemi uygulanmıyordu. Halk sağlığı hizmetleri oldukça sınırlı ve yetersizdi. Halk sağlığı hizmetlerinde görev alan pratisyen hekimler, içinde bulundukları çalışma şartları, sosyo-ekonomik durum ve uzmanlık beklentileri nedeniyle kendi hizmetlerine yeterince motive olamamıştı. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı oldukça düşüktü. Vatandaşların birinci basamak sağlık tesislerindeki hekimlere müracaat sayısı kişi başı yılda sadece 1,1 idi. Anne ve bebek ölümü gibi temel sağlık göstergeleri bile gelişmiş ülkelere göre oldukça kötüydü. 2002 yılında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 64, bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 31,5 idi.

Kırsala düzenli sağlık hizmeti verilme oranı çok düşük olduğundan buralarda halk sağlığı hizmetlerine ait göstergeler oldukça olumsuz durumdaydı. Vatandaşlar sağlık hizmetini birinci basamaktan alma konusunda isteksiz ve doğrudan hastaneye gitme eğilimindeydi. Birinci basamaktaki yetersizlikler hastanelerde yığılmalara sebep olmakta ve hizmet maliyetlerini yükseltirken hizmet kalitesini düşürmekteydi.

Halk sağlığı hizmetleri Türkiye ihtiyaçlarına cevap vermekten uzaktı. 1980 yılında rutin aşılama programında 6 çeşit aşı varken 2002 yılında bu rakam sadece 7 olmuştu. 2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı Türkiye genelinde %78 idi; Güneydoğu Bölgesinde bazı illerde bu oran %50’nin altındaydı. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı konusunda nerdeyse hiçbir şey yapılmıyordu. 2002 yılında sağlık harcamalarının sadece %4,7’si halk sağlığı hizmetlerine ayrılmaktaydı.

C.6.3.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri (2002 Yılı)

2002 yılında Türkiye'de 112 acil sağlık hizmetleri kentlerde yetersiz ve koordinasyonsuzdu. Kırsaldan acil hasta taşıma çok yetersizdi, kırsal nüfusun sadece %20 si 112 acil sağlık hizmeti alabiliyordu. Sosyal güvencesi olmayan hastalardan acil durumlarda bile para isteniyordu. 2002 yılında bütün Türkiye'de 112 acil hizmetlerinde kullanılan sadece 618 ambulans bulunmaktaydı. Yılda taşınan vaka sayısı sadece 383 bindi. Afet ve acil durumlar için özel olarak eğitilmiş sağlık personeli çok azdı. 2002 yılında sağlık harcamaları içinde 112 acil sağlık hizmetleri için ayrılan pay çok düşüktü (binde 3).

C.6.3.3. Hastane Hizmetleri (2002 Yılı)

2002 yılında kamu sektörü, Türkiye'deki toplam yatak kapasitesinin yaklaşık %92'sine sahipti. 2002 yılında, Türkiye'de 1.000 kişiye 2,4 yatak düşmekteydi. Ancak, 1.000 kişiye 3,7 yatağın düştüğü İç Anadolu Bölgesi'ndeki Eskişehir ile 1000 kişiye 0,60 yatağın düştüğü Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki Şırnak karşılaştırıldığında, çok ciddi bölgesel farklılık olduğu görülmektedir.

Ankara, İstanbul ve İzmir; hastane yataklarının neredeyse %36'sına sahipti. Ayrıca hastanelerin büyüklüğü bakımından da ülke genelinde önemli farklılıklar vardı. Örneğin, birinci basamak sağlık ağının bir parçası olan sağlık merkezlerinin 10 yatağı bulunurken, en büyük devlet hastanelerindeki yatak sayısı 1.800'e kadar çıkabiliyordu. Türkiye'deki hastanelerin neredeyse yarısı küçük (50 ve daha az yatak kapasiteli) hastanelerdi. Hastane müracaatları genelde hasta yatak kapasitesi ile orantılıydı. Türkiye'de 2002 yılında hastane doluluk oranı yaklaşık %60 ve ortalama hastanede kalış süresi yaklaşık 5,8 gündü. Bölgeler arasında bu rakamlarda büyük farklılıklar vardı (örneğin, hastane doluluk oranlarında %20 - %82 arası). Genel hastanelerdeki doluluk oranı, dal hastanelerindekinden düşüktü.

Tablo 8. Türkiye'de Hastane Verileri, (2002)

SEKTÖR	Hastane		Yatak		Müracaat		Yatan		Ameliyat	
	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Sağlık Bakanlığı	654	56,6	78.415	47,7	66.231.841	53,3	2.806.588	51,0	518.578	32,4
Üniversite	50	4,3	26.341	16,0	8.823.361	7,1	781.990	14,2	307.108	19,2
Özel	271	23,4	12.387	7,5	4.454.410	3,6	530.359	9,6	208.578	13,0
SSK	120	10,4	28.979	17,6	43.561.287	35,0	1.363.191	24,7	553.839	34,7
Diğer	61	5,3	18.349	11,2	1.242.760	1,0	26.135	0,5	10.259	0,6
Toplam	1.156	100	164.471	100	124.313.659	100	5.508.263	100	1.598.362	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Not: Hastane ve yatak sayısına Milli Savunma Bakanlığına (MSB) ait hastane rakamları dâhildir.

Özellikle, Sağlık Bakanlığı ilçe hastanelerindeki doluluk oranı düşüktü. Uygun personel ve cihaz eksikliği nedeniyle ilçe hastaneleri genellikle yeterince kullanılmıyordu. Genel anlamda, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin doluluk oranları, SSK ve üniversite hastanelerine göre daha düşüktü. Bakım kalitesi ve hasta memnuniyetine ilişkin bu zaman dilimine ait sağlam veriler mevcut olmamasına rağmen, odak grubu tartışmalarına ve bilgilendirici görüşmelere dayanan niteleyici bilgiler, hasta memnuniyeti ve algılanan bakım kalitesi açısından üniversite hastanelerinin birinci sırada yer aldığını ve onları SSK hastanelerinin izlediğini göstermektedir. Düşük maaşlı Sağlık Bakanlığı sağlık personeli, kamu hastalarına bakma konusunda fazla teşvike sahip olmadıkları ve zamanlarını özel çalışarak (muayenehanede) geçirmeyi tercih ettikleri için Sağlık Bakanlığı hastaneleri memnuniyet sıralamasında genel olarak en alt sıralarda yer alıyordu. TÜİK'in yaşam memnuniyeti araştırmasına göre 2003 yılında devlet hastanelerinden memnun olanların oranı %41, üniversite hastanelerinde %46,8, özel hastanelerde %49,3 idi.

2002 yılında ayakta tedavi hastalarının yarısından fazlası Sağlık Bakanlığı hastanelerine geliyordu. Ayakta tedavi hizmetlerinin kullanılması konusunda da bölgesel farklılıklar vardı. Türkiye'de doktora gitme sayısının en düşük olduğu bölge Güneydoğu Anadolu Bölgesi idi. Bu durum, bölgedeki insanların çoğunluğunun sağlık sigortası kapsamında olmadığını ve yeşil kartın ayakta tedavi hizmetlerini karşılamadığı gerçeğini yansıtıyordu.

Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri adeta iki farklı ülkenin sağlık hizmeti sunucuları gibi davranıyordu. Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, SSK üyeleri gibi farklı sosyal güvenlik kapsamı altındaki kesimlerin sistemde temelde sadece belirli hastane gruplarından hizmet alabiliyor olması verimsizliği artırıyordu.

Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde merkeziyetçi yapı bulunmaktaydı. Malzeme ve personel yönetimi esnek ve akılcı değildi. Kamu ve özel sağlık tesislerinin hizmet sunumu karşılığında alacağı ücretlerle ilgili rasyonel bir düzenleme yoktu.

Kamuda çalışan her 4 hekime 1 muayene odası düşüyordu (çalışma saatlerinde diğer 3 hekimle hastaların buluşması mümkün olmuyordu). Diğer taraftan o muayene odasına ulaşp birkaç dakika muayene olabilmek için vatandaşlar saatlerce bekliyordu. Kamu sağlık hizmet sunumundaki aşırı bürokratik süreçler, hem vatandaşı hem de sağlık çalışanlarını bezdirmişti. Vatandaşın isteklerinin ve şikâyetlerinin değerlendirildiği organizasyon yoktu.

Organ ve doku transplantasyonu konusu vatandaşın çaresiz kaldığı bir alandı. Kamu sağlık tesislerinde çok yüksek hasta sevki mevcuttu. Tedavinin bir parçası gibi hem hastalar hem de hekimler hasta sevki işlemini bir rutin olarak benimsemişti.

Kamu sağlık hizmet sunumunda vatandaşın hiçbir tercih hakkı yoktu. Vatandaş hangi hekime muayene olacağını bile kendisi belirleyemiyordu. Hekim seçme hakkı ve hasta hakları birimleri yoktu. 2002 yılında sağlık harcamalarının %42,3'ü hastane hizmetlerine yapılmaktaydı.

C.6.3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (2002 Yılı)

2002 yılında Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri büyük ölçüde piyasa şartlarına terk edilmiş durumdaydı. Vatandaşlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini daha çok muayenehane şeklinde yapılanmış bulunan serbest diş hekimlerinden ceplerinden ödeme yaparak karşılamak zorundaydı.

2002 yılında Türkiye'de 16.371 diş hekimi bulunmasına rağmen Sağlık Bakanlığında istihdam edilen diş hekimi sayısı sadece 3.211 idi. İstihdam edilen hekim sayısının yarısına yetecek kadar diş üniti yoktu. 2002 yılında Sağlık Bakanlığında faal olarak kullanılabilecek diş üniti sayısı sadece 1.071 idi.

İstihdam edilen bu az sayıda hekimin hizmet verebilmesi için yeterli fiziki imkân ve teknik donanım sağlanmamıştı. Ayrıca diş hekimlerinin de diğer hekimler gibi muayenehaneleri vardı ve onları daha çok iş yapmaya teşvik edecek bir ödeme sistemi mevcut değildi. 2002 yılında sağlık harcamalarının %4,8'i ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılmaktaydı.

C.6.3.5. İlaç (2002 Yılı)

2002 yılında Türkiye'de vatandaşların ilaca erişimde büyük zorluklar vardı. Yatan hastaların bile ilaç ihtiyaçlarının tamamı karşılanmıyordu. Örneğin; hastanelerde yatan yeşil kartlı vatandaşların ilacı hastanede varsa karşılanıyordu, yoksa hastane tarafından karşılanmak yerine çoğu zaman vatandaştan isteniyordu. Gelir durumu çok zayıf olan bu vatandaşlar, bu durumda ilaçlarını ceplerinden almak zorunda kalıyordu. Ayaktan muayene olan veya tedavisi yapılan yeşil kartlı vatandaşların ilacını devlet ödemiyor, bu vatandaşlar il veya ilçelerdeki sosyal yardımlaşma vakıflarına yönlendiriliyordu. Pratikte bu vakıfların, ihtiyaçları karşılaması imkânsızdı. Bunun için vatandaş ilaçlarını alabilirse cepten alıyor veya tanıdığı devlet memurunun sağlık karnesine yazdırıyor veya hiç alamıyordu.

Sigortalı vatandaşların bile ilaç erişimi çok zordu. Ayaktan reçeteleri bile SSK hastane eczanelerinden alma zorunluluğu vardı. Fakat vatandaşın uzun uğraşlar neticesi bile bu hastanelerden ihtiyaç duydukları ilaçların tamamına erişmesi nerdeyse imkânsızdı. İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırılması, satışı, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, araştırma-geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili kamunun haklarını koruyacak çağdaş ve rasyonel düzenlemeler yoktu. 2002 yılında toplam sağlık harcamalarının önemli bir bölümü (%37'si) perakende olarak temin edilen ilaç harcamalarına yapılmaktaydı.

C.6.3.6. Sağlık Yönetimi (2002 Yılı)

2002 yılı Türkiye'sinde hastanelerin yönetim ve organizasyonunda performans ve kaliteye dair kavramsal düzeyde bile yaklaşım yoktu. Hastane yöneticilerinin yönetim süreci, satın alma ve personel üzerindeki etkileri sınırlıydı. Mevcut sağlık sistemi, sağlık yöneticilerinin girişimci olmalarına ve inisiyatif almalarına müsaade etmiyordu. Kamu hastanelerinin verimliliğe dayanan finansal yönetim modeli olmayıp, yöneticilere hesap verme sorumluluğu oluşturan raporlama ve denetim sistemleri bulunmamaktaydı.

Sağlık Bakanlığı sektörün bütününe bilgi sağlamak yerine, sadece kendi kurumları ile ilgili istatistik üretmekteydi. Veri toplanmasında ve akışında yeterli organizasyon ve denetim sağlanamadığı için istatistikî sonuçlar güvenilir değildi. Sonuçta bu veriler bilgiye çevrilmemekte ve yönetim amacıyla kullanılmamaktaydı. Sağlık sektöründe "stratejik yönetim" anlayışı uygulanmamaktaydı. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından politika geliştirme ve sektöre yön vermekte yetersizdi. Bilgi sistemlerinin kullanımı tamamen kayıt toplama ve depolama aşamasında kalmış ve böyle olduğu için de bilgi sistemlerinin asıl fonksiyonu olan verinin bilgiye dönüştürülmesi, analiz edilmesi, bu bilginin kullanılması ve yönetime destek olması gibi faydaları sağlanmamıştı.

Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında koordinasyon olmadığından hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlarla paralel yapılamamaktaydı. 2002 yılında sağlık harcamalarının %2,9'u yönetim hizmetlerine yapılmaktaydı.

C.6.4. Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (2002 Yılı)

C.6.4.1. Cari Sağlık Harcamaları: Sağlık harcamalarının %97,6'sını teşkil eden cari sağlık harcamaları içinde en büyük pay ilaç harcamalarına aitti.

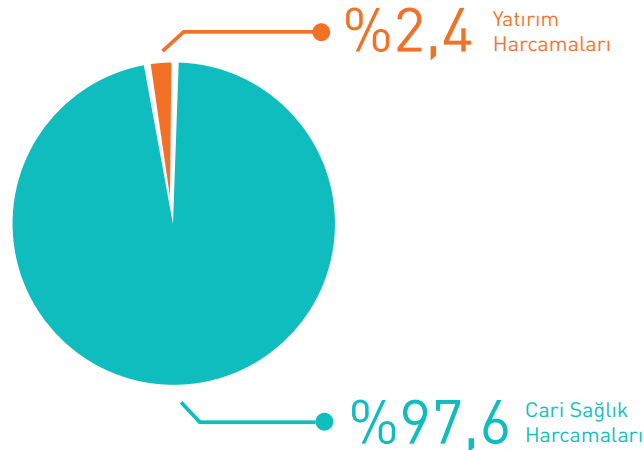
C.6.4.2. Sağlık Yatırım Harcamaları: 2002 yılında yatırım harcamaları içinde en büyük pay yapı tesis harcamalarına aitti.

Tablo 9. Sağlık Harcamalarının Niteliğine Göre Dağılımı, (2002), (milyon TL/USD)

Sağlık Hizmet Niteliği	TL	2013 yılı fiyat-larıyla, TL	USD	SGP USD	%	%
Cari Sağlık Harcamaları	18.331	51.056	12.173	30.035	100,0	97,6
İlaç	7.290	20.304	4.841	11.944	39,8	38,8
Personel	4.446	12.382	2.952	7.284	24,3	23,7
Diğer Cari	1.844	5.136	1.225	3.021	10,1	9,8
Tıbbî Malzeme	1.555	4.331	1.033	2.548	8,5	8,3
Sınıflandıramayan Giderler	992	2.763	659	1.625	5,4	5,3
Hizmet Alımı	921	2.564	611	1.508	5,0	4,9
Sağlık Yönetimi	540	1.503	358	884	2,9	2,9
Kanuni Yükümlülükler	404	1.126	268	662	2,2	2,2
Tıbbî Tetkik	340	947	226	557	1,9	1,8
Yatırım Harcamaları	443	1.234	294	726	100,0	2,4
Yapı Tesis	233	650	155	382	52,7	1,2
Makine Teçhizat	148	411	98	242	33,3	0,8
Onarım	46	127	30	75	10,3	0,2
Diğer	10	27	7	16	2,2	0,1
Ambulans	6	18	4	11	1,5	0,0
Toplam	18.774	52.290	12.467	30.760		100,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi

2002 yılında Türkiye’de sağlık harcamaları niteliğine göre değerlendirildiğinde sağlık harcamalarının %97,6’sının cari sağlık harcamalarından, %2,4’nün yatırım harcamalarından oluştuğu görülmektedir.

Grafik 4. Sağlık Harcamalarının Niteliğine Göre Dağılımı, (2002)

Kaynak: TÜİK

İkinci Bölüm

Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlanan Gelişmeler (2003-2013 Dönemi)

Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlanan Gelişmeler (2003-2013 Dönemi)

2003-2013 döneminde sağlık sistemini etkileyen çok önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeler ayrıntılı bir şekilde kitabın sonuna ek olarak konulmuştur. Aşağıda, yıllar itibarıyla en önemli gelişmeler özetlenmektedir;

A. 2003 Yılı Gelişmeleri

- "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulanmaya başlanmıştır.
- Ödeme yapılamadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sistemi ortadan kaldırılmıştır.
- Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri tüm kırsala yaygınlaştırılmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık işletmelerinde "Toplam Kalite Yönetimi" uygulamaya başlanmıştır.
- Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günleri organize edilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı sağlık işletmelerinde performansa dayalı ek ödeme uygulaması başlatılmıştır.
- Kırsal ve az gelişmiş bölgelerde sözleşmeye dayalı sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır.
- Devlet memurlarına özel sağlık kurumlarından faydalanabilme imkânı getirilmiştir.
- "Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü" ile sigortalıların hem SSK hem de devlet hastanelerinde tedavi olmasına başlanmıştır.
- Vatandaşlarla iletişim kanalları açmak için "Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi" (SABİM) kurulmuş ve hasta haklarına ilişkin düzenlemelerle, hastaların haklarını arayabilecekleri birimler oluşturulmuştur.

B. 2004 Yılı Gelişmeleri

- Geri ödeme kararları için "Geri Ödeme Komisyonu" oluşturulmuştur.
- Şartlı nakit transferi başlatılmıştır. Toplumun mahrumiyetten en fazla etkilenen %6'lık kesimine (gebeler ve çocuklar) ilgili tıbbî denetimlerden geçmeleri kaydıyla nakit para yardımı yapılmaya başlanmıştır.
- İlaçta KDV oranı %18'den %8'e indirilmiştir.
- Sağlık Bakanlığına bağlı olan sağlık meslek liseleri, Milli Eğitim Bakanlığına devredilmiştir.
- İlaçta ürün bazında beş AB ülkesinde (Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz, Yunanistan) en ucuz baz alan referans fiyatlama sistemine geçilmiş, 950 ilacın fiyatında %1 ile %80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmıştır.
- "D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Programı" başlatılarak, bebeklere ve hamilelere ücretsiz olarak demir ilacı ve D vitamini desteği sağlanmaya başlanmıştır.
- Sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımız için 112 acil sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir.
- Bilinçli anneler ve sağlıklı bebekler projesi geliştirilmiş; bebek dostu hastane sayısı arttırılmıştır.
- 81 ilde ücretsiz kanser tarama eğitim merkezleri açılmıştır.
- Doksan günün aşılması kaydıyla yeşil kart alamadan hastalanan yoksul vatandaşların geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması sağlanmıştır.
- Yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi, tetkik, tahlil, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedelleri, devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır.
- "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir.

C. 2005 Yılı Gelişmeleri

- SSK sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile sağlık hizmet sunumu ve sağlık finansmanı ayrılmıştır. SSK eczaneleri kapatılmış, SSK'lıların özel eczanelerden ilaç alabilmesinin önü açılmıştır.
- Emekli Sandığı'nda eşdeğer grubunda en ucuz ilacın %30'una kadar ödeme yapılmasını içeren muadil ilaç uygulamasına geçilmiştir.
- Kurumsal kriterler ve kalite kriterleri, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine" eklenmiştir.
- Hasta odalarının tek veya en fazla iki kişilik olacağı hükmü getirilerek koğuş sisteminden içinde banyosu, tuvaleti olan, televizyon ve buzdolabı konforuna sahip, en fazla iki kişilik nitelikli oda sistemine geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde her klinisyen hekime bir muayene odası zorunluluğu getirilmiş, hastalara hekim seçme imkânı sağlanmıştır.
- Sağlık kurumlarında hasta hakları birimleri ile hasta hakları kurulları oluşturulması zorunlu tutulmuştur.
- Yeşil kartlı hastalardan %20 oranında ilaç katılım payı alınmaya başlanmıştır.
- 112 acil sağlık hizmetleri ile şehir içi veya şehir dışındaki diğer bir sağlık kurum veya kuruluşuna ambulansla sevk tüm vatandaşlar için ücretsiz hale getirilmiştir.
- Yerli hammadde kullanan jenerik ilaçların fiyatlarının orijinal ürünün %80'ine kadar olabileceği hükmü %70'e çekilmiştir.
- Hekimlere yönelik mecburi hizmet uygulaması geri getirilmiştir.
- Sağlık yatırımlarında Kamu Özel Ortaklığı (KÖÖ) modeli için Temel Sağlık Kanununda değişiklik öngören madde, TBMM'de kabul edilmiştir.
- 15 Eylül 2005 tarihinde pilot il olarak seçilen Düzce'de Aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır.
- "Toplum Sağlığı Merkezleri" oluşturulmuştur.

D. 2006 Yılı Gelişmeleri

- İlaçlar için tüm kurumların ortak olarak kullanacağı pozitif liste oluşturulmuştur.
- Sağlık Bakanlığı, uygulamaların yerinde takip edilmesi ve sahada yaşanan problemlerle ilgili çözüm önerilerinde bulunması için, saha koordinatörlüğü uygulamasını başlatmıştır.
- "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" başlatılmış; aşılama programına kızamıkçık, kabakulak, menenjit aşılı dâhil edilmiştir.
- Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan verem hastaları ile temaslılarına veremle ilgili tanı, tedavi, takip ve koruma hizmetlerinin ücretsiz olarak verileceği kararlaştırılmıştır.
- 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiş ve mevcut sosyal güvenlik kuruluşları (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) birleştirilmiştir.
- 15 Mayıs 2006 tarihinden itibaren, eşdeğer ilaç gruplarında en ucuz ilacın %30 fazlasına kadar ödeme yapılmakta iken bu oran %22'ye düşürülmüştür.
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile vatandaşa farklı standartlarda sunulan sağlık hizmetleri ortak bir standarda kavuşturulmuş tüm toplumu içine alan zorunlu Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulmuştur.
- Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmeler için global bütçe, uygulanmaya başlanmıştır.
- 1 Temmuz 2006 tarihinden geçerli olmak üzere pozitif listedeki ilaç sayısı azaltılmış ve ayaktan tedavide vaka başı ödeme sistemine geçilmiştir.
- SGK'da ilaç harcaması takip sistemi kurulmuş ve "MEDULA" sistemi başlatılmıştır.
- "Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı" imzalanarak, "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" hazırlanmıştır.
- Yenidoğanların fenilketonüri ve Konjenital Hipotiroidi yönünden taranması amacıyla "Neonatal Tarama Programı" başlatılmıştır.

E. 2007 Yılı Gelişmeleri

- Sağlık Bakanlığı işletmelerinin döner sermaye tahsilatlarından kesilen hazine payı oranı %15'den %1'e indirilmiştir.
- Kar paletli ambulanslar ve deniz ambulansları hizmete alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerin toplu alım yapmasıyla ilgili düzenlemeler yapılmıştır.
- Emekli Sandığı mensupları gibi, SSK ve BAĞ-KUR mensuplarının da SGK ile sözleşmeli üniversite hastanelerine ve sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebilmesi imkânı sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve SGK arasında yapılan anlaşmayla birinci basamak sağlık hizmet ödemelerinin götürü bedel hizmet alım sözleşmeleriyle ödenmesine başlanmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde faturalama kaldırılmıştır.
- Sosyal güvenlik kapsamında olmasalar bile tüm vatandaşlara birinci basamak hizmetlerinden ücretsiz yararlanma imkânı verilmiştir.
- SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde ayaktan ve yatan hastalar için paket fiyat uygulamaları getirilmiştir.
- SGK ile sözleşmeli hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbî malzeme dahil tüm sağlık hizmetlerini sağlaması zorunluluğu getirilmiştir.
- SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelere MEDULA sistemini kullanma zorunluluğu getirilmiştir.
- 506 sayılı kanun kapsamındaki aktif sigortalılar hariç sigortalıların hastanelere müracaatlarında vizite ve sevk kâğıtları kaldırılmıştır. Hastanelere sağlık karnesi ve T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi ile müracaat edebilmenin yolu açılmıştır.

F. 2008 Yılı Gelişmeleri

- Sağlık Bakanlığı hastaneleri Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca belirlenen finansal risk kriterlerine göre izlenmeye başlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşların birbirlerinden mal ve hizmet alabilmesine yönelik düzenleme yapılmıştır.
- Tütün ürünlerinin kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında, taksi hizmeti verenler dâhil olmak üzere toplu taşıma araçlarında, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında ve lokanta ve kahvehane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde, tüketilmesi yasaklanmıştır.
- Özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma prosedürleri yenilenmiş ve sağlık personeli çalıştırılması dâhil sağlık tesisi açılmasına planlama getirilmiştir.
- İlaçta “karekod” adıyla yeni bir tanımlayıcı uygulamaya konulmuştur.
- Pentavalan aşılar, rutin bağışıklama programına alınmıştır. Konjuge Pnömonokok aşısının kullanımı başlatılmıştır.
- “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri” başlatılmıştır.
- Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan tüm sağlık kuruluşlarına, tüm acil vakaları kabul etme ve gerekli tıbbî müdahaleyi yapma zorunluluğu getirilmiştir.
- Özel sağlık hizmeti sunucularının otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri dışındaki işlemler için sigortalılardan en fazla SGK tarafından ödenen bedelin %30’una kadar ilave ücret talep edebilecekleri düzenlenmiştir.
- Hava ambulans sistemi hizmet vermeye başlamıştır.
- SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı Kanunları yürürlükten kaldırılmış, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması başlatılmıştır.
- Ayaktan tedavilerde katılım payı alınmaya başlanmıştır. İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 3 TL, eğitim araştırma hastanelerinde 4 TL, üniversite hastanelerinde 6 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 10 TL muayene katılım payı alınmaya başlanmıştır.
- Özel Hastanelerin yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp cerrahi işlemlerinden fark alması yasaklanmıştır.
- Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilme imkânı sağlanmıştır. SSK’lı ve BAĞ-KUR’luların sağlık hizmeti alabilmesi için 120 gün olan prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.
- 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamındaki idarelerin teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımları kamu ihale kanunundan istisna edilmiştir.

G. 2009 Yılı Gelişmeleri

- Eş değer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin ödenmesinde dikkate alınan %22 oranı %15 olarak değiştirilmiştir.
- Evde sağlık hizmetleri uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı ile SGK sağlık hizmet ödemelerinin hizmet alım sözleşmesi ile alınıp ödenmesi uygulaması Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere ve ağız diş sağlığı merkezlerine yaygınlaştırılmış ve buralarda da faturalama kaldırılmıştır.
- İlaç harcamalarında sürdürülebilirlik ve öngörülebilirlik sağlamak amacıyla ilaç sektöründe 2010-2012 yılı için global bütçe uygulaması başlatılmıştır. Global bütçe hedeflerinin tutturulmasına ilişkin olarak, orijinal ilaç olup jeneriği piyasada olan ilaçların imalati fiyatı referans fiyatın %100 iken %66 ya çekilmiştir. Orijinal olup jeneriği olmayan veya jeneriği piyasada olmayan ilaçlarda, %100 imalati fiyatın alınmasına devam edilmiş, ancak SGK tarafından uygulanan kamu iskontosu baz oranı %11'den %23'e çıkarılmıştır. Jenerik ilaçların fiyatının tespitinde imalati referans fiyatın %80'i fiyat alırken, yapılan düzenleme ile bu oran %66'ya çekilmiştir. Daha önce 20 yıllık statüsünde olan ilaçlarda referans fiyat dikkate alınarak fiyat tespiti yapılmazken, yapılan düzenleme ile referans fiyat alması sağlanmış ve referans imalati fiyatın %100' alınması kararlaştırılmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda "Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi" (MKYS)'den, fiyat sorgulama ve yaklaşık maliyet belirleme zorunlu hale getirilmiştir. Azami Stok Uygulaması" başlatılarak stok seviyeleri en fazla 3 ayla sınırlandırılmıştır. Gereksiz stokların eritilmesi ve miadı geçme riski taşıyan ürünlerin yayii olmasının önlenmesi için MKYS sisteminde "Stok Fazlası Taşınır Modülü" ve "İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü" oluşturularak stok maliyetlerinde önemli tasarruflar sağlanmıştir.
- Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda hizmet alımıyla çalıştırılacak personelle ilgili sayı ve ücret standartları geliştirilerek, ödenebilecek kr oranı %20'den %8'e dşrlmştir.

- Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar için “İl Stok Havuzu” oluşturularak illerde “Stok Koordinasyon Ekipleri” ile “Merkezi Satın Alma Birimleri” kurulmuştur. İldeki bütün stoklar il stok havuzuna dâhil edilmiştir. Küçük hastanelerin satın alma yapması sınırlandırılarak ihtiyaçlarının büyük hastanelerce karşılanması uygulamasına geçilmiştir. Bu düzenleme ile ilaç ve tıbbî malzeme satın alma yapan hastane sayısı 835’den 312’ye düşürülmüş, ilaç ve tıbbî malzeme alımlarının il düzeyinde toplu olarak yapılacak çerçeve anlaşmalarla karşılanması zorunlu hale getirilmiştir.
- Eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesini, değerlendirilmesini ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik çalışmaları yapmak üzere “Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu” kurulmuştur.
- Özel sağlık hizmet sunucularının SGK tarafından belirlenen ölçütlere göre yapılacak sınıflandırma sonucunda sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %70’ine kadar ilave ücret alabilecekleri hükmü getirilmiştir.

H. 2010 Yılı Gelişmeleri

- SGK tarafından "Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge" ile özel hastaneler sınıflandırılmış ve sınıflar itibarıyla %30-%70 arasında değışiklik gösteren fark ücretleri belirlenmiştir.
- Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık ödemeleri SGK'ya devredilmiştir.
- Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Personelinin Tam Gün Çalışmasına dair kanun kabul edilmiştir.
- Sağlık Personeli için nöbet saat ücretleri artırılarak, aylık 80 saat olan ödeme sınırı 130 saate çıkarılmıştır. Nöbet ücreti alabileceklere sağlık personeli dışındaki personelde eklenmiş, nöbet ücretinin ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde ödenebilmesinin önü açılmıştır.
- Hekimlerin performansla bağı aldıkları ek ödemelerin bir miktarının maaş gibi garanti olarak peşin bir şekilde ödenmesi sağlanmış, bu tutarlardan SGK primi kesilerek hekimlerin ikinci bir emekli maaşı almalarının imkânı sağlanmıştır.
- Hekimlere yönelik olarak hatalı tıbbî uygulamalara karşı oluşabilecek tazminat hakkını güvence altına almak için, "Tıbbî Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" uygulaması getirilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı ve bağı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar ile üniversitelerin ilgili birimlerinin, karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilmelerine imkân tanınmıştır.
- Türkiye Kızılay Derneğine (KIZILAY) ait olan hastane ve tıp merkezlerinin yapılacak protokolle Sağlık Bakanlığına devredilmesine yönelik kanuni düzenleme yapılmıştır.
- Bulaşıcı hastalıkların takip edilmesi amacıyla "Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi" (EUYS) çalışmaları başlatılmıştır.
- "Merkezi Hastane Randevu Sistemi" pilot uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hastane yöneticileri için "Yönetici Performansı" uygulaması başlatılmıştır.
- Hava ambulans sistemine uçak ambulanslar da dâhil edilmiştir.
- Mali durumu bozuk olan üniversite hastanelerine 377 milyon TL Hazine yardımı yapılmasına karar verilerek, bu yardımın 209 milyon TL' si 2010 yılı sonuna kadar 168 milyon TL' si ise 2011 yılında yapılmıştır.
- Yeşil kartlı vatandaşların dış kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ve özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmesinin önü açılmıştır.
- "İlaç Takip Sistemi" (İTS) pilot uygulaması başlatılmıştır.

I. 2011 Yılı Gelişmeleri

- Üniversite hastanelerine özel muayene katkısı olarak hastalardan ekstra ücret talep edemeyecek olmaları nedeniyle oluşabilecek mali sıkıntının önlenmesi amacıyla, 2011 yılına mahsus olmak üzere yıllık 448 milyon TL'lik öğretim üyesi farkı üniversitelere bütçeden aktarılmıştır.
- Sigarayı bırakma tedavisi alan hastalar için kullanılacak ilaçların ücretsiz dağıtımı sağlanmıştır.
- Meslek tanımı olmayan sağlık mesleklerinin tanımı yapılmıştır.
- Çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla "Çocuk İzleme Merkezleri" (ÇİM) kurulmaya başlanmıştır.
- Kamuya bağlı hastanelerde vefat eden ve sosyal güvenceden yaralanamayan aynı zamanda ödeme gücü olmayan kişilerin borçlarının terkin edilmesine yönelik düzenleme yapılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı arasında 10 yıllık protokol ile sağlık kurumlarındaki ticari alanların ve aile hekimliği merkezlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından kiraya verilebilmesinin önü açılmıştır.
- 112 personelinin bütün mesaisi boyunca yiyecek ihtiyaçlarının ücretsiz olarak temin edilmesi uygulaması başlatılmıştır.
- Orijinal ilaç olup jeneriği piyasada olan ilaçların imalatçı fiyatı referans fiyatın %66 iken %60'a çekilmiş. Tüm ilaçlarda %32,5 olan kamu iskontosu 7,5 puan artırılarak %40'a çıkarılmıştır. Orijinal olup jeneriği olmayan veya jeneriği piyasada olmayan ilaçlarda uygulanan kamu iskontosu baz oranı %41'e çıkarılmıştır. Daha önce 20 yıllık statüsünde olan ilaçlarda referans fiyatın %100'ünü alırken yapılan düzenleme ile referans imalatçı fiyatın %80'ni alınması kararlaştırılmıştır. Aynı eşdeğer grubu içindeki ilaçlarda uygulanan %15 bandının (en ucuz birimli ilacın %15 fazlasına kadar ödenmesi) %10'a düşürülmesine karar verilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Teşkilat yasası yenilenmiş, değişiklik ile Bakanlık teşkilatı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye ilaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.

J. 2012 Yılı Gelişmeleri

- Acil müracaatlarda triaj muayenesine göre ayaktan tedavide katılım payı alınmasına başlanmıştır.
- Yeşil kartlı vatandaşların sağlık ödemeleri SGK'ya devredilmiştir.
- Aile hekimlerince yazılan reçetelerden 3 TL katkı payı alınmaya başlanmıştır.
- İlaç üretiminde kullanılan ithal ilaç hammaddelerinden alınan KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür.
- Özel hastanelerin, hastalardan alabileceği ilave ücretlerin üst sınırı %70'den %90'a çıkarılmıştır.
- Toplu görüşmeler neticesi "Hakem Kurulu Kararı" ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında önemli iyileştirmeler yapılmıştır.
- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile öngöröldüğü şekilde Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılanmıştır. Taşra teşkilatında il sağlık müdürlüklerine ilaveten ilçe sağlık müdürlükleri oluşturulmuştur. Halk sağlığı kurumu için illerde halk sağlığı müdürlükleri, Kamu Hastaneleri Kurumu için genel sekreterlikler oluşturulmuştur. Genel sekreterlikteki tüm personel ile hastane ve ağız ve diş sağlığı merkezlerindeki yöneticilerin tümü sözleşmeli hale getirilmiştir.
- Kanseri erken tarama (meme, rahim ağzı, kalın bağırsak) harcamalarının Sağlık Bakanlığı global bütçesine eklenmesi kararlaştırılmıştır.

K. 2013 Yılı Gelişmeleri

- Birinci Basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi için Aile hekimliği sisteminde çalışanların çalışma usul ve esaslarını düzenleyen “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” yayımlanmıştır.
- AB ülkelerinde yayımlanan İyi Dağıtım Uygulamaları (GDP) Kılavuzu’nun ülkemize uyarlanması ile ilgili çalışma başlatılmıştır.
- Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü iş birliği ile sağlık tesislerinde uzun süreli tedavi gören hasta/hasta yakını ve hastane çalışanlarına yönelik kişilerin moral ve motivasyonunu artırmak amacıyla planlanan “Öğrenen Hastane Projesi” için çalışmalar başlatılıp bu kapsamda 13 il ve 15 sağlık tesisinde pilot uygulaması başlatılmıştır.
- Avrupa Birliği standartları ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde, insanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılması ve gönüllülerin haklarının korunmasına dair usûl ve esaslar içeren Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik yayımlanmıştır.
- Akılcı ilaç kullanımını destekleyecek faaliyetlerin yürütülmesi için koordinasyon ve işbirliğini sağlamak ve etki edilen taraflarda davranış değişikliği oluşturmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır.
- Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyelerinin mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için SGK tarafından belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin üniversite yönetim kurulu kararıyla öğretim üyelerinin unvanları itibarıyla belirlenen miktarda ilave ücret alınabilmesine yönelik kanun değişikliği yapılmıştır.
- Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Yönerge yürürlüğe girmiştir
- Bakanlar kurulu kararı ile özel hastane fark ücreti tavanı %90 dan %200’e yükseltilmiştir.
- Reçete Bilgi Sistemi (RBS) ile Kasım 2013’ten itibaren tüm aile hekimlerine kendi reçeteleri ile ilgili geri bildirim verilmeye başlanmıştır.
- Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Standartları ve Yerinde Değerlendirme Kriterleri oluşturulmuştur.

Üçüncü Bölüm

Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

A. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları

Türkiye’de 2002-2013 dönemi gerçekleşen toplam sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

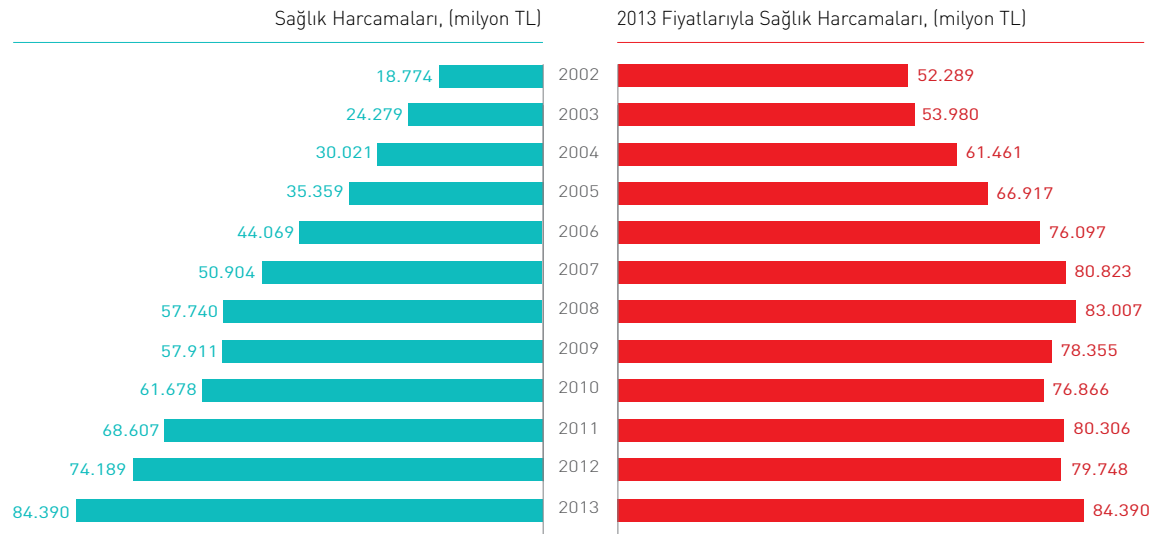
Tablo 10. Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	18.774	52.289	12.467	30.760
2003	24.279	53.980	16.261	31.497
2004	30.021	61.461	21.107	37.050
2005	35.359	66.917	26.372	42.568
2006	44.069	76.097	30.793	52.062
2007	50.904	80.823	39.112	58.854
2008	57.740	83.007	44.659	64.872
2009	57.911	78.355	37.434	63.733
2010	61.678	76.866	41.108	65.578
2011	68.607	80.306	41.082	69.516
2012	74.189	79.748	41.388	70.466
2013	84.390	84.390	44.385	76.844
2002-2013 Artış (Kat)	3,5	0,6	2,6	1,5

Kaynak: TÜİK

2002-2013 yılları arası sağlık harcamaları nominal olarak %350 reel olarak ise %61 artmıştır.

Grafik 5. Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)



Kaynak: TÜİK

B. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

Türkiye’de 2002-2013 dönemi gerçekleşen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

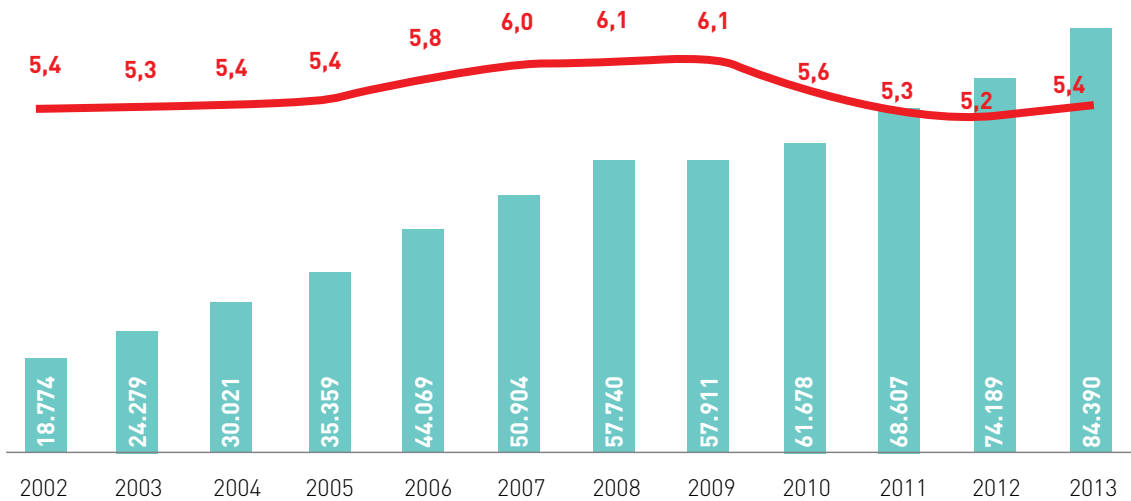
Tablo 11. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Yıllar	Sağlık Harcamaları, Milyon TL	GSYH, Milyon TL	Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)	OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)
2002	18.774	350.476	5,4	8,3
2003	24.279	454.781	5,3	8,5
2004	30.021	559.033	5,4	8,6
2005	35.359	648.932	5,4	8,7
2006	44.069	758.391	5,8	8,6
2007	50.904	843.178	6,0	8,6
2008	57.740	950.534	6,1	8,9
2009	57.911	952.559	6,1	9,6
2010	61.678	1.098.799	5,6	9,4
2011	68.607	1.297.713	5,3	9,3
2012	74.189	1.416.798	5,2	9,2
2013	84.390	1.565.181	5,4	-

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data

2002-2013 yıllarındaki sağlık hizmetlerinde sağlanan gelişmelere rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı değişmemiştir (%5,4). OECD 2012 yılı ortalaması olan %9,2’e kıyasla oldukça düşük olan bu oranın, Türkiye’deki yaşlı/çocuk nüfus oranı ve sağlık personel sayısı gibi faktörler dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Grafik 6. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: TÜİK

— Milyon TL

— GSYH İçindeki Payı (%)

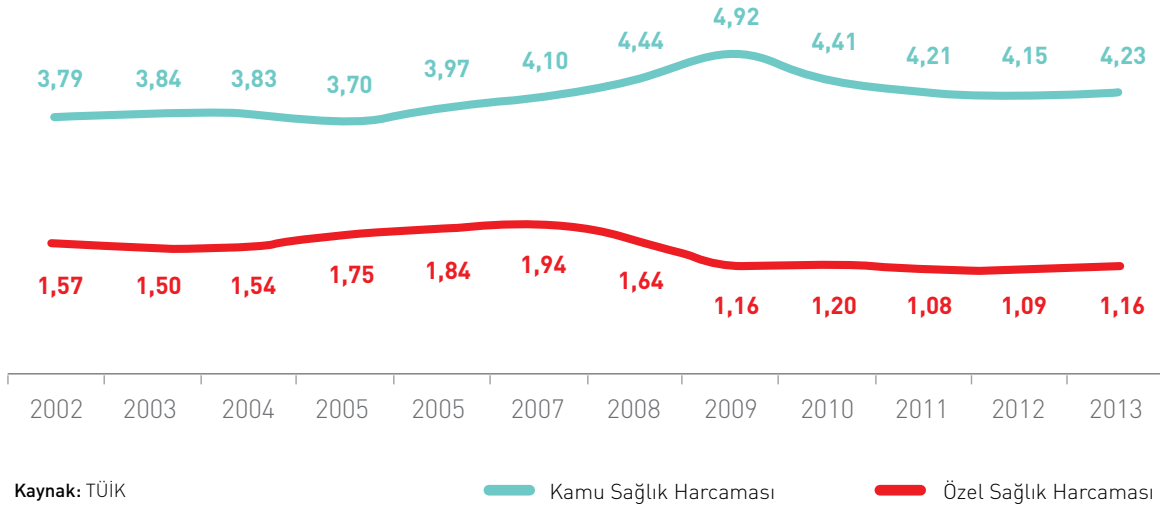
Tablo 12. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kamu Sağlık Harcamaları	3,79	3,84	3,83	3,70	3,97	4,10	4,44	4,92	4,41	4,21	4,15	4,23
Özel Sağlık Harcamaları	1,57	1,50	1,54	1,75	1,84	1,94	1,64	1,16	1,20	1,08	1,09	1,16
Toplam Sağlık Harcamaları	5,36	5,34	5,37	5,45	5,81	6,04	6,07	6,08	5,61	5,29	5,24	5,39

Kaynak: TÜİK

2002 ile 2013 yılları karşılaştırıldığında Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH oranı (%5,4) değişmemiştir. Fakat finansman yapısı değişmiştir. 2002 yılında sağlık harcamalarının GSYH’ya oranının %3,8’ini kamu finanse ediyor iken bu oran 2013’de %4,2’e yükselmiştir.

Grafik 7. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)



C. Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Türkiye’de 2002-2013 dönemi yıllara göre kişi başı sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

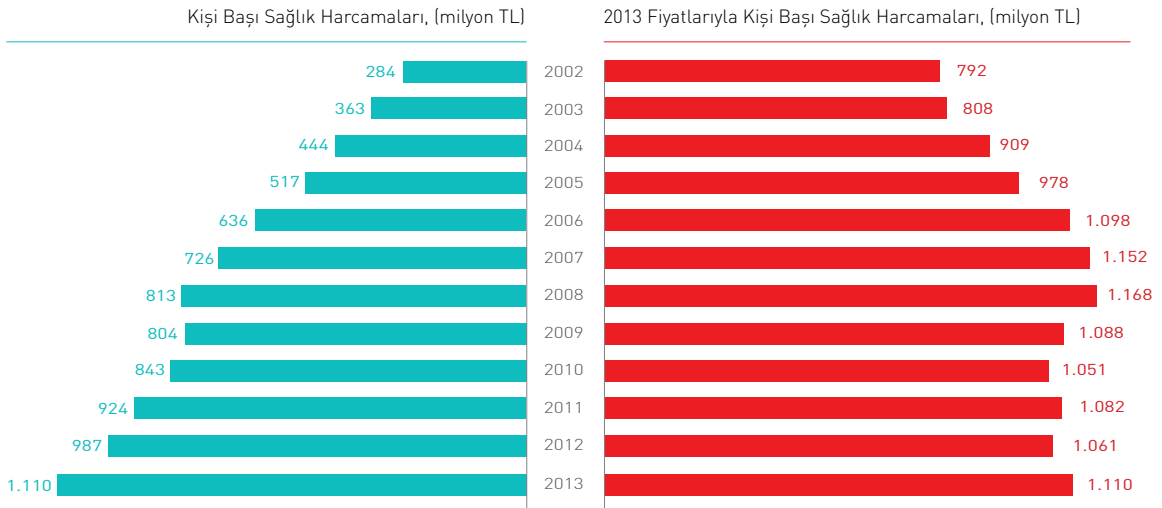
Tablo 13. Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)

Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	284	792	189	466
2003	363	808	243	472
2004	444	909	312	548
2005	517	978	385	622
2006	636	1.098	444	751
2007	726	1.152	557	839
2008	813	1.168	629	913
2009	804	1.088	520	885
2010	843	1.051	562	897
2011	924	1.082	553	937
2012	987	1.061	551	937
2013	1.110	1.110	584	1.010
2002-2013 Artış (Kat)	2,90	0,40	2,09	1,17

Kaynak: TÜİK

2002-2013 döneminde kişi başı sağlık harcamaları nominal olarak %290, reel olarak %40 artmıştır. Bu dönemde Türkiye'deki ekonomik gelişmelere paralel olarak ABD doları cinsinden kişi başı kamu sağlık harcamaları %209, ABD doları cinsinden satın alma gücü paritesi olarak ise %117 artmıştır.

Grafik 8. Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)



Kaynak: TÜİK

Tablo 14. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)

Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	201	560	134	329
2003	261	581	175	339
2004	316	648	222	391
2005	351	663	261	422
2006	435	750	304	513
2007	492	781	378	569
2008	593	853	459	667
2009	651	881	421	716
2010	663	826	442	705
2011	735	861	440	745
2012	782	841	436	743
2013	871	871	458	793
2002-2013 Artış (Kat)	3,33	0,56	2,43	1,41

Kaynak: TÜİK

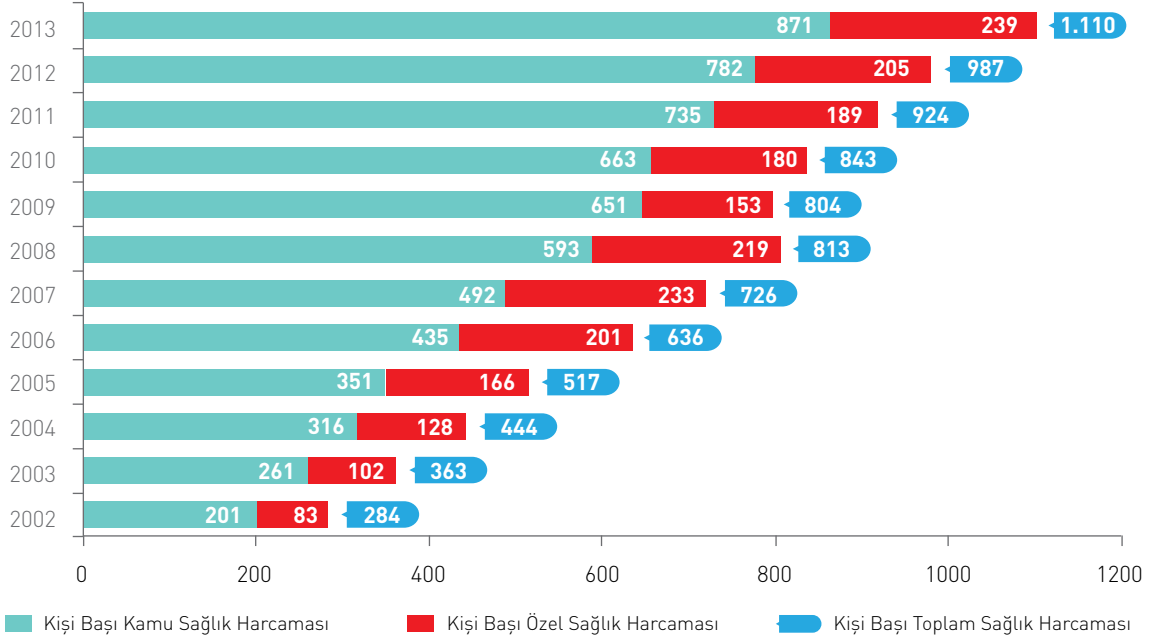
2002-2013 döneminde kişi başı kamu sağlık harcamaları nominal olarak %333, reel olarak %56 artmıştır.

Tablo 15. Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)

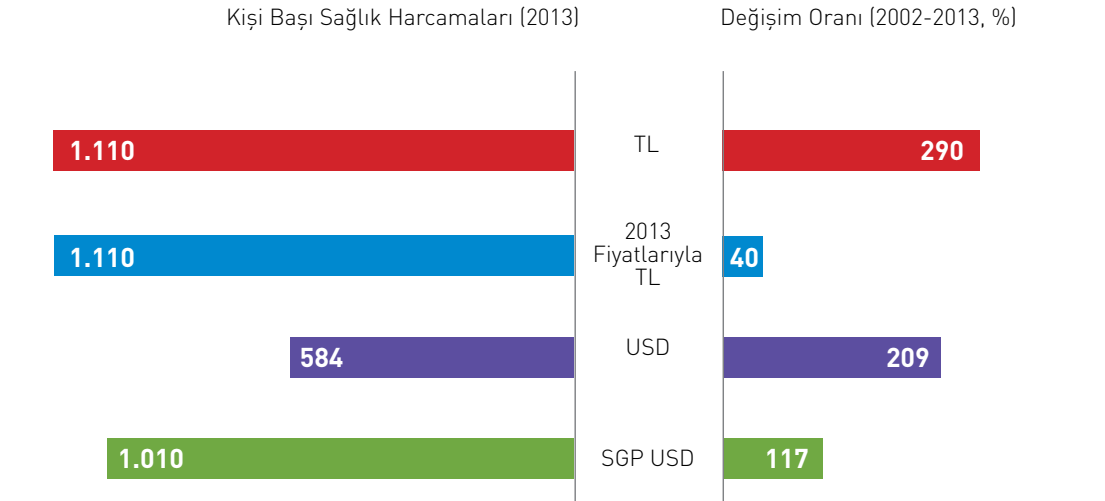
Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	83	232	55	137
2003	102	227	68	132
2004	128	261	90	158
2005	166	314	124	200
2006	201	348	141	238
2007	233	371	179	270
2008	219	315	170	246
2009	153	207	99	168
2010	180	225	120	192
2011	189	221	113	191
2012	205	220	114	195
2013	239	239	126	217
2002-2013 Artış (Kat)	1,86	0,03	1,27	0,59

Kaynak: TÜİK

Kişi başı özel sağlık harcamaları nominal olarak %186, reel olarak %3 artmıştır.

Grafik 9. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)

Kaynak: TÜİK

Grafik 10. Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Değişimi, (2002, 2013), (TL/USD)

Kaynak: TÜİK

Dördüncü Bölüm

Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

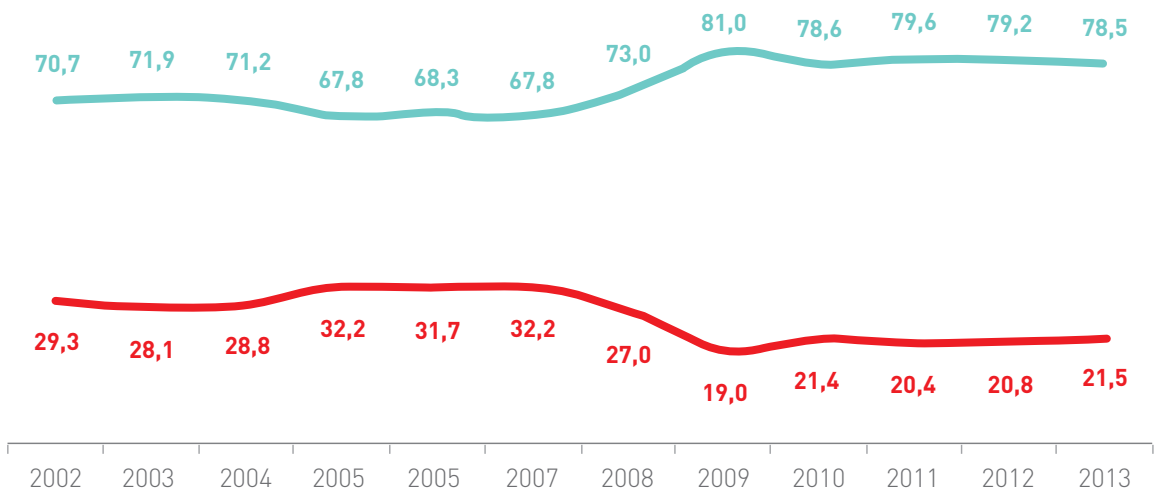
Tablo 16. Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

Yıllar	Kamu Sağlık Harcaması	Özel Sağlık Harcaması	Toplam Sağlık Harcaması	Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)	Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%)
2002	13.270	5.504	18.774	70,7	29,3
2003	17.462	6.817	24.279	71,9	28,1
2004	21.389	8.632	30.021	71,2	28,8
2005	23.987	11.372	35.359	67,8	32,2
2006	30.116	13.953	44.069	68,3	31,7
2007	34.530	16.374	50.904	67,8	32,2
2008	42.159	15.580	57.740	73,0	27,0
2009	46.890	11.021	57.911	81,0	19,0
2010	48.482	13.196	61.678	78,6	21,4
2011	54.580	14.028	68.607	79,6	20,4
2012	58.785	15.404	74.189	79,2	20,8
2013	66.228	18.162	84.390	78,5	21,5

Kaynak: TÜİK

Türkiye’de 2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının finansman yapısında önemli değişiklikler olmuştur. 2002 yılında sağlık harcamalarının %70,7’si kamu tarafından %29,3’ü ise özel harcamalardan finanse ediliyor iken, 2013 yılında kamu finansman payı %78,5’e yükselmiş ve özel sektörün finansman payı ise %21,5’e düşmüştür. Türkiye’de 2002-2013 döneminde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun payı artmıştır.

Grafik 11. Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (%)

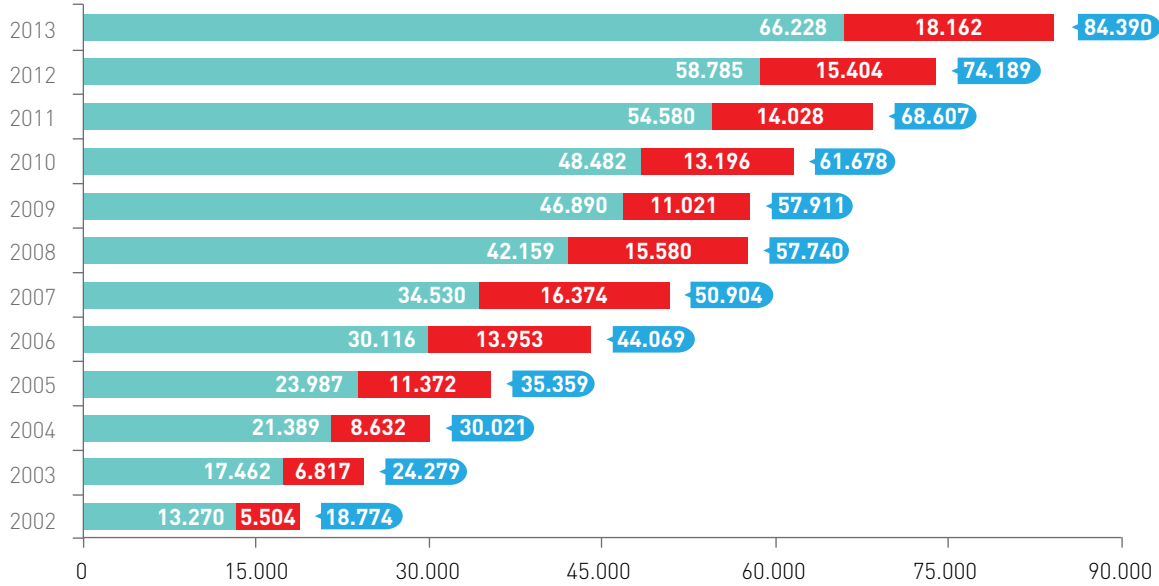


Kaynak: TÜİK

— Kamu Sağlık Harcaması

— Özel Sağlık Harcaması

Grafik 12. Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)



Kaynak: TÜİK

Kamu Sağlık Harcaması

Özel Sağlık Harcaması

Toplam Sağlık Harcaması

2002-2013 dönemi sağlık harcamalarının finansmanını sağlayanlar açısından yapısal değişikliklerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde sosyal güvenlik kurumları birleştirilmiş, devlet memurları ve yeşil kartlıların ödemeleri SGK'ya devredilmiştir.

Tablo 17. Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (2002-2013), (TL/USD)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2
	%	40,6	43,9	44,1	39,6	40,1	38,7	43,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	
Merkezi Yönetim	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5
	%	28,1	26,0	25,5	26,9	26,7	27,4	27,6	31,0	27,9	27,8	22,2	21,8	
Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları	TL	356	482	500	467	683	867	865	667	577	557	662	810	1,3
	%	1,9	2,0	1,7	1,3	1,6	1,7	1,5	1,2	0,9	0,8	0,9	1,0	
Kamu Sağlık Harcamaları	TL	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	4,0
	%	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	
Cepten Harcamalar	TL	3.725	4.482	5.775	8.049	9.684	11.105	10.036	8.142	10.062	10.590	11.750	14.156	2,8
	%	19,8	18,5	19,2	22,8	22,0	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	
Diğer Özel Sağlık Harcamaları	TL	1.779	2.335	2.856	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	1,3
	%	9,5	9,6	9,5	9,4	9,7	10,4	9,6	5,0	5,1	5,0	4,9	4,7	
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	2,3
	%	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

Kaynak: TÜİK

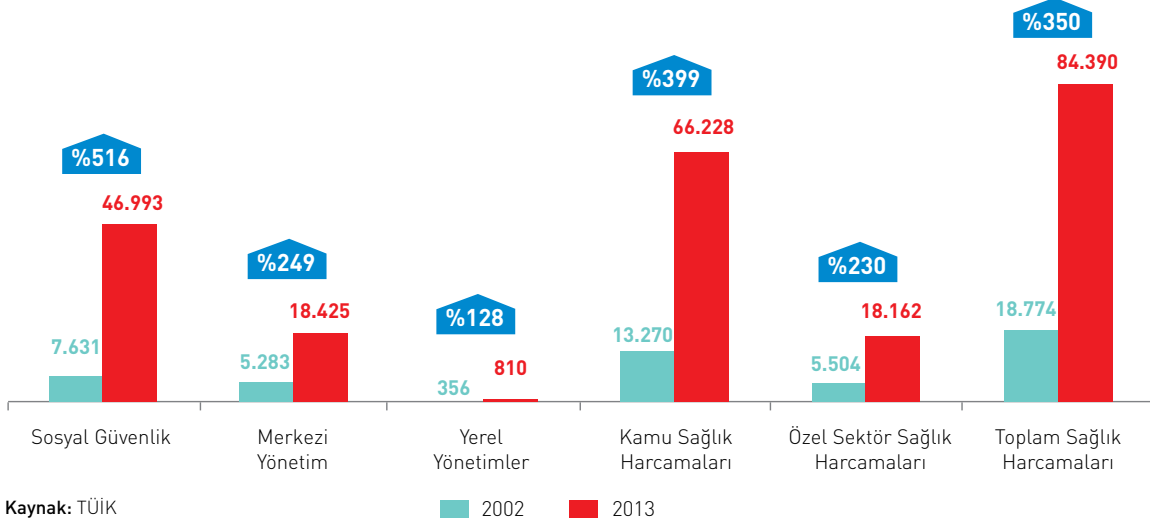
2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlar açısından en önemli artış SGK'nın harcamalarında yaşanmıştır. 2002 yılına göre 2013 yılında SGK'nın sağlık harcamalarında 5,2 kata yakın artış olmuştur. Bu artışın en önemli sebepleri olarak, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrini, özel hastanelerin SGK'lılara açılmasını, ilaca ve diğer sağlık hizmetlerinde erişimin kolaylaştırılmasını, memurların ve yeşil kartlıların sağlık giderlerinin SGK tarafından karşılanmaya başlamasını sayabiliriz.

Tablo 18. Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı (Detay), (2002-2013), (milyon TL)

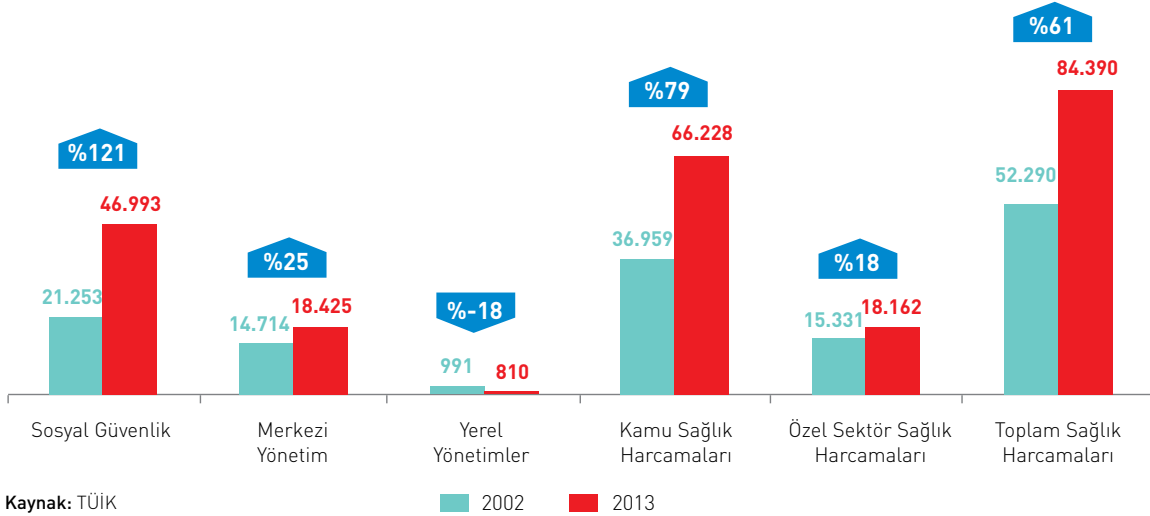
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış [Kat]
Sosyal Sigortalar Kurumu	TL	3.596	4.981	6.717	7.458	11.107	SGK (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Dahil)			SGK (Memurlar Dahil)		SGK (Yeşil Kart Dahil)		
	%	19,2	20,5	22,4	21,1	25,2								
Bağ-Kur	TL	2.195	3.183	3.719	3.626	3.816								
	%	11,7	13,1	12,4	10,3	8,7								
Emekli Sandığı	TL	1.840	2.498	2.795	2.917	2.744								
	%	9,8	10,3	9,3	8,2	6,2								
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2
	%	40,6	43,9	44,1	39,6	40,1	38,7	43,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	
Kamu Görevlileri	TL	1.654	2.035	2.524	2.277	2.513	2.807	2.822	3.336	804	280	308	336	-0,8
	%	8,8	8,4	8,4	6,4	5,7	5,5	4,9	5,8	1,3	0,4	0,4	0,4	
Yeşil Kart	TL	538	665	756	1.667	2.911	3.914	4.030	5.473	4.867	5.106	228	1	-1,0
	%	2,9	2,7	2,5	4,7	6,6	7,7	7,0	9,5	7,9	7,4	0,3	0,0	
Sağlık Bakanlığı	TL	2.435	2.953	3.571	4.847	5.668	6.573	8.062	8.417	10.526	12.156	14.827	16.460	5,8
	%	13,0	12,2	11,9	13,7	12,9	12,9	14,0	14,5	17,1	17,7	20,0	19,5	
Üniversiteler	TL	195	229	379	464	509	605	651	702	824	893	959	1.040	4,3
	%	1,0	0,9	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	
Diğer Kamu	TL	461	435	428	264	166	66	384	17	188	651	171	589	0,3
	%	2,5	1,8	1,4	0,7	0,4	0,1	0,7	0,0	0,3	0,9	0,2	0,7	
Merkezi Yönetim	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5
	%	28,1	26,0	25,5	26,9	26,7	27,4	27,6	31,0	27,9	27,8	22,2	21,8	
Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları	TL	356	482	500	467	683	867	865	667	577	557	662	810	1,3
	%	1,9	2,0	1,7	1,3	1,6	1,7	1,5	1,2	0,9	0,8	0,9	1,0	
Kamu Sağlık Harcamaları	TL	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	4,0
	%	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	
Cepten Harcamalar	TL	3.725	4.482	5.775	8.049	9.684	11.105	10.036	8.142	10.062	10.590	11.750	14.156	2,8
	%	19,8	18,5	19,2	22,8	22,0	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	
Diğer Özel Sağlık Harcamaları	TL	1.779	2.335	2.856	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	1,3
	%	9,5	9,6	9,5	9,4	9,7	10,4	9,6	5,0	5,1	5,0	4,9	4,7	
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	2,3
	%	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	
Toplam Sağlık Harcamaları	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler

Grafik 13. Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)



Grafik 14. Finansmanı Sağlayanlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (2013 yılı fiyatlarıyla), (milyon TL)



Bu dönemde, reel olarak en önemli sağlık harcaması artışı (özellikle sosyal güvenlik kurumlarının birleşmesi ve kapsamın genişlemesinin etkisiyle) sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarında oluşmuştur. 2002 yılına göre sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcaması reel olarak bir katın üzerinde (%121) artmıştır.

Merkezi yönetim bütçesinden yapılan sağlık harcamaları reel olarak sadece %25 artmış, yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının sağlık harcaması ise reel olarak azalmıştır. Bu dönemde özel sektör sağlık harcamalarının reel olarak artışı sadece %18 olmuştur.

A. Kamu Sağlık Harcamaları

Tablo 19. Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	4,0
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	36.959	38.824	43.790	45.395	52.004	54.825	60.608	63.443	60.421	63.886	63.190	66.228	0,8
USD	8.812	11.695	15.038	17.890	21.044	26.531	32.608	30.310	32.313	32.682	32.795	34.833	3,0
SGP USD	21.742	22.654	26.398	28.878	35.579	39.923	47.367	51.604	51.547	55.302	55.835	60.306	1,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	
GSYH İçindeki Payı (%)	3,8	3,8	3,8	3,7	4	4,1	4,4	4,9	4,4	4,2	4,1	4,2	

Kaynak: TÜİK

2002 yılında %70,7 olan kamu sağlık harcamalarının payı artarak 2013 yılında %78,5'e yükselmiştir.

A.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları

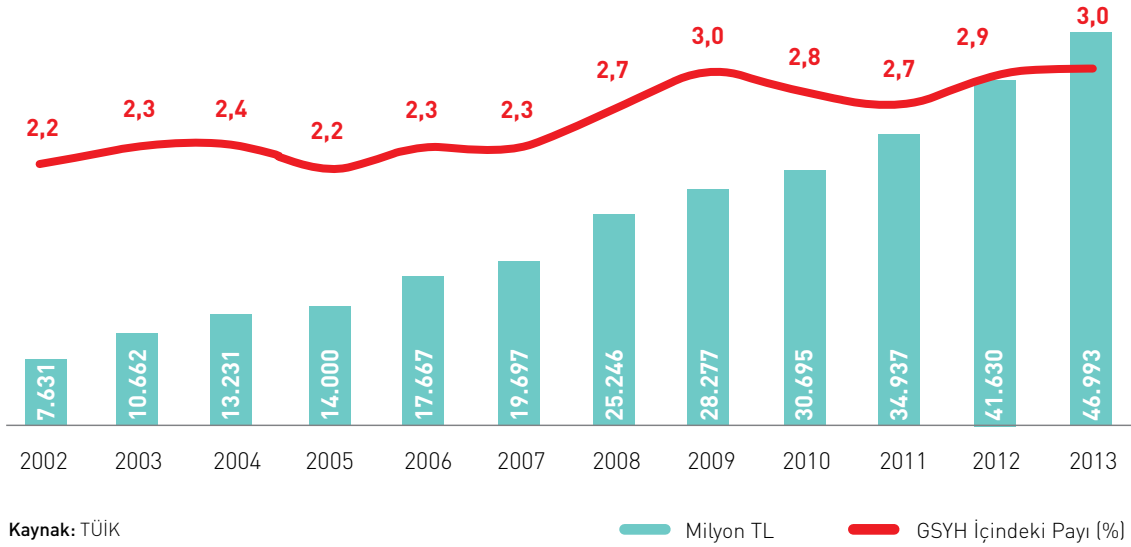
Tablo 20. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	21.253	23.705	27.087	26.496	30.508	31.274	36.438	38.260	38.254	40.894	44.749	46.993	1,2
USD	5.067	7.141	9.302	10.442	12.345	15.134	19.604	18.279	20.459	20.920	23.224	24.716	3,9
SGP USD	12.503	13.832	16.329	16.855	20.872	22.773	28.477	31.120	32.636	35.400	39.541	42.791	2,4
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	40,6	43,9	44,1	39,6	40,1	38,7	43,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	
GSYH İçindeki Payı (%)	2,2	2,3	2,4	2,2	2,3	2,3	2,7	3,0	2,8	2,7	2,9	3,0	

Kaynak: TÜİK

2002-2013 döneminde, sağlık harcamalarının kompozisyonu birçok yönden önemli değişikliklere uğramıştır. Bu dönemde uzun yıllardır yapılmak istenen sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması başarılmıştır. Sağlık finansmanında önemli değişiklikler yapılmış ve birçok yapısal problem çözülmüştür. 2007 yılında SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığının SGK çatısı altında birleşmesi, 2010 yılında devlet memurlarının ve 2012 yılında yeşil kart harcamalarının SGK'ya devri ile 2002 yılında %40,6 olan SGK'nın sağlık harcamalarının içindeki payı 2013 yılında %55,7 seviyesine yükselmiştir.

Grafik 15. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının 2002 yılında %2,2 olan GSYH içindeki payı 2013 yılında %3'e yükselmiştir.

2002 yılında üç büyük sosyal güvenlik kurumu (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) ve bunların birbirlerinden oldukça farklı uygulamaları bulunmaktaydı.

SSK kendine bağlı hastane ve eczaneleri ile Türkiye'de ikinci büyük hizmet sunucusuydu. 2002 yılı sonu itibarıyla yürürlüğe konan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı olabilmesi için bir yandan SSK'nın hizmet sunumundan çekilmesi diğer taraftan farklı finansman kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi gerekiyordu. Bu doğrultuda hizmet sunumunun birleştirilmesi için yapılan çalışmalar iki yıl kadar sürmüş, birleşmenin altyapısını oluşturmak amacıyla önemli hazırlıklar yapılmıştır.

Bu hazırlıklar neticesinde 19 Şubat 2005 tarihinde Türkiye Sağlık Sisteminin en önemli reformlarından biri gerçekleştirilmiştir. Üniversite hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve belediye hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile sağlık hizmet sunumu ile sağlık finansmanı ayrılmıştır. SSK eczaneleri kapatılarak, SSK'lıların özel eczanelerden ilaç alabilmesinin önü açılmıştır.

Bu gelişmelerin devamı niteliğinde 2006 yılı Mayıs ayında sağlık reformunun en önemli adımlarından biri olarak, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiş ve mevcut sosyal güvenlik kuruluşları (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) birleştirilmiştir. Hemen akabinde 2006 yılı Haziran ayında vatandaşlara farklı şartlarda sunulan sağlık hizmetlerini ortak bir standarda kavuşturmak için GSS sistemi kurulmuştur.

2006 yılı Eylül ayında sağlık finansmanında çok önemli bir adım daha atılmıştır. SGK'da ilaç harcaması takip sistemi kurulmuş ve MEDULA sistemi başlatılmıştır. MEDULA; MED (ikal) ULA(k) sözcüklerinin birleşmesinden oluşmuş, GSS ile hizmet sunucuları arasında fatura bilgisini elektronik olarak toplamak ve geri ödemesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünsel sistemin adıdır. GSS; Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, SSK, yeşil kart, kamu görevlileri ve TSK personelini GSS çatısı altında toplamayı hedeflemiştir. MEDULA da bu çalışmanın bilişim ayağı olmuştur. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, üniversite hastaneleri, diyaliz merkezleri ve daha birçok sağlık kuruluşu verdikleri hizmet, kullandıkları tıbbî malzeme ve ilaçların bedelinin geri ödeme kurumu tarafından ödenmesi için GSS MEDULA web servislerini kullanmaya başlamışlardır. GSS'nin tam olarak hayata geçmesi ne yazık ki hedeflendiği gibi 2006 yılında gerçekleşmemiştir. Uygulamada çıkabilecek problemler göz önüne alınarak kanunun yürürlük tarihi, 2007 yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunuyla 1 Temmuz 2007 yılına ertelenmiş, fakat sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmet ödemeleri, 2007 yılı Ocak ayından itibaren birleştirilmiştir. Bu birleştirmeye beraber SGK sağlık hizmetlerinin ödeme sistemi üzerinde en önemli söz sahibi ve belirleyicisi olmaya başlamıştır.

Bu gelişmelerin yanında 2006 yılı Haziran ayında Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve SGK arasında yapılan protokolle Türkiye'deki en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığına yapılan ödeme sisteminde önemli değişiklikler yapılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet sunucuları için hizmet başı ödeme sisteminden global bütçe sistemine geçilmiştir.

Sağlık reformunun önemli bir adımı olarak 2007 yılı Mayıs ayında devredilen emekli sandığı mensupları gibi devredilen SSK ve devredilen BAĞ-KUR mensuplarının da SGK ile sözleşmeli üniversite hastanelerine ve sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebilmesi imkânı sağlanmıştır.

Ayrıca 2007 yılı Haziran ayında SGK'nın sağlık harcamalarında önemli değişiklikler oluşturan ve hizmet kalitesini artıran reformlar ardı ardına gelmeye devam etmiştir. 2006 yılı Haziran ayında imzalanan global bütçe uygulamasının devamı olarak Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı ve SGK arasında yapılan anlaşmayla birinci basamak sağlık hizmet ödemelerinin götürü bedel hizmet alım sözleşmeleriyle ödenmesine başlanmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde geri ödeme kurumlarına fatura ve kanıtlayıcı belge gönderilmesi sisteminden vazgeçilmiştir.

SGK ile sözleşmeli hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbî malzemeleri sağlama ve MEDULA sistemini kullanma zorunluluğu getirilmiştir. 506 sayılı kanun kapsamındaki aktif sigortalılar hariç sigortalıların hastanelere müracaatlarında vizite ve sevk kâğıtları kaldırılmıştır. Hastanelere sağlık karnesi ve T.C. kimlik numarasını gösteren resmi kimlik belgesi ile müracaat edebilmenin yolu açılmıştır.

Reformun eksik ayaklarının tamamlanabilmesi için 2008 yılı Ağustos ayında yeşil kart ve genel bütçeli kuruluşlar kapsamında yer alan kişilerin sağlık harcamalarının SGK'ya devrinin 3 yıl içinde tamamlanması hükmüne bağlanmıştır. 2008 yılı Ekim ayından itibaren daha önce bir kaç kez ertelenen GSS uygulaması başlatılmış, SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı birleştirilmiştir.

Global bütçe uygulamasının bir sonucu olarak 2009 yılı Ocak ayından itibaren Sağlık Bakanlığı ile SGK sağlık hizmet ödemelerinin hizmet alım sözleşmesi ile yapılması hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezlerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden sonra Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında da geri ödeme kurumlarına fatura ve kanıtlayıcı belge gönderilmesi sisteminden vazgeçilmiştir.

2010 yılı Ocak ayında devlet memurları, 2012 yılı Ocak ayında ise yeşil kart programı, GSS kapsamına alınmıştır.

Tablo 21. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Detay), (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
SSK	TL	3.596	4.981	6.717	7.458	11.107	SGK (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Dahil)	SGK (Memurlar Dahil)	SGK (Yeşil Kart Dahil)					
	%	47,1	46,7	50,8	53,3	62,9								
Bağ-Kur	TL	2.195	3.183	3.719	3.626	3.816								
	%	28,8	29,9	28,1	25,9	21,6								
Emekli Sandığı	TL	1.840	2.498	2.795	2.917	2.744								
	%	24,1	23,4	21,1	20,8	15,5								
Toplam	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2

Kaynak: TÜİK, SGK

Yaşanan gelişmeler neticesinde, SGK'nın sağlık harcamaları 2002 yılıyla karşılaştırıldığında 2013 yılında 5,2 kat civarında artmıştır.

Tablo 22. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri*	TL	1.817	2.998	4.083	3.521	5.442	6.399	7.204	7.307	8.118	10.160	15.784	18.436	9,1
	%	23,8	28,1	30,9	25,2	30,8	32,5	28,4	25,8	26,4	29,1	37,9	39,2	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	620	827	1.079	1.083	1.325	1.523	2.223	2.529	3.376	3.964	4.927	5.680	8,2
	%	8,1	7,8	8,2	7,7	7,5	7,7	8,8	8,9	11,0	11,3	11,8	12,1	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.327	4.506	4.959	5.948	6.633	7.148	17,0
	%	5,2	5,0	5,6	7,3	9,8	11,9	17,1	15,9	16,2	17,0	15,9	15,2	
Serbest Eczaneler	TL	4.300	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161	13.547	14.144	13.446	14.765	2,4
	%	56,4	52,7	48,4	50,0	47,4	45,0	42,3	46,5	44,1	40,5	32,3	31,4	
Diğer	TL	498	685	926	1.373	805	572	876	773	695	720	839	964	0,9
	%	6,5	6,4	7,0	9,8	4,6	2,9	3,5	2,7	2,3	2,1	2,0	2,1	
Toplam	TL	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2

* 2005 yılına kadar SSK Sağlık Tesislerine yapılan harcamalar dâhil edilmiştir.

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002-2013 döneminde SGK'nın sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimine baktığımızda en önemli gelişmenin özel sağlık tesislerine yapılan harcamalarda yaşandığı görülmektedir. 2002 yılında SGK'nın sağlık harcamaları içinde %5,2 olan özel sağlık tesislerinin payı, 2013 yılında %15,2'a yükselmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinin payı %23,8'den %39,2'ye yükselmiş, serbest eczanelerin ilaç harcamalarının payı %56,4'den 2013 yılında %31,4'e gerilemiştir.

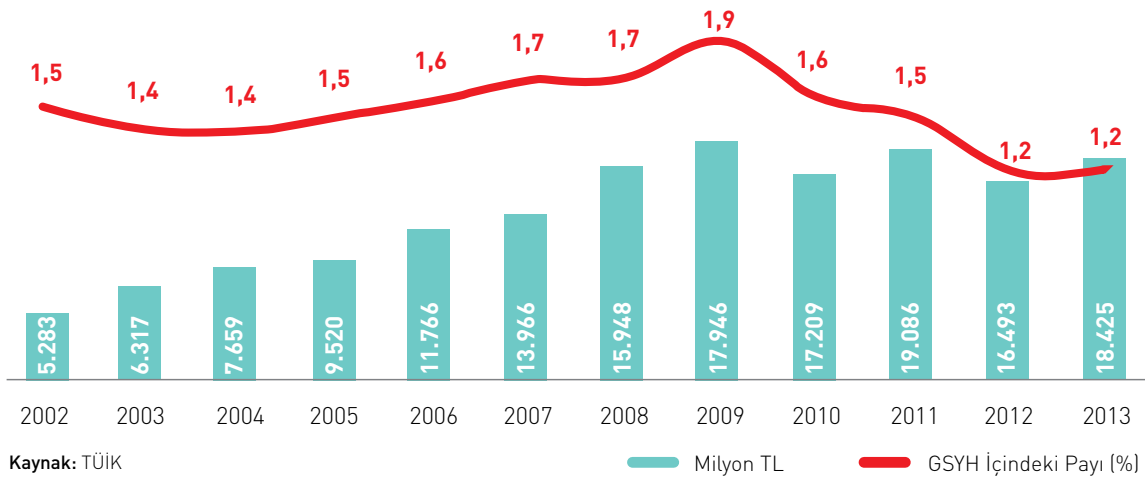
A.2. Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları

Tablo 23. Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	14.714	14.046	15.680	18.016	20.317	22.174	22.927	24.281	21.447	22.340	17.729	18.425	0,3
USD	3.508	4.231	5.385	7.100	8.222	10.730	12.335	11.600	11.470	11.429	9.201	9.691	1,8
SGP USD	8.656	8.196	9.452	11.461	13.900	16.147	17.918	19.750	18.297	19.339	15.665	16.777	0,9
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	28,1	26,0	25,5	26,9	26,7	27,4	27,6	31,0	27,9	27,8	22,2	21,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,9	1,6	1,5	1,2	1,2	

Kaynak: TÜİK

2002-2013 döneminde merkezi yönetim sağlık harcamaları, nominal olarak %250, reel olarak ise %30 artmıştır. 2002 yılında %28,1 olan merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı 2013 yılında %21,8'e gerilemiştir.

Grafik 16. Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise %1,5'dan %1,2'ye düşmüştür.

2002 yılında finansmanı merkezi yönetim bütçesinden karşılanan sağlık harcamalarının en önemli kalemlerinden Sağlık Bakanlığının merkezi yönetim bütçesi, üniversite hastanelerinin özel bütçesi ve Milli Savunma Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinin merkezi yönetim bütçesinden karşılanan giderlerin finansmanı halen daha Merkezi Yönetim Bütçesinden karşılanmaktadır. Oysa 2002 yılından farklı olarak devlet memurlarının sağlık giderleri 2010 yılından itibaren, yeşil kartlıların sağlık giderleri ise 2012 yılından itibaren SGK tarafından karşılanmaktadır.

Tablo 24. Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları (Detay), [2002-2013], (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Kamu Görevlileri	TL	1.654	2.035	2.524	2.277	2.513	2.807	2.822	3.336	804	280	308	336	-0,8
	%	31,3	32,2	33,0	23,9	21,4	20,1	17,7	18,6	4,7	1,5	1,9	1,8	
Yeşil Kart	TL	538	665	756	1.667	2.911	3.914	4.030	5.473	4.867	5.106	228	1	-1,0
	%	10,2	10,5	9,9	17,5	24,7	28,0	25,3	30,5	28,3	26,8	1,4	0,0	
Sağlık Bakanlığı	TL	2.435	2.953	3.571	4.847	5.668	6.573	8.062	8.417	10.526	12.156	14.827	16.460	5,8
	%	46,1	46,7	46,6	50,9	48,2	47,1	50,5	46,9	61,2	63,7	89,9	89,3	
Üniversiteler	TL	195	229	379	464	509	605	651	702	824	893	959	1.040	4,3
	%	3,7	3,6	4,9	4,9	4,3	4,3	4,1	3,9	4,8	4,7	5,8	5,6	
Diğer Kamu	TL	461	435	428	264	166	66	384	17	188	651	171	589	0,3
	%	8,7	6,9	5,6	2,8	1,4	0,5	2,4	0,1	1,1	3,4	1,0	3,2	
Toplam	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK

Yaşanan gelişmeler neticesi 2002 yılına göre 2013 yılında merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamaları 2,5 kat civarında artmıştır.

2002-2013 döneminde merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre önemli değişiklikler söz konusudur. 2013 yılında merkezi yönetim bütçesi büyük ölçüde Sağlık Bakanlığının ve üniversite sağlık tesislerinin merkezi yönetim bütçesinden aldığı paydan oluşmaktadır. Örneğin; 2002 yılında %61,5 olan Sağlık Bakanlığının merkezi yönetim bütçesinde aldığı pay 2013 yılında %90,1'e yükselmiştir.

Tablo 25. Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri	TL	3.250	3.957	4.717	6.223	8.055	9.415	11.012	12.324	13.574	15.040	14.967	16.607	4,1
	%	61,5	62,6	61,6	65,4	68,5	67,4	69,0	68,7	78,9	78,8	90,7	90,1	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	687	834	1.074	1.210	1.448	1.704	1.747	1.788	1.590	2.189	1.097	1.102	0,6
	%	13,0	13,2	14,0	12,7	12,3	12,2	11,0	10,0	9,2	11,5	6,7	6,0	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	192	236	271	269	341	408	552	779	205	70	68	46	-0,8
	%	3,6	3,7	3,5	2,8	2,9	2,9	3,5	4,3	1,2	0,4	0,4	0,3	
Serbest Eczaneler	TL	1.140	1.277	1.520	1.728	1.845	2.328	2.515	2.919	1.800	1.759	356	669	-0,4
	%	21,6	20,2	19,8	18,2	15,7	16,7	15,8	16,3	10,5	9,2	2,2	3,6	
Diğer	TL	14	13	77	90	78	111	123	136	39	28	5	0	-1,0
	%	0,3	0,2	1,0	0,9	0,7	0,8	0,8	0,8	0,2	0,1	0,0	0,0	
Toplam	TL	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK,

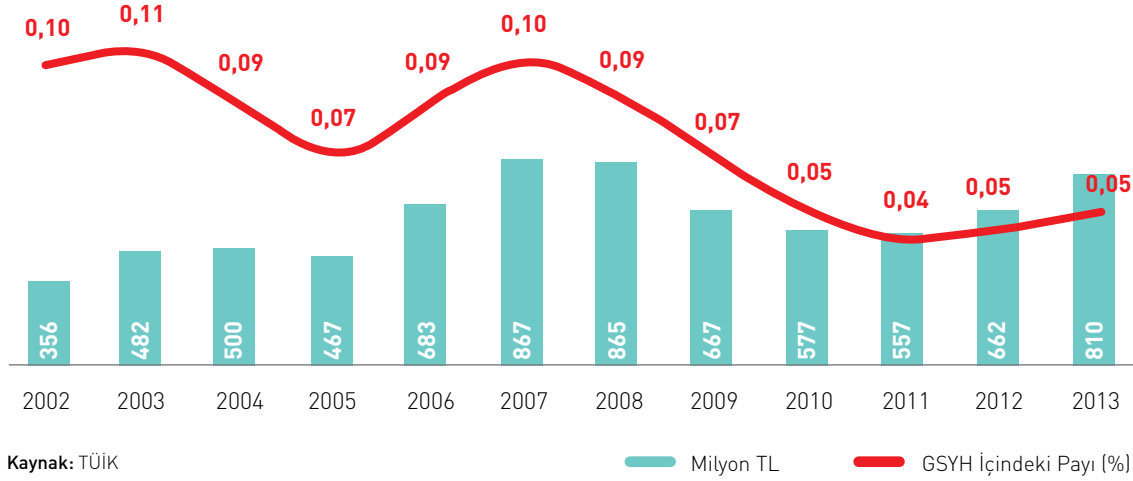
A.3. Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları**Tablo 26.** Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	356	482	500	467	683	867	865	667	577	557	662	810	1,3
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	991	1.073	1.023	883	1.180	1.377	1.243	902	719	652	712	810	-0,2
USD	236	323	351	348	477	666	669	431	385	333	370	426	0,8
SGP USD	583	626	617	562	807	1.003	972	734	614	564	629	738	0,3
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	1,9	2,0	1,7	1,3	1,6	1,7	1,5	1,2	0,9	0,8	0,9	1,0	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,10	0,11	0,09	0,07	0,09	0,10	0,09	0,07	0,05	0,04	0,05	0,05	

Kaynak: TÜİK

2002-2013 döneminde yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları sağlık harcamaları nominal olarak %130 artmış, reel olarak ise %20 azalmıştır. 2002 yılında %1,9 olan yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı, 2013 yılında %1'e düşmüştür.

Grafik 17. Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise %0,10'dan %0,05'e gerilemiştir.

2002 yılında finansmanı yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları ve merkezi yönetim dışındaki diğer kamu kurumların bütçesinden karşılanan sağlık harcamaları arasında en önemli kalem buralarda çalışan memurların sağlık harcamaları olmuştur. Söz konusu harcamalar 2002 yılından farklı olarak 2010 yılında SGK tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Dolayısıyla bu harcamalar önemli ölçüde azalmıştır. Yaşanan gelişmeler büyük ölçüde finansmanı merkezi yönetim bütçesinden karşılanan sağlık giderlerine paralellik göstermiştir.

Tablo 27. Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumları Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, [2002-2013], (milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri	TL	128	173	175	160	248	322	312	230	226	223	268	332	1,6
	%	36,1	35,8	35,1	34,2	36,4	37,1	36,1	34,5	39,2	40,1	40,5	41,0	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	102	131	131	131	214	283	275	181	164	152	189	231	1,3
	%	28,6	27,1	26,2	28,0	31,3	32,7	31,8	27,1	28,3	27,3	28,5	28,6	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	51	65	65	65	107	142	138	90	82	76	94	116	1,3
	%	14,3	13,5	13,1	14,0	15,7	16,3	15,9	13,6	14,2	13,6	14,3	14,3	
Serbest Eczaneler	TL	38	57	64	74	61	30	46	43	4	8	9	8	-0,8
	%	10,6	11,9	12,7	15,8	8,9	3,4	5,3	6,5	0,7	1,4	1,4	1,0	
Diğer	TL	37	57	64	37	53	91	94	122	102	98	102	122	2,3
	%	10,4	11,7	12,9	8,0	7,8	10,5	10,9	18,3	17,6	17,6	15,3	15,1	
Toplam	TL	356	482	500	467	683	867	865	667	577	557	662	810	1,3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK

2002 yılında %36,1 olan Sağlık Bakanlığının yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları sağlık harcamaları içindeki payı 2013 yılında %41'e yükselmiştir. Üniversite sağlık tesislerinin ve özel sağlık tesislerinin payı değişmemiş, ilaç harcamalarının payı 2002 yılına göre düşerek 2013 yılında %1'e gerilemiştir.

B. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

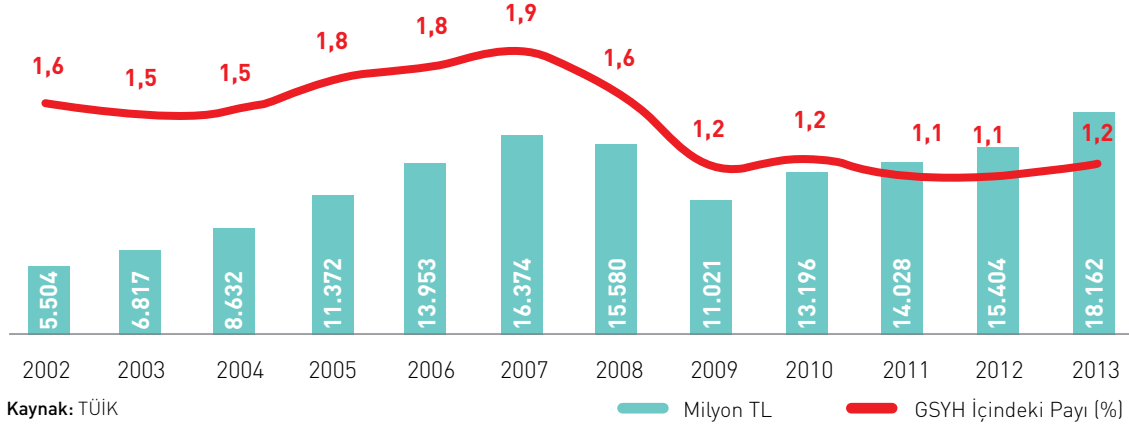
Tablo 28. Özel Sağlık Harcamaları, [2002-2013], (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	2,3
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	15.331	15.157	17.671	21.521	24.093	25.998	22.399	14.911	16.446	16.420	16.558	18.162	0,2
USD	3.655	4.566	6.069	8.482	9.750	12.581	12.051	7.124	8.795	8.400	8.594	9.552	1,6
SGP USD	9.019	8.844	10.653	13.691	16.483	18.931	17.505	12.129	14.030	14.213	14.631	16.538	0,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	29,3	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	
GSYH İçindeki Payı (%)	1,6	1,5	1,5	1,8	1,8	1,9	1,6	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	

Kaynak: TÜİK

2002-2013 döneminde özel sağlık harcamalarının kompozisyonunda önemli değişiklikler olmuştur. 2002 yılına göre 2013 yılında özel sağlık harcamaları 2,3 kat artmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %29,3'den %21,5'e gerilemiştir.

Grafik 18. Özel Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise %1,6'dan %1,2'ye gerilemiştir.

Tablo 29. Özel Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

Hizmet Sunucuları/ Yıllar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri*	TL	340	419	553	558	626	726	801	1.023	1.986	1.553	1.654	2.379	6,0
	%	6,2	6,1	6,4	4,9	4,5	4,4	5,1	9,3	15,1	11,1	10,7	13,1	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	170	242	242	380	421	602	603	602	790	384	398	455	1,7
	%	3,1	3,5	2,8	3,3	3,0	3,7	3,9	5,5	6,0	2,7	2,6	2,5	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	2.575	3.313	3.713	5.191	6.298	8.140	7.226	4.085	4.652	5.912	7.600	8.593	2,3
	%	46,8	48,6	43,0	45,6	45,1	49,7	46,4	37,1	35,3	42,1	49,3	47,3	
Serbest Eczaneler	TL	1.477	1.661	2.011	2.610	3.275	3.439	3.176	3.282	3.439	3.751	3.866	4.600	2,1
	%	26,8	24,4	23,3	22,9	23,5	21,0	20,4	29,8	26,1	26,7	25,1	25,3	
Diğer	TL	943	1.183	2.113	2.633	3.332	3.468	3.775	2.030	2.329	2.427	1.885	2.135	1,3
	%	17,1	17,4	24,5	23,2	23,9	21,2	24,2	18,4	17,6	17,3	12,2	11,8	
Toplam	TL	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	2,3

* 2005 yılına kadar SSK Sağlık Tesislerine yapılan harcamalar dâhil edilmiştir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002-2012 döneminde özel sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimine baktığımızda en önemli pay özel sağlık tesislerine ait olup 2013 yılında %47,3 olarak gerçekleşmiştir. Fakat eskiden daha çok özel muayenahanelerde gerçekleşen özel harcamalar büyük ölçüde özel hastaneler gibi kurumsal yapılara kaymıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinin özel sağlık harcamaları içindeki 2002 yılında %6,2 olan payı 2013 yılında %13,1'e yükselmiştir.

B.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

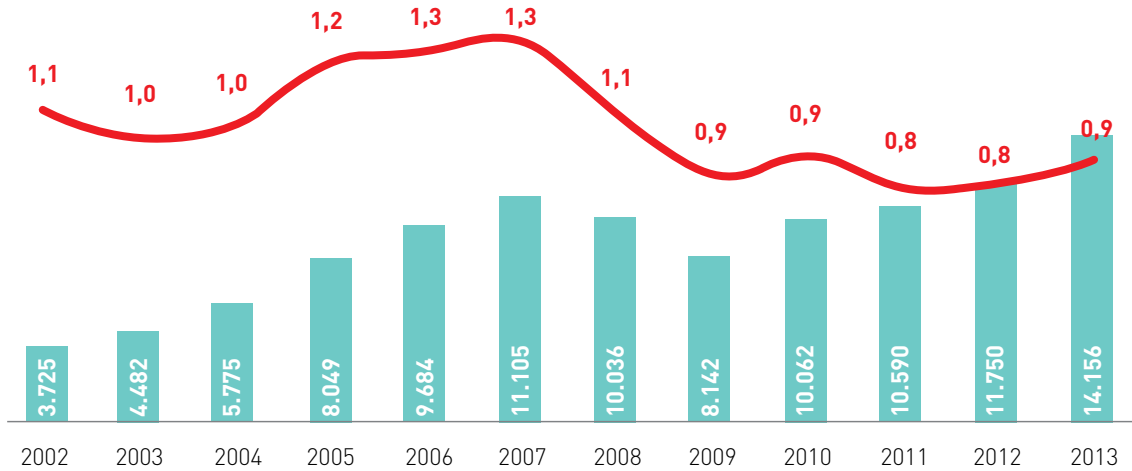
Tablo 30. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	3.725	4.482	5.775	8.049	9.684	11.105	10.036	8.142	10.062	10.590	11.750	14.156	2,8
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	10.375	9.965	11.824	15.233	16.721	17.632	14.428	11.016	12.540	12.395	12.630	14.156	0,4
USD	2.474	3.002	4.061	6.003	6.766	8.533	7.762	5.263	6.707	6.341	6.555	7.445	2,0
SGP USD	6.103	5.815	7.128	9.691	11.440	12.840	11.275	8.960	10.699	10.730	11.161	12.890	1,1
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	19,8	18,5	19,2	22,8	22,0	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	1,1	1,0	1,0	1,2	1,3	1,3	1,1	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	

Kaynak: TÜİK

Özel sağlık harcamalarının en önemli yekûnunu tutan hane halkı sağlık harcamasının (cepten yapılan sağlık harcamaları) toplam sağlık harcaması içindeki payı, %19,8'den %16,8'e gerilemiştir.

Grafik 19. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: TÜİK

Milyon TL

GSYH İçindeki Payı (%)

Cepten yapılan sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise %1,1'den %0,9'a gerilemiştir.

2002-2013 döneminde özel sağlık sektörünün gelişmesi için önemli adımlar atılmıştır. Bunun sonucu olarak 2002 yılında oldukça yaygın şekilde kullanılmakta olan özel muayenehanelerin yerini daha kurumsal işletmeler almaya başlamıştır.

Devlet bir taraftan özel sağlık tesislerinden hizmet alarak bunların yaygınlaşmasını sağlamış diğer taraftan ise vatandaşın mali yönden korunması için gerekli tedbirleri almaya çalışmıştır. Bunun için 2008 yılı Haziran ayında özel sağlık hizmeti sunucularının otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri dışındaki işlemler için sigortalılardan en fazla SGK tarafından ödenen bedelin %30'una kadar ilave ücret talep edebileceklerine dair düzenleme yapılmıştır. 2009 yılı Aralık ayında bu fark hizmet kalitesine göre değişmek üzere %70'e çıkarılmıştır. 2012 yılı Mart ayında özel hastanelerin hastalardan alabileceği ilave ücretlerin üst sınırı %70'ten %90'a, 2013 yılı Ekim ayında ise %90'dan %200'e çıkarılmıştır.

2008 yılı Ekim ayında özel hastanelerin yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp cerrahi işlemlerinden fark alması yasaklanmıştır.

10 Ağustos 2010 tarihinde kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının, acil vakaların kabulü ve gerektiğinde başka bir sağlık kurumuna nakli ve tedavi masraflarının karşılanması hususlarında gerekli hassasiyetin gösterilmesi için Başbakanlık genelgesi yayımlanmıştır.

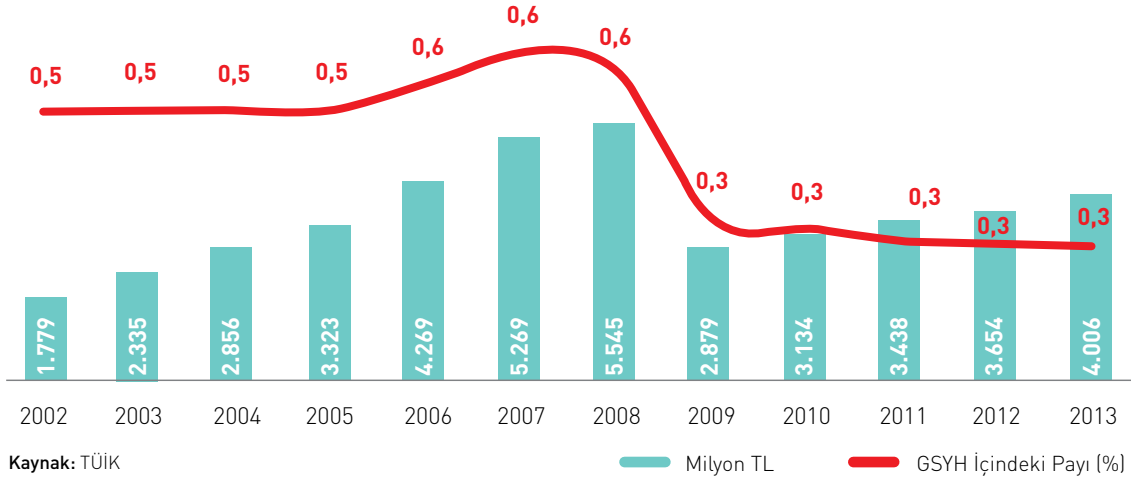
B.2. Diğer Özel Sağlık Harcamaları

Tablo 31. Diğer Özel Sağlık Harcamaları, [2002-2013], (milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	1.779	2.335	2.856	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	1,3
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	4.955	5.191	5.847	6.288	7.372	8.366	7.971	3.895	3.905	4.024	3.928	4.006	-0,2
USD	1.181	1.564	2.008	2.478	2.983	4.048	4.289	1.861	2.089	2.059	2.038	2.107	0,8
SGP USD	2.915	3.029	3.525	4.000	5.043	6.092	6.230	3.168	3.332	3.483	3.471	3.648	0,3
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	9,5	9,6	9,5	9,4	9,7	10,4	9,6	5,0	5,1	5,0	4,9	4,7	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	

Kaynak: TÜİK

2002 yılında %9,5 olan diğer özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2013 yılında %4,7'ye düşmüştür.

Grafik 20. Diğer Özel Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Diğer özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise %0,5'den %0,3'e gerilemiştir.

C. Sağlık Finansmanı İlgili Diğer Gelişmeler

2002-2013 döneminde sağlığın finansmanını sağlayan kurumlar açısından da önemli reformlar yapılmıştır. Bu dönemde geri ödeme sisteminin daha sağlıklı çalışabilmesi için 2004 yılında "Geri Ödeme Komisyonu" kurulmuştur. Bu komisyon; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşturulmuştur. Bu komisyon 2007 yılı Ağustos ayında SGK'ya devredilmiştir. Komisyon sağlık hizmetleri, ilaçlar ve SGK'nın geri ödemesini yaptığı sağlık hizmetleri için fiyat belirlenmesinden ve SGK teminat paketinde değişiklikler yapılmasından sorumludur. Bu komisyon'un altında sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonu yer almaktadır. Bu alt komisyon geri ödeme komisyonu tarafından karar alınmasını kolaylaştırmak için gerekli teknik çalışmalardan sorumludur.

2002-2013 döneminde oldukça parçalı bir yapıya sahip sosyal güvenlik kurumları için norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 sayılı Kanunla 2006 yılı Mayıs ayında kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun tam anlamıyla işler hale getirilmesi 2012 yılı Ocak ayında yeşil kart ödemelerinin SGK bünyesine alınması ile tamamlanmıştır. SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı (2007 yılında) ve son olarak ödemeleri SGK bünyesine alınan kamu görevlileri (2010 yılı Ocak ayı) için teminat paketleri uyumlu hale getirilmiştir. Ancak 2012 yılı itibarıyla sadece yeşil kart sahipleri için teminat paketi farklıdır. Örneğin; yeşil kartlı vatandaşlar sadece aile hekimliğine ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere serbest olarak başvuru yapabildikleri halde, üniversite hastanelerinden bazı istisnalar dışında yalnızca sevkli olarak hizmet alabilmektedirler. Özel hastanelerden ise ancak bazı istisnai durumlarda hizmet alabilmektedirler (acil haller, kamu hastanelerinde yoğun bakım için yer olmaması gibi).

Ödeme Gücü Olmayanların Sağlık Sisteminden Yararlanabilmesi: Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, GSS'nin primli ve primsiz iki sistemi bulunmaktadır. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektördeki işçiler, çalışan devlet memurları, sözleşmeli personel ve serbest çalışanların ücretlerinin %12,5'i ayrıca işverenin katkısı olarak %7,5'i toplanmaktadır.

Primsiz sistemden yararlanacakların tespiti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yapılmaya başlanmıştır. Primsiz sistemden yararlananların neredeyse tamamına yakını daha önce yeşil kart sistemi aracılığıyla sağlık hizmetinden yararlanan vatandaşlardan oluşmaktadır.

Türkiye'de ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için 1992 yılında çıkarılan 3816 sayılı kanun ile yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. 2006 yılı Haziran ayında yürürlüğe giren 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile Sosyal Sigorta Kurumlarının tek çatı altında toplanmış ve uygulamanın tekleştirilerek sistemi basitleştirmek, sosyal güvence sistemini daha etkin hale getirmek ve tüm vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti sunmak hedeflenmiştir. GSS reformu ile tasarlanan sağlık sisteminde, her vatandaşın, gelir durumuna göre belirlenecek prim tutarları karşılığında ve ödediği prim tutarlarından bağımsız olarak kaliteli bir sağlık hizmetine ulaşabilmesi planlanmıştır.

GSS reformu kapsamında SGK'nın yeşil kart uygulamasının 2005 yılından itibaren uygulamayı yürüten Sağlık Bakanlığından devralması hedeflenmiş ve 2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 2010 yılında bu devrin gerçekleşmesi kararlaştırılmış ancak 16.06.2010 tarih ve 5997 sayılı kanun ile söz konusu devir 01.01.2012 tarihine ertelenmiştir. Söz konusu uygulamalara yönelik başvuruların gerekli altyapı çalışmaları tamamlanarak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarında ve Sosyal Yardım Bilgi Sistemi üzerinden sorgulanması sağlanmıştır.

Genel sağlık sigortası gelir testi işlemleri; 2011 yılı Kasım ayında GSS Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik doğrultusunda 01.01.2012 tarihinden itibaren Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından Sosyal Yardım Bilgi Sistemi üzerinden yürütülmektedir.

Vakıflara başvuru yapan kişilerin sistem üzerinden merkezi veri tabanlarında kayıtlı olan mal varlıkları ve gelirlerine ilişkin inceleme yapılmaktadır. Sistemden alınan bilgilere ek olarak başvuruda bulunan haneler, vakıflarda çalışan sosyal yardım ve inceleme görevlilerince hane ziyareti yapmak suretiyle incelenmektedir.

Vakıf Mütevelli Heyetleri, yapılan inceleme ve sistem üzerinden alınan sorgulama sonuçlarına göre hanelerin ortalama aylık gelirlerini tespit etmektedirler. SGK, mütevelli heyetlerince alınan kararlar doğrultusunda vatandaşların GSS tescil, tebligat ve prim tahsilatı işlemlerini yapmaktadır. Tespit edilen aylık gelirlere göre kişilerin priminin devlet tarafından karşılanıp karşılanmayacağı SGK tarafından tespit edilmektedir. Primi devlet tarafından karşılanmayacak vatandaşların yatıracakları prim tutarı belirlenerek kişilere tebliğ edilmektedir.

Tablo 32. Gelir Testi Yaptıran Vatandaşların Prim Ödeme Durumunun Tespitinde Kullanılan Veriler, (2013)

Gelir Kodu	Kişi Başına Aylık Gelir Durumu	Gelir Aralığı*	Prim Durumu
G0	Brüt asgari ücretin üçte birinin altında	0 TL- 340,50 TL	Primi devlet tarafından ödenecektir.
G1	Brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında	340,50 TL – 1.021,50 TL	Primini kişi ödeyecek. Prim tutarı: $340,50 \times \%12 = 40,86$ TL
G2	Brüt asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında	1.021,50 TL – 2.043 TL	Primini kişi ödeyecek. Prim tutarı: $1.021,50 \times \%12 = 122,58$ TL
G3	Brüt asgari ücretin iki katından fazla	2.043 TL ve üstü	Primini kişi ödeyecek. Prim tutarı: $2.043 \times \%12 = 245,16$ TL

*Primler Temmuz-Aralık 2013 dönemi asgari ücretine göre hesaplanmıştır.

Kaynak: SGK

01.01.2012 - 31.12.2012 döneminde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından yapılan gelir testi işlemleri neticesinde 14,8 milyon gelir testi başvurusu alınmış olup 11.357 milyon vatandaş hakkında sosyal güvenlik kapsamına alınması kararı verilmiştir. 31.12.2012 tarihi itibarıyla ise 11.357.306 gelir testi yaptıran kişi bulunmaktadır. Toplam 7.558.821 kişinin ödeme gücü olmadığı (G0 gelir düzeyi) için primi devlet tarafından karşılanmaktadır. 3.798.485 kişinin ise ödeme gücü olduğu (G1, G2, G3 gelir düzeyi) tespit edilmiş olup bu kişiler gelir durumlarına göre belirlenen miktarda prim ödemek suretiyle sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır.

SGK bünyesinde 2006 yılından itibaren yeşil kart dâhil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere MEDULA ismi verilen sanal bir kontrol ve ödeme yönetim sistemi kurulmuştur. SGK ile sözleşmesi olan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının MEDULA sistemini kullanımı zorunlu hale gelmiştir. MEDULA'nın kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiş; bu birleşik sistem ile GSS' de sanal bir tek ödeyici sisteminin kurulması sağlanmıştır. Bu sistemle 2002-2013 döneminde sağlık sisteminde yapılan reformlarla satın alma ve hizmet sunumu işlevlerinin önceki parçalı ve çoklu yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında düzgün kurumsal ve hesap verebilirlik ilişkilerinin kurulması hedeflenmiştir.

Bu yöndeki ilk önemli değişiklik, 2005 yılında SSK'nın sağlık sunum hizmeti işlevini Sağlık Bakanlığına bırakması ile yapılmıştır. SSK sağlık tesislerinin 2005 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığına devri ile birlikte sosyal güvenlik kurumları hizmet sunumundan çekilmiştir.

Trafik Kazazedelerinin Sağlık Giderlerinin Ödenmesi: Bu dönemde sağlığın finansmanı alanında atılan önemli adımlardan bir diğeri de trafik kazaları dolayısıyla meydana gelen yaralanmalara ilişkin sağlık giderlerinin ödenmesinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaya başlaması olmuştur.

Türkiye'de trafik kazaları dolayısıyla meydana gelen yaralanmalara ilişkin olarak sağlık giderlerinin ödenmesi ve kazazede vatandaşların tedavi edilmesine yönelik mağduriyetleri artmaktaydı. Bu amaçla 03.05.1997 tarihinde yayımlanan Karayolları Trafik Garanti Fonu Yönetmeliği gereğince Garanti Fonu kuruldu. Bu fon trafik kazası yaşayan vatandaşların tedavi giderlerini üstlenmek üzere kurulmuştu. Ancak tedavi işlemleri ve tedavi ücretlerinin ödenmesinde eksiklikler yaşanmakta hem hasta hem de tedavi eden sağlık kurumlarının mağduriyetleri artmaktaydı. Gerek tedavi giderlerinin tahsili gerekse tedavi işlemlerinin takibi amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1999 yılında Trafik Hizmetleri Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü kuruldu. İşletme Müdürlüğü Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarında trafik kazası sebebiyle verilen tedavi hizmet bedellerini Garanti fonundan tahsil etmekteydi. Garanti fonunun yeterli olmaması, işleyişinin zayıf ve işlemlerin zamanında gerçekleşmemesi nedenleriyle 03 Temmuz 2002 tarih ve 24804 sayılı Resmî Gazete'de Karayolları Trafik Garanti Sigortası yönetmeliği yürürlüğe girmiş ve Garanti fonu kaldırılmıştır.

Kaza sayısı ve buna bağlı olarak tedavi gören vatandaş sayısının yüksek olması, hasta mağduriyetlerinin artması, tedavi giderlerine ilişkin muhatap sayısının fazla olması, işleyişin yavaş ve eksik olması yeni bir sistemin oluşturulması gereğini ortaya çıkarmıştı. Hükümet; söz konusu problemlerin çözümü amacıyla trafik kazalarına ilişkin giderlerin ve diğer işlemlerin daha kapsamlı, hızlı ve güvenli olarak yerine getirilmesi için trafik kazalarına maruz kalan vatandaşlara ait tüm giderlerin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesinin uygun olacağını, kararlaştırdı. Bu amaçla 25.02.2011 tarih ve 27857 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6111 sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun çerçevesinde trafik kazaları sebebiyle Üniversite, Özel Hastane ve Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarca verilecek tedavi hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesine alındı. Ayrıca bu Kanun ile Trafik Hizmetleri Döner Sermaye İşletme Müdürlüğünün hesaplarının 6 ay içerisinde tasfiye edilmesi öngörüldü.

Trafik Kazalarına sağlık teminatı sunan sigorta şirketlerince yazılan primlerin ve güvence hesabınca tahsil edilen katkı paylarının %15 i Sosyal Güvenlik Kurumuna aktarılması suretiyle tedavi giderlerinin karşılanması sağlandı. Böylece Trafik kazası sebebiyle tedavi gören vatandaşların tedavi hizmeti aldıkları kurum ve kuruluş farkı olmaksızın giderlerinin geri ödeme kurumunca ödenmesi sağlanarak hasta mağduriyeti ve kurum ve kuruluşların tahsilat sıkıntılarının giderilmesi hedeflendi. Ayrıca 27.08.2011 tarih ve 28038 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Trafik Kazaları nedeniyle Sunulacak Sağlık Hizmet Bedellerinin Tahsiline İlişkin Yönetmelik yürürlüğe konularak bu dinamik ve kapsamlı yapının işleyişi ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Sağlıkla İlgili Ekonomik Koordinasyon Kurulu Çalışmaları: 2002-2013 döneminde sağlık finansmanı alanında yaşanan önemli reformlardan biri de sağlık alanında ekonomik bir etki doğurabilecek bütün kararların alındığı sağlıkla ilgili ekonomik koordinasyon kurulunun çalışmalarıdır. Hükümet adına sağlık ve sosyal güvenlik alanında kararların alındığı bu kurulun başkanlığını Hazine Sorumlu Başbakan Yardımcısı yapmaktadır. Kurulun üyeleri Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Kalkınma Bakanlarıdır. Kurul, düzenli olarak toplanarak sağlıkla ilgili özellikle finansal nitelikteki gelişmeleri tartışmakta, gerekiyorsa tedbir almaktadır. Bu kurula ilgili bürokratlar da katılmakta ve gerekli bilgilendirmeyi yapmaktadırlar.

Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu: Ekonomik koordinasyon kurulu, sağlık harcamalarının sistematik bir şekilde izlenmesi, değerlendirilmesi ve oluşabilecek finansal risklerin hızlı bir şekilde tespit edilebilmesini sağlamaya yönelik olarak "Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu"nu kurmuştur. 2009 yılı programında "kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik tedbirler alınacaktır" önceliği başlığı altında yer alan 10 no'lu tedbir uyarınca, sağlık hizmetlerinde kalite-maliyet etkinliğinin sağlanması amacıyla, sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesini, değerlendirilmesini ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik çalışmaları yapmak üzere Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu (SHİDK) kurulması öngörülmüştür. Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu Kurulması Hakkında Protokol, 8 Ekim 2009 tarihinde Komisyonun tarafları olan Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT)*, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarları ile SGK ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Başkanları tarafından imzalanmıştır. Komisyon çalışmalarına katılmak üzere, tüm taraflardan 2 asil ve 2 yedek olmak üzere 4 temsilcinin bildirilmesi istenmiş ve tüm komisyon toplantılarının katılımcıları kayıt altında tutulmuştur. Komisyonun faaliyet alanı; sağlık harcamalarına ilişkin verileri derleyip düzenli bir şekilde sunulmasını sağlamak, doğru ve sağlıklı bilgiler ile objektif analizler içeren raporlar hazırlayarak sağlık politikalarıyla ilgili karar alıcıları bilgilendirmek ve gerekli stratejilerin oluşturulabilmesini sağlamaya yönelik önerilerde bulunmak şeklinde belirlenmiştir. Bu komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda gerek duyulması hâlinde yeni politikalar belirlenmektedir.

Sağlık finansmanı alanında yapılan reformlardan diğer bir önemli adım da Sağlık Bakanlığının kamu sağlık harcamalarından aldığı payın 2006 yılından itibaren global bütçe adı verilen yöntemle tespit edilmesidir.

Global Bütçe: Türkiye'nin sağlık finansman yapısındaki değişikliklerin tam olarak anlaşılabilmesi için çok önemli bir adım olan global bütçe uygulamasına nasıl geçildiğini ve bu uygulama ile yaşanan gelişmeleri bilmek önemlidir.

2006 yılı öncesi Sağlık Bakanlığına bağlı yaklaşık bin civarında işletme vermiş olduğu hizmetin bedelini bütçe uygulama talimatı (SGK'ya devredilmeden önce Maliye Bakanlığınca yayımlanan resmi sağlık fiyat tarifesi) doğrultusunda geri ödeme kurumlarına fatura ederek tahsil etmeye çalışıyordu. Bu sistem, birçok yönden işlemeyen; oldukça bürokratik ve maliyetli bir faturalama ve tahsilat şekliydi. Geri ödeme kurumları borçlarını ödemekte güçlük yaşıyor, bu da Sağlık Bakanlığı tesislerini finansal olarak zor durumda bırakıyordu. 27 Aralık 2005 tarihinde 2006 yılı bütçesi görüşmelerinde yapılan bir düzenleme ile bu yöntemin Sağlık Bakanlığı açısından sürdürülebilir olmadığı birkez daha görülmüştür.

27 Aralık 2005 tarih ve 5437 sayılı 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'nun 31'inci maddesinin "c" bendinde; "Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğü ile 18.6.1992 tarihli ve 3816 sayılı kanun kapsamında bulunanlar için Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından 31.12.2005 tarihine kadar alınan tedavi hizmetlerinden bedeli ödenmemiş olanların tamamı, bu kanunun yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla terkin edilmiştir. Bu konuyla ilgili gerekli düzenleyici işlemleri yapmaya Maliye Bakanı yetkilidir." hükmüne yer verilerek Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinin SSK, BAĞ-KUR ile yeşil kartlılardan 2005 yılı ve öncesine ait tahsil edilemeyen yaklaşık 3,5 Milyar TL alacağı terkin edilmiştir. Sağlık Bakanlığının bilgisi dışında yaşanan bu gelişme, Sağlık Bakanlığı için yeni bir tahsilat yöntemi oluşturma fikrinin temelini oluşturmuştur.

Bütçe kanununda yer alan bu hükmün uygulanması ile Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri finansal sürdürülebilirliği sağlamada sorunlar yaşamaya başlamıştır. Aynı dönemde basında sağlık sisteminin çöktüğü, hastaların zor durumda kaldığı, hastanelerin iflas ettiği, icralık olduğu, ilaç ve tıbbî malzeme temin edemediği şeklinde haberler çıkmaya başlamıştır.

Sağlık Bakanlığının hükümet nezdinde yaptığı girişimler üzerine, 07 Mart 2006 tarih ve 5471 sayılı Yasa ile 31.12.2005 tarihi 31.12.2004 olarak değiştirilerek terkin 2004 yılı ve öncesine ait alacaklara uygulanmıştır. Ancak kalıcı çözüm oluşturmak, hizmet kalitesinden ve vatandaş memnuniyetinden ödün vermeden, sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla 2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı için global bütçe uygulamasına geçilmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşların giderleri göz önünde bulundurularak uzun ve kapsamlı çalışmaların neticesinde sağlıkla ilgili ekonomik koordinasyon kurulu tarafından belirlenen global bütçe; ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl içinde sunulacak hizmetler karşılığı elde edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile de harcama sınırını ve hedefini ifade etmektedir. Global bütçe ile sağlık hizmetleri için ödenecek toplam bedele bir sınır koyarak sağlık harcamalarının kontrol altında tutulmasını amaçlanmıştır.

Global Bütçe Öncesi: Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri için hizmetin finansmanı, hizmet başı ödeme sistemine dayanmaktaydı. Sosyal güvenlik kapsamında olan hak sahipleri, birinci basamak resmi sağlık kurumuna dahi sağlık karnesi, vizite kâğıdı veya hasta sevk kâğıdı, yeşil kartlı hastalar ise yeşil kartlarıyla müracaat etmekteydi. Birinci basamak hizmetlerinde sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar muayene ücretini cepten ödemek zorundaydı.

Birinci basamakta yapılan muayeneler sonucunda, vizite kâğıdı, hasta sevk kâğıdı veya sağlık karnesi ile yapılan muayene ve tetkikleri gösteren muayene istem fişi, tahlil ve tetkik kâğıtlarının birer fotokopisi çekilerek kuruluştaki saklanmakta, asılları ise il sağlık müdürlüğüne gönderilmekteydi. İl sağlık müdürlüğü bu şekilde il genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarından gelen bu belgeleri, kişi ve geri ödeme kurumları bazında ayrıştırarak her bir kişi ve geri ödeme kurumu adına verilen hizmet bedelini hesaplayarak fatura düzenlemekteydi. İl sağlık müdürlükleri, geri ödeme kurumları adına düzenlenen fatura eklerine, belgelerin birer örneğini koymakta, birer örneğini de dosyada saklamakta, ayrıca fatura ve eklerini posta veya kargo yoluyla geri ödeme kurumlarına göndermekteydi. Aynı işlemler ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında daha karmaşık bir yapıya sahipti. İkinci basamak ve üçüncü basamakta yapılan muayeneler sonucunda, vizite kâğıdı, hasta sevk kâğıdı veya sağlık karnesi ile yapılan muayene ve tetkikleri gösteren muayene istem fişi, tahlil ve tetkik talep kâğıtlarının birer fotokopisi çekilerek kuruluştaki saklanmakta, asılları ise geri ödeme kurumlarına düzenlenen faturalar ile birlikte gönderilmekteydi. Geri ödeme kurumlarına gönderilen bu fatura ve eki belgeler incelenerek (inceleme için çoğu sağlık personeli binlerce personel istihdam ediliyordu) uygun görülürse bütçe imkânları doğrultusunda ödeme yapılmaktaydı. Bütün bunlara rağmen ödemelerde düzen sağlanamamış olup bazı kurumlara alacaklarının tamamı ödenirken bazılarının ise yarısı bile ödenmemekteydi.

Geri ödeme kurumları ödeme yapmak amacıyla inceledikleri bu belgeleri yıllar boyunca saklamak zorundaydı. Bunun için çok büyük depolar yapılmıştı ama çoğu yerde bunlar da yetersiz kaldığından yeni yerler kiralanmak zorunda kalınmıştı. Bazen bu depolara da sığmayan faturaları imha edebilmek için kanuni düzenleme yapma zarurietiyi doğuyordu. Global bütçe uygulaması ile maliyet ve bürokrasi oluşturan bu işlemler son bulmuştur.

Global Bütçe Uygulaması: Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (SGK) arasında Global Bütçe Protokolü imzalanması ile başlamaktadır. Protokolde; SGK kapsamındaki vatandaşlar ile tedavi giderleri genel bütçeden karşılanan (TBMM, Anayasa Mahkemesi, adli vakalar) kişilere sunulan tedavi hizmetleri karşılığında Sağlık Bakanlığına ödenecek toplam miktar, belirlenen tutarın hangi geri ödeme kurumunca, hangi tarihte ve ne miktarda ödeneceği ve diğer hususlar yer almaktadır. Global bütçe şartlarında anlaşılmasından sonra; SGK ile Sağlık Bakanlığı arasında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Kanunun 73. maddesinin 8. fıkrasına göre Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi imzalanmaktadır. Global bütçeyi aşan alacakların her yıl (yapılacak terkine yetki almak amacıyla) çıkarılan bir bakanlar kurulu kararına istinaden terkin sağlanmaktadır. 2004-2013 yılları arası geri ödeme politikaları ve global bütçe uygulamaları gereği Sağlık Bakanlığının 2013 yılı fiyatlarıyla 14,168 Milyar TL'lik alacağı terkin edilmiştir. 2005 yılından itibaren SUT fiyatlarında artış olmadığından terkin tutarları yıllar itibarıyla düşmüştür. 2013 yılında fatura tutarı ile global bütçe tutarı neredeyse eşitlendiği için terkin oluşmamıştır.

Tablo 33. Sağlık Bakanlığı Alacaklarından Yapılan Terkin Tutarları, (2004-2013), (milyon TL, USD)

Yıllar	TL	2013 yılı fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2004	269	551	189	332
2005	1.220	2.308	910	1.468
2006	481	831	336	569
2007	1.264	2.008	971	1.462
2008	1.472	2.117	1.139	1.654
2009	1.501	2.031	970	1.652
2010	1.753	2.184	1.168	1.863
2011	1.492	1.746	893	1.512
2012	365	392	203	346
2013	0	0	0	0
Toplam	9.817	14.168	6.781	10.859

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Global Bütçenin Uygulama Aşamaları: 2006 yılında ilk kez uygulanmaya başlayan global bütçe bugünkü hale 3 aşamadan sonra gelmiştir.

I. Aşama: Birinci aşama, 2006 yılı Haziran ayında ilk kez global bütçe uygulamasına geçilmesi ve yıllık ödenecek tutarın belirlenmesi olmuştur. Bu aşamada, ödemeler belirlenen global bütçe kadar yapılırken Sağlık Bakanlığınca bağlı gerek hastaneler ve ağız diş sağlığı merkezleri gerekse birinci basamak kurumları tarafından sosyal güvenlik kurumlarına fatura gönderilmesine devam edilmiştir.

II. Aşama: İkinci aşama, 08.03.2007 tarih ve 5597 sayılı kanunun 4. maddesi ve 5502 sayılı kanuna eklenen ek madde-2 ile yapılan düzenleme ile birinci basamak sağlık kurumlarının fatura düzenleme mecburiyetinin kaldırılması ile başlamıştır. Buna göre SGK (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı) mensupları için SGK ile, yeşil kartlı vatandaşlar ve diğer memurlar için Maliye Bakanlığı ile hizmet alımı sözleşmeleri imzalanmıştır. Ayrıca bu uygulama ile birlikte sosyal güvenlik kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tüm hizmetlerin, vatandaş için ücretsiz olması sağlanmıştır. Uygulama sadece muayeneleri değil, birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilen ruhsatlar için alınan sağlık raporları, sürücü ehliyetleri için alınan sağlık raporları, evlilik için alınan sağlık kurulu raporları, kan gurubu tespitleri, kan şekeri ölçümleri gibi her türlü sağlık hizmetini de ücretsiz hâle getirmiştir. Bu uygulama Türkiye Sağlık Sistemi reformlarının önemli adımlarından biridir. Bu uygulama ile öncelikle vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırılmıştır. Ayrıca birinci basamak başvurularında belge (sağlık karnesi, vize kâğıdı vb.) isteme zorunluluğu kaldırılmıştır. Bu uygulamanın vatandaşlara yansıyan olumlu sonuçları yanında, kamu kurum ve kuruluşları arasında işleyen bürokrasiyi ve kırtasiyeciliği azaltmada önemli faydası olmuştur.

Uygulama ile geri ödeme kurumlarına fatura ve dayanağı belge gönderme işlemine son verilerek sağlık ocaklarında başlayıp geri ödeme kurumlarında son bulan fotokopi, belge, sevk kâğıdı, sağlık karnesi ve faturadan oluşan kırtasiyeciliğin son bulması sağlanmıştır. Ayrıca uygulama önceden öngörülemez bir kısım sosyal faydalarda sağlamıştır. Örneğin resmi nikâhlarda istenen bir kısım kan testlerini maddi durumu uygun olmadığı için yaptıramayan kişiler bu testler ücretsiz olduğunda resmi nikâhlarını yaptırmaya başlamıştır.

III. Aşama: Üçüncü aşama, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinde de sosyal güvenlik kurumuna fatura gönderilmesi uygulaması kaldırılmıştır. Uygulama ile hastanelerin hizmet bedelleri MEDULA üzerinden elektronik ortamda hesaplanmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve ağız diş sağlığı merkezleri de tıpkı daha önce birinci basamak sağlık kurumlarında uygulandığı gibi SGK' ya fatura veya ödemeye esas başka bir belge göndermemektedir.

Global bütçe uygulaması hem vatandaşlara hem geri ödeme kurumlarına hem de hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığına son derece faydalı olmuştur. Bu uygulama Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların finansal açıdan geleceğini planlama imkânı sağlamıştır. Global bütçe uygulaması ile maliyetler azalmış (özellikle nakit akışlarının düzelmesine bağlı olarak), ve ödeme işlemleri hızında çok ciddi artış sağlanmıştır. Global bütçeye geçilmesi ile birlikte daha önce %15 olarak belirlenen hazine payının 2009 yılında %1, 2010 yılında %3, 2011 yılından itibaren %1 olarak uygulanması sağlanmıştır.

Diğer taraftan SGK ile diğer hizmet sunucuları üniversite hastaneleri ve özel kuruluşlar arasındaki ilişki daha geleneksel bir satın alma modeli bağlamında yürümektedir. Buna göre SGK, her üniversite ve özel hastane ile teminat paketi kapsamında yer alan hizmetlerin sunumuna yönelik sözleşmeler yapmaktadır.

Beşinci Bölüm

Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

Tablo 34. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, [2002-2013], (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış [Kat]
Sağlık Bakanlığı Tesisleri *	TL	5.536	7.546	9.528	10.462	14.372	16.862	19.328	20.884	23.905	26.976	32.673	37.755	5,8
	%	29,5	31,1	31,7	29,6	32,6	33,1	33,5	36,1	38,8	39,3	44,0	44,7	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	1.578	2.033	2.526	2.804	3.408	4.113	4.848	5.100	5.920	6.690	6.612	7.469	3,7
	%	8,4	8,4	8,4	7,9	7,7	8,1	8,4	8,8	9,6	9,8	8,9	8,9	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	3.214	4.152	4.793	6.547	8.468	11.034	12.242	9.460	9.898	12.006	14.396	15.903	3,9
	%	17,1	17,1	16,0	18,5	19,2	21,7	21,2	16,3	16,0	17,5	19,4	18,8	
Serbest Eczaneler	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
	%	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	
Diğer	TL	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2
	%	7,9	8,0	10,6	11,7	9,7	8,3	8,4	5,3	5,1	4,8	3,8	3,8	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

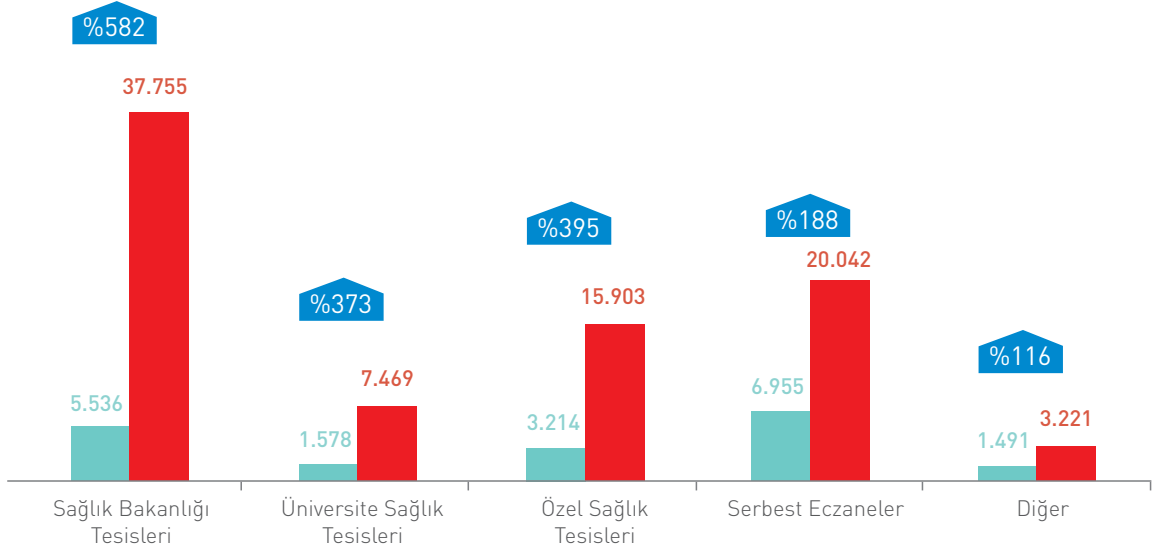
*SSK Sağlık Tesislerinin harcamaları dâhil edilmiştir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Sağlık harcamalarının onbir yıllık gelişimini hizmet sunucuları açısından incelediğimizde 2002 yılına göre önemli değişikliklerin olduğu görülmektedir. Örneğin; serbest eczanelerin sağlık harcamaları içindeki payı %37,0'dan %23,7'e kadar gerilemiş, üniversitelerin sağlık tesislerinin payı %8,4'ten 8,9'a yükselmiş, Sağlık Bakanlığının payı (SSK sağlık tesisleri dâhil) %29,5'den %44,7'e çıkmıştır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının payı %17,1'den %18,8'e yükselmiştir. Diğer sağlık harcamalarının payı ise %7,9'dan %3,8'e gerilemiştir.

2002-2013 döneminde hizmet sunucularına göre sağlık harcamalarındaki reel olarak en önemli artış, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde yaşanmıştır. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmet sunumunda hem nicelik ve hem de nitelik anlamında yaşanan gelişmeler, performansla bağlı ek ödeme sistemi, SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devri, global bütçe uygulaması, tam gün uygulaması, 112 acil hizmetlerinde sağlanan gelişmeler ve aile hekimliği sistemine geçilmesiyle Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde oluşan sağlık harcaması reel olarak %145 artmıştır. Üniversite sağlık tesislerinde oluşan sağlık harcamaları reel olarak %70, özel sağlık kurumları reel olarak %78 oranında artmış iken serbest eczanelere yapılan harcamalarda reel olarak sadece %3'lük bir artış olmuştur.

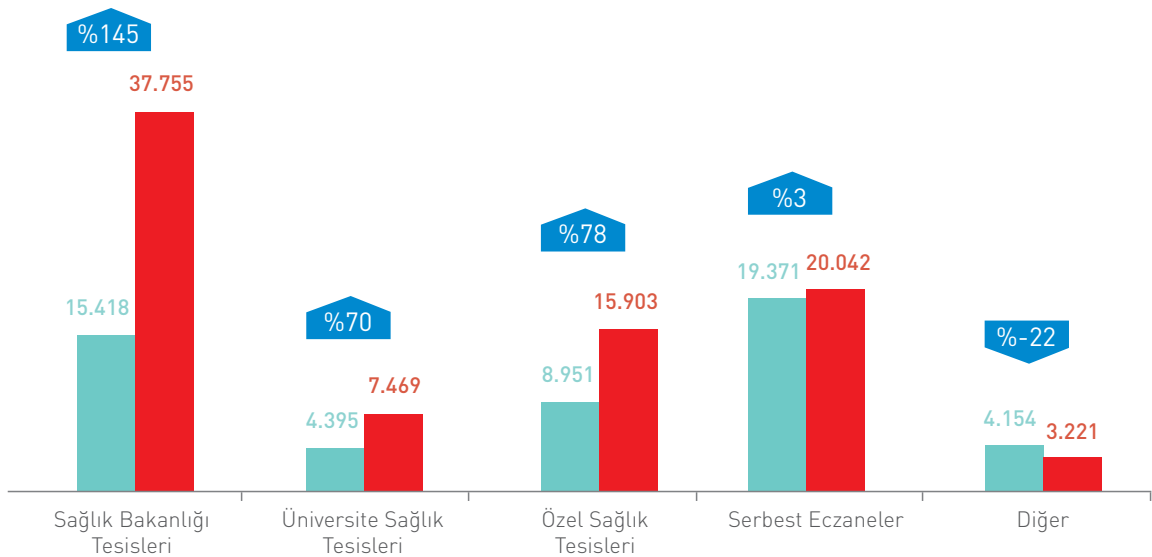
Grafik 21. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002, 2013), (milyon TL)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002 2013

Grafik 22. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002, 2013), (2013 yılı fiyatlarıyla, milyon TL)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002 2013

Tablo 35. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucuları ve Finansman Kaynağına Göre Gelişimi (Detay), (2002-2013), (milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sosyal Güvenlik Kurumları	1.817	2.998	4.083	3.521	5.442	6.399	7.204	7.307	8.118	10.160	15.784	18.436	9,1
Merkezi Yönetim Bütçesi	3.250	3.957	4.717	6.223	8.055	9.415	11.012	12.324	13.574	15.040	14.967	16.607	4,1
Yerel Yönetim Bütçesi	128	173	175	160	248	322	312	230	226	223	268	332	1,6
Özel Sektör	340	419	553	558	626	726	801	1.023	1.986	1.553	1.654	2.379	6,0
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri *	5.536	7.546	9.528	10.462	14.372	16.862	19.328	20.884	23.905	26.976	32.673	37.755	5,8
Sosyal Güvenlik Kurumları	620	827	1.079	1.083	1.325	1.523	2.223	2.529	3.376	3.964	4.927	5.680	8,2
Merkezi Yönetim Bütçesi	687	834	1.074	1.210	1.448	1.704	1.747	1.788	1.590	2.189	1.097	1.102	0,6
Yerel Yönetim Bütçesi	102	131	131	131	214	283	275	181	164	152	189	231	1,3
Özel Sektör	170	242	242	380	421	602	603	602	790	384	398	455	1,7
Üniversite Sağlık Tesisleri	1.578	2.033	2.526	2.804	3.408	4.113	4.848	5.100	5.920	6.690	6.612	7.469	3,7
Sosyal Güvenlik Kurumları	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.327	4.506	4.959	5.948	6.633	7.148	17,0
Merkezi Yönetim Bütçesi	192	236	271	269	341	408	552	779	205	70	68	46	-0,8
Yerel Yönetim Bütçesi	51	65	65	65	107	142	138	90	82	76	94	116	1,3
Özel Sektör	2.575	3.313	3.713	5.191	6.298	8.140	7.226	4.085	4.652	5.912	7.600	8.593	2,3
Özel Sağlık Tesisleri	3.214	4.152	4.793	6.547	8.468	11.034	12.242	9.460	9.898	12.006	14.396	15.903	3,9
Sosyal Güvenlik Kurumları	4.300	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161	13.547	14.144	13.446	14.765	2,4
Merkezi Yönetim Bütçesi	1.140	1.277	1.520	1.728	1.845	2.328	2.515	2.919	1.800	1.759	356	669	-0,4
Yerel Yönetim Bütçesi	38	57	64	74	61	30	46	43	4	8	9	8	-0,8
Özel Sektör	1.477	1.661	2.011	2.610	3.275	3.439	3.176	3.282	3.439	3.751	3.866	4.600	2,1
Perakende İlaç Harcamaları	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
Sosyal Güvenlik Kurumları	498	685	926	1.373	805	572	876	773	695	720	839	964	0,9
Merkezi Yönetim Bütçesi	14	13	77	90	78	111	123	136	39	28	5	0	-1,0
Yerel Yönetim Bütçesi	37	57	64	37	53	91	94	122	102	98	102	122	2,3
Özel Sektör	943	1.183	2.113	2.633	3.332	3.468	3.775	2.030	2.329	2.427	1.885	2.135	1,3
Diğer Sağlık Harcamaları	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2
SGK Toplam	7.631	10.662	13.231	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	5,2
Merkezi Yönetim Toplam	5.283	6.317	7.659	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	2,5
Yerel Yönetim Toplam	356	482	500	467	683	867	865	667	577	557	662	810	1,3
Özel Sektör Toplam	5.504	6.817	8.632	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	2,3
Toplam Sağlık Harcamaları	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

*SSK Sağlık Tesislerinin harcamaları dâhil edilmiştir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

A. Sağlık Bakanlığına Yapılan Sağlık Harcamaları

Daha önce ifade edildiği üzere 2002-2013 döneminin en önemli gelişmelerinden biri SSK'nın hizmet sunumundan çekilerek Sağlık Bakanlığına bırakması olmuştur. Bu adım, bu dönemde yapılan reformların başarıya ulaşmasındaki en önemli aşamalardan biri olarak kabul edilmektedir. 2002 yılında SSK Türkiye'deki mevcut hastanelerin %10'una (120 hastane), hasta yataklarının %17,6'sı (28.979 hasta yatağı), hastane müracaatlarının %35'ine, (43 milyon), yatan hastaların %25'ine (1.363.000) ve ameliyat sayılarının %34,7'sine (554.000) sahipti. Ayrıca SSK'ya bağlı 11 ağız ve diş sağlığı merkezi, 261 eczane ve 200 civarında dispanser bulunmaktaydı. Yaklaşık 33 milyon SSK'lı vatandaş büyük ölçüde sadece SSK'ya bağlı bu sağlık tesislerinden hizmet almak zorunda olup Türkiye'deki kamuya ait diğer sağlık tesislerinden sınırlı olarak yararlanabilmekteydiler.

Bu dönemde SSK'nın sağlık sunumundan çekilmesi bir anda gerçekleşmemiş, içten ve dıştan yapılan engellemeler ile oldukça sancılı bir dönem yaşanmıştır. Bu devir gerçekleşinceye kadar sürece yardımcı olacak nitelikte birçok adım da atılmış ve 19 Şubat 2005 tarihinde Savunma Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve belediye hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devriyle sağlık hizmet sunumu ile sağlık finansmanı ayrılmıştır.

Tablo 36. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	5.536	7.546	9.528	10.462	14.372	16.862	19.328	20.884	23.905	26.976	32.673	37.755	5,8
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	15.418	16.777	19.506	19.800	24.817	26.772	27.786	28.257	29.791	31.576	35.121	37.755	1,4
USD	3.676	5.054	6.699	7.803	10.042	12.956	14.949	13.500	15.933	16.153	18.228	19.857	4,4
SGP USD	9.070	9.790	11.759	12.595	16.979	19.495	21.715	22.984	25.416	27.333	31.034	34.379	2,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	29,5	31,1	31,7	29,6	32,6	33,1	33,5	36,1	38,8	39,3	44,0	44,7	
GSYH İçindeki Payı (%)	1,6	1,7	1,7	1,6	1,9	2,0	2,0	2,2	2,2	2,1	2,3	2,4	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002-2013 döneminde Türkiye'deki en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığının sağlık harcamaları içinde 2002 yılında %29,5 olan payı 2013 yılında %44,7'ye yükselmiştir. 2002 yılına göre 2013 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucularının sağlık harcamaları 5,8 kat artmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerine yapılan harcamaların GSYH içindeki %1,6 olan payı %2,4'e yükselmiştir.

Tablo 37. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar (Detay), (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	1.817	2.998	4.083	3.521	5.442	6.399	7.204	7.307	8.118	10.160	15.784	18.436	9,1
	%	32,8	39,7	42,9	33,7	37,9	38,0	37,3	35,0	34,0	37,7	48,3	48,8	
Merkezi Yönetim Bütçesi	TL	3.250	3.957	4.717	6.223	8.055	9.415	11.012	12.324	13.574	15.040	14.967	16.607	4,1
	%	58,7	52,4	49,5	59,5	56,0	55,8	57,0	59,0	56,8	55,8	45,8	44,0	
Yerel Yönetim Bütçesi	TL	128	173	175	160	248	322	312	230	226	223	268	332	1,6
	%	2,3	2,3	1,8	1,5	1,7	1,9	1,6	1,1	0,9	0,8	0,8	0,9	
Özel Sektör	TL	340	419	553	558	626	726	801	1.023	1.986	1.553	1.654	2.379	6,0
	%	6,1	5,5	5,8	5,3	4,4	4,3	4,1	4,9	8,3	5,8	5,1	6,3	
Toplam	TL	5.536	7.546	9.528	10.462	14.372	16.862	19.328	20.884	23.905	26.976	32.673	37.755	5,8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Bu dönemde, Sağlık Bakanlığının (SSK sağlık tesisleri dâhil) finansmanında sosyal güvenlik kurumlarının payı %32,8'den %48,8'e çıkarken, merkezi yönetim kurumlarının payı %58,7'den %44,0'e, yerel yönetimler ve diğer kamunun payı %2,3'den %0,9'a düşmüş ve özel sağlık harcamalarının payı %6,1'den %6,3'e yükselmiştir.

Sağlık Bakanlığı; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlamasından, denetiminden ve halk sağlığı ile 112 acil hizmet sunumundan sorumlu tek kamu kuruluşu ve hastane ile ağız diş sağlığı sunumunda da en büyük hizmet sunucusudur.

Bu dönemde hastanecilik hizmetleri ile ilgili gelişmelere baktığımızda 2002 yılında Türkiye'deki en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığı misyonu gereği bu rolünü yıllar itibarıyla arttırmaya devam etmiştir. Örneğin; 2002 yılında Türkiye'deki hasta yatakların %47'si Sağlık Bakanlığında iken bu oran 2013 yılında %60'a çıkmıştır. Aynı şekilde hastaneye müracaatların 2002 yılında %53'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerine ait iken bu oran 2013 yılında %73'e çıkmıştır.

Sağlık Bakanlığı; üniversite hastaneleri, belediye hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler hariç kamuya ait tüm sağlık tesislerini bu dönemde devralmıştır. Bu devir işleminde, en önemli unsur şüphesiz SSK'ya ait sağlık tesisleri olmuştur. Sağlık Bakanlığı 2005 yılında SSK'ya ait 146 hastane 212 dispanser, 11 ağız ve diş sağlığı merkezi ve 2 dal merkezini devralmıştır. Bu devir, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk dönemlerinde uygulanan kilit reformlardan biridir. 2005 yılında gerçekleştirilen bu devir, SSK'nın hizmet sunumundan çekilmesine ve sadece satın almaya odaklanmasına yardımcı olmuştur. Bu reformun temel amacı tüm kamu hastaneleri arasındaki yönetim ve ödeme mekanizmalarının uyumlu hale getirilmesi ve sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması olmuştur.

Bu dönemde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde işletmecilik alanında uygulamaya konan birçok yenilik ile 2011 yılı sonunda kanunlaşan Kamu Hastane Birlikleri modeli için birçok alanda ihtiyaç duyulacak altyapılar da hazırlanmıştır.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığında başlatılan işletmecilik uygulamalarının başlıcaları şunlardır:

1. Tek Düzen Muhasebe Sisteminin Uygulanması: 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerde (hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri, sağlık müdürlükleri-birinci basamak sağlık kuruluşları için-, hıfzıssıhhalar) uluslararası muhasebe standartlarına uygun olarak düzenlenen tek düzen muhasebe sistemi uygulanmaktadır. Tek düzen muhasebe sistemi tahakkuk esaslı muhasebe sistemine göre çalışmaktadır. Bu sistem ile döner sermayeli işletmelerin gelirlerinin ve kaynakların doğru ve zamanında kullanılması açısından önemli mesafeler alınmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için gerekli olan mevzuat düzenlemelerinin yanı sıra yönetsel, doğru ve güvenilir bilgi sistemlerinin kurulması ve geliştirilmesi de gerekmiştir. Bu açıdan tek düzen muhasebe sisteminin kurulması ve işletilmesi çok önemli bir adım olmuştur. Tek düzen muhasebe sistemi hem merkez kullanıcılarına, hem işletme yöneticilerine ve ilgili personele ve hem de muhasebe birimlerine, işletmelerin mali durumlarını elektronik ortamda ve anlık olarak takip edebilir hâle getirmiştir. Sistemle, Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerin borç ve alacaklarının elektronik ortamda takibi sağlanmış, muhasebe birimlerinin iş yükü azaltılmıştır. Tek düzen muhasebe sistemi ile Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerin tüm mali iş ve işlemlerini yapacak, işletmelerin durumlarını inceleyecek ve analiz edebilecek, finansal risklerini belirleyebilecek, elde edilen tespitleri raporlayarak iyileştirmelere yönelik önerilerde bulunabilecek bir sistem geliştirilmiştir.

2. Performansa Bağlı Ek Ödeme Sisteminin Uygulanması: 2002 yılında yani Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı başlamadan önce Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerin ürettiği hizmetlerden elde edilen gelirlerden bu hizmette emeği geçenlere çok sınırlı katkı payı ödenmekteydi. Bu tür bir katkı payı ödemesi, üretilen sağlık hizmeti ile doğrudan ilişki içinde olmadığından sağlık hizmetinin verimliliği, kayıt altına alınması başarılı olmamıştı. Uygulamada, teorik olarak temel maaşın %100'üne kadar ek ödeme yapılması mümkün iken bu bile ödenmiyordu. 2002 yılında uzman hekimler için ek ödeme ortalaması 2013 yılı rakamlarıyla 1.115 TL, ebe, hemşire gibi diğer sağlık hizmetleri sınıfındaki personel için ise yine 2013 yılı rakamlarıyla 345 TL civarındaydı. 2003 yılından itibaren uygulamaya konan performansa bağlı ek ödeme uygulaması ile birlikte bu matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri dikkate alınarak mesai içi çalışmalarında, %150 ile %800 arasında değiştirilmiştir. Bu matrahların mesai dışı çalışmalarla %150'nin %180'e ve %800'ün %1.040'a kadar yükselmesi mümkündür. 2013 yılında uzman hekimler için ek ödeme ortalaması 2002 yılına göre reel olarak 5 kata yakın artarak 5.116 TL, diğer sağlık hizmetleri sınıfı personel için 2002 yılına göre reel olarak 3 kata yakın artarak ortalama 947 TL olmuştur. Performansa bağlı ek ödeme sisteminin uygulaması sağlık çalışanlarını motive etmek, onların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek, ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapmak için kullanılmış ve oldukça başarılı olmuştur. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan performansa bağlı ek ödeme sistemi ile öncelikle, yapılan işle kazanç arasında paralellik kurularak zamanın ve kaynakların daha verimli kullanılabileceği bir sistem oluşturulmuştur. Hizmeti üretenlerin katkıları oranında pay almaları sağlanmıştır. Bu uygulamanın ortaya koyduğu birinci husus, işletmelerde yapılan hizmetlerin ölçülebilir hâle getirilmesi, ikinci husus ise; bu ölçülebilir hizmetlerin değerlendirilip hizmeti üretenlere yansıtılması olmuştur.

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması sonucunda birçok işletmede aktif mesai süreleri gönüllü olarak uzatılmıştır. Birçok uzman hekim muayenehanelerini kapatarak tam zamanlı olarak hastanelerde çalışmaya başlamıştır. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde uzman hekimlerin tam zamanlı çalışma oranı %11 iken bu uygulamalar sayesinde tam gün çalışma kanunu çıkarılmadan önce bile bu oran %90'ı geçmiştir. Böylece Türkiye'deki sayıca yetersiz olan hekimlerin kamu hastanelerindeki verimliliği artmıştır. Bu uygulama, hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur olmuştur. Sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması, malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azaltılması performansa dayalı ödeme sistemini büyük ölçüde desteklemiştir. Uygulama, düzenli bir kayıt sisteminin oluşmasını sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin 2003 yılında %20'sinde otomasyon var iken 2013 yılında bu oran %100 olmuştur. Bekleme süreleri önemli ölçüde azalmış, vatandaşa ayrılan muayene süreleri artmıştır. Uygulama ile bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere inmiştir. Sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hâle gelmiş, halk arasında "bıçak parası" diye bilinen yanlış uygulama ile mücadele kolaylaşmıştır.

3. Hizmet Alım Uygulamalarının Yaygınlaştırılması: 2002-2013 döneminin en önemli gelişmelerden biri de Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerde oldukça yaygın bir şekilde uygulamaya konulan hizmet alımları olmuştur. Hizmet alımları özellikle laboratuvar ve görüntüleme gibi tıbbî hizmetler alanlarında ve temizlik, güvenlik, yemek, bilgi işlem gibi destek hizmetlerinde geniş bir şekilde uygulanmıştır. Uygulamalar ile vatandaş memnuniyeti yükseltilmiş, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmış, eksik personel ihtiyacı karşılanmış, hizmet sunumunun sürekliliği sağlanmış, hastanelere modern teknolojilerin girmesi sağlanmış, sabit yatırım maliyetleri azaltılmış, diğer sağlık kurumları ile rekabet etme gücü arttırılmış, hizmetler daha ekonomik bir şekilde temin edilmiş, hizmet maliyetleri kontrol edilerek düşürülmüş, finansal riskler tedarikçiyle paylaşılmış, kalifiye personelin istihdamı kolaylaşmış ve yönetimde esneklik sağlanmıştır. Uygulama özellikle destek hizmetlerinde yeni bir personel istihdam modeline dönüşmüştür. Örneğin; Sağlık Bakanlığında 2002 yılında destek hizmetlerinde çalışan hizmet alım personeli sayısı 11 bin civarında iken bu sayı 2013 yılında 130 bine yükselmiştir.

4. İşletme Yöneticilerinin Yetkilerinin Genişletilmesi: Özellikle finansal imkânların genişletilmesine paralel olarak işletme yöneticilerine bütçe yönetimi, satın alma ve yatırım kararları konusunda daha fazla özerklik ve esneklik verilmiştir. Yöneticilere bütçeleri kadar harcama yetkisi verilmesi merkeze sormadan işletme ihtiyaçlarını hızlı bir şekilde karşılama imkânı sağlamıştır. Bu uygulamalar sağlık hizmetlerinin kalitesini ve vatandaşın memnuniyetini artırmak açısından yöneticilere büyük imkânlar sağlamıştır.

5. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Bütün İşletmelere Yaygınlaştırılması: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biri olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), uygulamaya konmuş, sağlık bilgi sistemlerinde ulusal standartlar geliştirilmiş ve bu sayede etkin bir bilgi sistemi altyapısı kurulmuştur. Hastanelerin tamamında bilgi işlem altyapısı oluşturulmuştur. Oluşturulan altyapı tüm Türkiye'yi kapsayan hızlı bir iletişim omurgasına sahip olup tıbbî görüntü transferine de imkân sağlamaktadır. Öte yandan bu sistemle sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların insan gücü, taşınır, taşınmaz, idari ve mali verilerini de kayıt altına almak mümkün olmuştur. Sağlık bilgi sistemlerinin yaygınlaştırılmasıyla sağlık veri standardizasyonu sağlanmış, veri analiz desteği ve karar destek sistemleri oluşturulmuş, e-sağlık paydaşları arasında veri akışı hızlandırılmış, elektronik kişisel sağlık kayıtları oluşturulmuş, kaynak tasarrufu sağlanmış ve verimlilik arttırılmıştır.

6. Hastanelerde Kalite ve Verimliliğin Önemslenmesi: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişiminin sağlanması olmuştur. 2003 yılından itibaren uygulamaya konan performansa dayalı ek ödeme sistemine 2005 yılında kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet altyapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Uluslararası uygulamalar gözden geçirilerek hazırlanan kalite kriterleri 2007 yılında 150 sorudan oluşan bir set hâline getirilmiştir. 2008 yılında yapılan revizyonla, bu kriterler hem yapısal hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiş "Hizmet Kalite Standartları" adı altında toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan yeni bir sete dönüştürülmüştür. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1.450 alt bileşenden oluşan Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları hazırlanıp yayımlanmıştır.

Hizmet Kalite Standartları ile birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunucularına uygulamalarda yol gösterici olduğu gibi uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Kurulan kalite sistemi ile hizmetin kalitesi arttırılmış, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmet sunumu sağlanmaya çalışılmış, çalışan ve hasta güvenliği arttırılmıştır.

7. Döner Sermayeli İşletmelerde Bütçe Disiplinin Sağlanması: Tek düzen muhasebe sistemine paralel olarak tasarlanan bütçe programı ile işletmelerin her mali yıl için gelir ve gider tahminlerinde bulunarak bütçelerini oluşturabilmeleri sağlanmıştır. Yıl içinde bütçe gerçekleştirmeleri takip edilerek işletmelerin bütçe gelir ve giderleri kontrol altına alınmıştır. Yatırım bütçeleri kurumların mali yapılarına göre belirlenmiş, yüksek harcama yapılmasının önüne geçilmiştir. Uygulanan sistemler ile bütçe dengesi önemli ölçüde tutturulmuş gelir kadar gider yapılması sağlanarak mali bünye güçlü tutulmuştur.

8. Global Bütçe Uygulamasına Geçilmesi: Sağlık finansmanı alanında yapılan reformlardan diğer bir önemli adım da Sağlık Bakanlığının kamu sağlık harcamalarından aldığı payın 2006 yılından itibaren global bütçe adı verilen yöntemle tespit edilmesi olmuştur. Uzun ve kapsamlı çalışmalar neticesi sağlıkla ilgili ekonomik koordinasyon kurulu tarafından belirlenen global bütçe; ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl içinde sunulacak hizmetler karşılığı elde edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile de harcama sınırını ve hedefini ifade etmektedir. Global bütçe uygulaması ile maliyet ve bürokrasi oluşturan birçok işlem son bulmuştur. Uygulama ile fatura hazırlama ve inceleme işlemlerinde çalışan personel ile kırtasiyecilik, depolama ve posta giderlerinde büyük tasarruf söz konusu olmuştur. Global bütçe ile Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerde nakit akışı sağlanmış, ödemeler düzenli olarak yapılmaya başlanmış bu sayede satıcılardan kaynaklanan maliyetler önemli ölçüde düşürülmüştür.

Global bütçe uygulaması ile birlikte işletmeler finansal açıdan rahatlamıştır. Global bütçe ile belirlenen ödenekler sadece fatura üretimi dikkate alınarak yapılan ödeme olmaktan çıkarılmıştır. Bunun yerine, işletmelerin personel yükü, hizmet verdiği alan büyüklüğü, ayakta ve yatan hasta sayıları gibi birçok parametre göz önünde tutularak planlama yapılmaya başlanmıştır.

Bu parametreler:

- **Ayakta Hasta Geliri:** Ayakta hasta muayenesi ile elde ettiği gelirin toplam gelir içindeki payının çok yüksek olduğu işletmelerde bu gelirin belli bir miktarı-maliyetleri daha düşük olduğu için- dikkate alınmıştır.
- **Yatan Hasta Geliri:** Yatan hasta gelirinin tamamına yakını -maliyetleri yüksek olduğu için dikkate alınmıştır.
- **Personelin Kuruma İlave Yükü:** Bu parametre, işletmelerde çalıştırılan personel giderlerinin kurumlar arasında oluşturduğu dengesizliğin azaltılması amacıyla uygulanmıştır.
- **Kapalı Alan Gideri:** Kapalı alana bağlı giderlerden dolayı (elektrik, kira, yakıt vb.) işletmeler arasında oluşan dengesizliğin düzeltilmesi amacıyla uygulanmıştır.
- **Bina Bakım-Onarım Gideri:** Bu parametre bina bakım-onarım giderlerinin oluşturduğu dengesizliğin düzeltilmesi amacıyla uygulanmıştır.
- **Çerçeve Alımı Yapılması:** Çerçeve alımı yapmak üzere görevlendirilmiş işletmelerin teşviki amacıyla uygulanmıştır.
- **Satın Alma Yönünden Bağlılık:** Başka işletmelerin satın alma işlemini yürüten işletmelerin teşviki amacıyla uygulanmıştır.
- **B1 Tipi 112 Entegre İstasyonu:** B1 tipi entegre 112 istasyonları, verdikleri hizmetten dolayı ilave bir gider oluşturduğundan, istasyonların entegre edildiği işletmeleri desteklemek için kullanılmıştır.
- **Teşhisle İlgili Gruplar:** 2010 yılı Aralık ayından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) uygulaması dikkate alınarak yapılmıştır.
- **Stok Kayıt Düzeni:** İşletmelerin stok kayıtları düzensiz ise tahakkukunun %1'i kadar kesinti yapılması öngörülmüştür.
- **Hastane Rollerine Uyum:** Sağlık Bakanlığınca belirlenen hastane rollerine uyum sağlanması amacıyla uygulanmıştır.

9. Yöneticiler İçin Performans Uygulamaları: Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde görevli yöneticilerin, görevlerini yerine getirirken dikkat etmeleri gereken bazı yönetsel öncelikler belirlenmiştir.

Bunlar:

- İşletmelerin sürdürülebilir bir finansal yapıya sahip olmaları,
- İşletme borçlarını zamanında ödemeleri,
- İşletme personelinin mali haklarının gözetilmesi,
- Sunulan hizmetlerde genel kabul görmüş kalite standartlarına uygun bir yapının oluşturulması ve korunması,
- Bakanlıkça belirlenmiş stratejik hedeflerin yerine getirilmesi olarak sıralanabilir.

Bu yönetsel önceliklerin ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak 2010 yılının Mart ayında yönetici performansı uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamaya göre Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerdeki başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ile başhemşire olarak çalışan yöneticiler önceden belirlenen performans kriterlerine göre işletmenin performansından sorumlu tutulmuşlardır.

İlk yönetici performansı uygulaması mali kriterlerin ölçülmesi suretiyle başlamıştır. Bu mali kriterler borçluluk oranı ve borçluluk süresi olmak üzere iki ana kriteri ölçmüştür. Bu iki performans kriterinin ortalaması hastane türü, yöneticinin işletmedeki görevi ve çalışma süreleri dikkate alınarak ilgili yönetici için bir yönetici performans katsayısı ortaya koymuştur. Her bir yönetici için ayrı ayrı belirlenen yönetici performans katsayısı ise yöneticinin ek ödemesi ile çarpılarak yöneticiye etki etmiştir.

Uygulamanın hayata geçmesiyle birlikte yöneticilerin performansa tabi olmaları; kaynakların etkin ve etkili kullanılması açısından önemli bir farkındalık oluşturmuş, daha sonraki süreçte mali göstergelere ek olarak diğer yönetsel göstergeler de eklenerek, yöneticilerin performansa tabi sorumluluk alanları genişletilerek, ölçülmüştür.

10. Finansal Yönetimin Merkezi Olarak Kontrolü: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının başarıyla uygulanabilmesinin en önemli faktörlerinden biri de finansal yönetimde sağlanan başarıdır. Bu dönemde, Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerin profesyonel bir şekilde, amatör duyularla yönetildiği gözlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yönetilen bu finansal uygulamaların başlıcaları şunlardır.

10.1. Finansal Düzenleme İşlemleri:

- Personel Ağırlıklı Hizmet Alımlarında Çalıştırılabilir İşçi Sayısının Tespitinin Dinamik ve Gerçekçi Kriterlere Bağlanması ile Gereksiz İşçi Çalıştırılmasının Önlenmesi:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yapılan düzenleme ile Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerde hizmet alımları kapsamında çalıştırılabilir işçi sayısının tespitinde, işletmenin gelirine, hizmet sunumuna, hasta potansiyeline, hizmet sunulan mekânın büyüklüğüne, kadrolu ve/veya sözleşmeli olarak çalışan mevcut personel sayısına göre değişebilen dinamik bir sistem uygulanmaya başlanmıştır. Bu düzenleme ile işletmelerin işçi sayısı tespitine yönelik işletmenin performansını ve hizmet sunumunu etkilemeyen sınırlamalar getirilmiştir. Hizmet alımları kapsamında çalıştırılacak işçi sayısının, belirlenen yeni kriterler doğrultusunda sağlıklı bir şekilde hesaplanabilmesi ve bu hesaplamanın Bakanlık veya il düzeyinde izlenebilmesi amacıyla web tabanlı "İşçi Sayısının Tespit ve Takip Sistemi" programı geliştirilerek işletmelerin kullanımına sunulmuştur.

İşletmeler, bu program üzerinden, bağlı bulundukları kriterler ve gösterdikleri performanslara göre çalıştırabilecekleri işçi sayısını, altı aylık periyotlarla belirlemektedir. Bu veriler anında Sağlık Bakanlığı, il sağlık müdürlüğü ve işletmeler tarafından kontrol ve takip edilebilmektedir. Ayrıca bu sistem üzerinden işletmelerde hizmet alımının konusuna göre kaç personel çalıştırıldığı, bu personelin öğrenim durumları ve verilen ücretler gibi bilgilere de anında ulaşılabilir. Düzenleme öncesi Sağlık Bakanlığı işletmelerinde hizmet alım kapsamında çalıştırılan işçi sayısı her yıl ortalama 15.000 civarında artarken bu sayı artışı yıllık ortalama 1.500 civarına düşürülmüştür.

- Personel Ağırlıklı Hizmet Alımlarında Yüklenicilere Verilecek Kâr Oranının Sınırlandırılması:

Kamu İhale Kurumunca yayımlanan Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği hükümlerine göre personel ağırlıklı hizmet alımlarında işin niteliğine göre %20 oranına kadar kâr oranı belirlenebilir olduğu halde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından 2009 ve 2010 yıllarında yapılan düzenlemelerle işletmelerin yapmış olduğu personel ağırlıklı hizmet alımlarında yüklenicilere verilebilecek azami kâr oranı önce %8 ile daha sonra ise %5 ile sınırlandırılmıştır. Yapılan bu düzenlemelerin Sağlık Bakanlığı işletmelerine önemli finansal katkısı olmuştur. Düzenleme öncesi Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerin yaptığı hizmet alımlarında ortalama kâr oranı 2009 yılında %7,53 iken 2010'da %4,61'e, 2011'de %3,05'e, 2012'de %2,33'e ve 2013 yılında ise %2,18'e düşürülmüştür.

- Hizmet Alımları Kapsamında Çalıştırılan İşçilere Öngörülecek Ücretlerin Standart Hale Getirilmesi:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yapılan düzenleme ile personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihalelerinde çalıştırılan işçilere hizmetin niteliğine göre işletmeler arasında uygulama birliğinin sağlanması, çalıştırılan işçilere hizmetin konusuna, öğrenim durumuna ve almış olduğu sertifikalara göre adaletli bir ücret öngörülmesi için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan düzenleme ile Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerde hizmet alımı ile çalışan personel için ücret dengesi oluşturulmuştur.

- Firmalara Yapılacak Ödeme Zamanının Belirlenmesi ve Ödeme Süreçlerinin Düzenlenmesi:

İhtiyaçların uygun şartlarla karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlayan en önemli etkenlerden biri de ödemelerin idare tarafından ne zaman yapılacağının tedarikçiler tarafından bilinmesi ve bu ödemelerin gecikmeksizin yapılması hususu olmuştur. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yapılan düzenlemelerle; ihale dokümanlarında mutlaka ödeme zamanının belirtilmesini, kurumun gelir gerçekleştirmeleri ve nakit akışları doğrultusunda ödeme zamanının azami 90 günü geçmemesi hususu düzenlenmiştir. Ayrıca mali durumu iyi olan kurumların erken ödeme zamanı belirlemelerini, muayene ve kabul işlemleri ile tahakkuk süreçlerinde gecikmeye mahal verilmeden ödeme evraklarının ilgili saymanlıklara süratle intikal ettirilmesi sağlanmıştır. Böylece vatandaşların ihtiyaçlarının sağlık işletmelerince karşılanması ve memnuniyetin en üst düzeye ulaştırılması amacıyla kaliteli ürün temini, düşük stok düzeyi ve düşük maliyeti temel alan stok uygulamaları başlatılmıştır.

10.2. Stok Yönetim İşlemleri:

- Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi Uygulamaları (MKYS):

MKYS, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yer alan işletmelerin taşınırların (ilaç, tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemeleri ve demirbaş) verimli kullanımını ve güncel olarak takibini sağlamak üzere geliştirilen merkezi web tabanlı bir yönetim bilgi sistemidir. MKYS içinde, taşınırların kullanımı ve takibine yönelik birçok modüler yapı bulunmaktadır. Geliştirilen bu model ile Envanter Bilgi Sistemi, Malzeme Girişi, Ambar (Depo) Bilgi Sistemi, Dayanıklı Taşınır Bilgi Sistemi, Ulaşım Araçları Bilgi Sistemi, Tıbbî Cihaz Bilgi Sistemi, Firma Bilgileri ve Sağlık Ocakları Malzeme İşlemleri gibi birçok modüler yapıyı içeren kombine bir taşınır yönetimi oluşturulmuştur.

2008 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı yönetiminde aktif olarak kullanılmakta olan bu sistem ile mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetveller elektronik ortamda hazırlanır hâle getirilmiştir. Ayrıca işletmelerde yapılacak iş ve işlemlerdeki hesap verilebilirliğe ilişkin kayıt ve raporlamalar sistem tarafından otomatik olarak gerçekleştirilip, olası hata ve riskler en düşük seviyeye çekilmiştir.

MKYS uygulamasından önce tüm kamu idarelerinde olduğu gibi Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerde de taşınırlara ait her türlü kayıt ve hesap işlemleri defter kayıtları üzerinden ayniyat görevlilerince takip edilmiştir. Bu doğrultuda bir işletmenin mal varlığı ile tüketim ve stok durumları gibi mali yapısına ilişkin veriler ancak dönem sonlarında hesapların kapatılması ile elde edilebilmekteydi. Ayrıca herhangi bir kurumun mal alımlarının ayrıntılı olarak incelenmesi veya daha önce alımı yapılan kalemlerin hangi birimlere çıkış yapıldığının öğrenilmek istenmesi durumunda, bahse konu işlemler için defter kayıtlarının yetkin kişiler tarafından uzun süren çalışmalarla incelenmesi ve buradan temin edilen bilgilerin hesaplama tabi tutulması gerekmektedir. MKYS uygulamasından sonra tüm bu kayıtlar elektronik ortamda tutularak, mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetvelleri kullanımdan kaldırılmıştır. Böylece, hesap verilebilirliğe ilişkin kayıtlar ve raporlar elektronik ortamda otomatik olarak hazırlanmıştır.

Halihazırda MKYS uygulamalarıyla herhangi bir kurumun ilaç veya tıbbî malzeme stoku, akaryakıt tüketimi, kırtasiye malzemeleri, yedek parça mevcudu ile bu taşınırları kimden, ne zaman, ne kadar miktarda ve hangi yöntemle satın alma yaptığı detaylandırılmış ve konsolide edilmiş raporlar ile web üzerinden anlık takip edilebilmektedir.

- Azami Stok Miktarı (ASM) Uygulaması:

Sağlık hizmet sunumunun kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için işletmelerin belirli seviyede stokla çalışmaları gerekmektedir. Stok seviyesinin gereğinin üzerinde olması işletmenin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hizmet kalitesini artırmak için ilaç ve tıbbî sarf ihtiyaçlarının tamamının sağlık tesislerince karşılanması zorunluluğundan dolayı işletmelerin ilaç ve tıbbî sarf stokları önemli ölçüde artış göstermiştir.

Sürdürülebilir finansal yapının sağlanabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Bakanlığı tarafından stok yönetimi alanında yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda tedarik ve stok maliyetleri ile miat ve bozulma gibi riskleri asgari düzeye indirmek amacıyla işletmelerde ilaç ve tıbbî sarf malzeme tedarikinde "Azami Stok Miktarı Uygulaması" başlatılıp işletmelerde bulundurulabilecek stoklar en fazla 3 aylık ihtiyaçla sınırlandırılmıştır.

Azami stok miktarı uygulaması ile mal kabullerinin ihtiyaçlar nispetinde ve 3 aylık ihtiyacı geçmeyecek ölçüde gerçekleşmesini sağlayıp, aynı zamanda ödeme yükümlülüklerinde kontrol altına alınarak borç vadelerinin kısaltılması sağlanmıştır. Azami stok miktarı uygulamasından önce stok düzeyleri yıllık ortalama %20'nin üzerinde artış göstermekte iken 2009 yılı Mayıs ayında başlatılan uygulamalar ile stok artışları önlenip, Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerde 1 milyar TL'nin üzerinde olan Türkiye geneli stok düzeyi 2013 yılı sonunda 635 milyon TL seviyesine kadar düşürülmüştür.

- Stok Fazlası ve İhtiyaç Fazlası Stok İşlemleri:

Hizmet üretim giderleri içinde önemli bir yer tutan ilaç ve tıbbî sarf ihtiyaçları, tedarik maliyetinin yanı sıra stok maliyetleriyle de işletmelerin finansal yapıları üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, işletme stoklarında üç aylık ihtiyacın üzerinde bulunan tıbbî malzeme veya ilaçlar ile çeşitli nedenlerden dolayı hiç kullanılmayacak veya miat, demode olma ve bozulma riski bulunan taşınırların, ihtiyacı olan işletmelere bedelli ya da bedelsiz devrinin sağlanması amacıyla "Stok Fazlası Taşınır Modülü" ile "İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü"nü geliştirmiştir. İşletmelerin ihtiyaç duydukları ürünlerin piyasadan temin yerine, öncelikli olarak stok fazlası veya ihtiyaç fazlası olan işletmelerden tedarik edilmesi amacıyla ihale öncesinde MKYS modüllerinin sorgulanması zorunlu hâle getirilmiştir.

MKYS' de stok kaydı bulunan ilaç ve tıbbî malzemelerin tüketim bilgilerine göre yıllık ihtiyaç miktarlarının belirlenmesi gerekmekte olup azami stok miktarı uygulamasına göre 3 aylık ihtiyacın üzerinde olan ürünler sistem tarafından otomatik olarak stok fazlası modüle aktarılmış ve diğer hastanelerin bilgisine sunulmuştur. Örneğin; bir hastanenin yıllık A ilacı ihtiyacı 1.000 adet ise azami stok miktarı uygulamasına göre depoda en fazla 250 adet bulundurabilecektir. Hastane A ilacından 300 adetlik bir alım yaptığında bunun 50 adedi otomatik olarak stok fazlası modüle aktarılarak ihtiyacı olan hastanelerin bilgisine sunulmuştur. 2009-2013 yılları arasında Sağlık Bakanlığına bağlı işletmeler arasında 342 milyon TL tutarında stok fazlası malzeme devri gerçekleştirilmiştir.

Hizmet üretimi gereği tedarik edilen ancak herhangi bir nedenle ihtiyaç dışına çıkan mal veya malzemeler ihtiyaç fazlası malzeme olarak tanımlanmıştır. Kaynakların verimli olarak kullanımına destek olmak üzere ihtiyaç fazlası taşınır modülünde yer alan ürünlerin bedelsiz olarak devri sağlanmıştır. 2009-2013 yılları arasında Sağlık Bakanlığına bağlı işletmeler arasında 190 milyon TL tutarında ihtiyaç fazlası malzeme devri gerçekleştirilmiştir.

- İhale Öncesi MKYS Sorgulama Zorunluluğu:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı yönetimindeki MKYS sisteminde ihale öncesi sorgulanacak modüllerin bir diğeri "Malzeme Satın Alma Sorgulama Modülü"dür. Bu modül aracılığı ile "kimin, neyi, kimden, ne zaman ve ne kadara satın aldığı" bilgisi işletmelerin kullanımına sunulmakta olup bu doğrultuda yaklaşık maliyet hesabı ile ihalelerin karara bağlanmasının daha sağlıklı veriler üzerinden gerçekleşmesi sağlanmıştır. Netice olarak MKYS uygulamaları, ekonomik satın alma fonksiyonunun yanı sıra, atıl bekleyen kamu kaynaklarının ihtiyacı olan işletmelere devredilebilmesinde ve stok düzeylerinin düşürülmesinde önemli bir araç olarak kullanılmıştır.

- Stok Analizleri:

Stok ve satın alma analizlerinin temel amacı, hizmet sunumunun gerekli kıldığı ilaç ve tıbbî malzeme ihtiyaçlarının ekonomik satın alma yöntemleriyle tedarik edilmesini sağlamaktır. MKYS satın alma modülü üzerinde takip edilen bilgiler ışığında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından düzenli olarak satın alma ve stok analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu analizler ışığında sürekli düzenlemeler yapılmış ve tedbirler alınmıştır.

- İl Düzeyinde Stok Koordinasyon Ekiplerinin ve İl Stok Havuzlarının Oluşturulması:

Stok yönetimi alanında gerçekleştirilen uygulamaların devamı olarak, il düzeyinde stok yönetiminin etkin kılınması ve kurumsal düzeyde malzeme devirlerinin koordine edilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından her ilde stoklar "İl Stok Havuzu" olarak değerlendirilmiş ve "Stok Koordinasyon Ekipleri" oluşturulmuştur. Stok koordinasyon ekipleri; il düzeyinde stok uygulamalarını incelemek, yıllık ihtiyaç miktarlarını kontrol etmek, il stok havuzunda yer alan ürünlerin piyasadan teminini önlemek ve satın alma uygulamalarını analiz ederek idareler nezdinde farkındalık oluşturmak üzere faaliyet göstermiştir. İşletmelerin stok koordinasyon biriminden izin almadan piyasadan tedarik cihetine gitmemesi sağlanıp ihtiyaçların öncelikle il stok havuzundan karşılanması zorunlu kılınmıştır.

- İhtiyaç Tespit Komisyonlarının Kurulması:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından işletmelerinin her türlü tıbbî malzeme, ilaç ve benzeri mal alımları ile hizmet alımlarına yönelik taleplerin yerindeliğini ve talep miktarlarını kontrol etmek üzere "İhtiyaç Tespit Komisyonları" oluşturulmuştur. Söz konusu komisyon, gereksiz bürokrasi oluşturmayacak şekilde çalışarak işletme ihtiyaçlarının etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde tespit edilmesini sağlamıştır. Bu komisyon;

- Mal alımlarında teminine karar verilen bir ürünün, sadece alınacak miktarına değil fiyatlandırılabilir ürünlerde bunun geri ödeme kurumları tarafından ödenip ödenmediğine ve azami hangi fiyattan alınabileceğine,

- Hizmet alımlarında, alınacak hizmetin nitelik ve kapsamına ve geri ödeme kuruluşlarınca yapılacak ödeme dikkate alınarak, bu hizmetin hangi fiyata kadar tedarik edilebileceğine, Alternatif ürünleri araştırarak ihtiyacın daha düşük maliyetlerle karşılanmasının mümkün olup olmadığına,

- İhtiyaç konusu mal veya hizmetin alternatif temin yöntemlerinin (bağış, diğer kurumlardan devir, kiralama, hizmet alımı gibi) bulunup bulunmadığına karar vermekte olup, bu komisyonların, işletmelerin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasında kontrol aracı olarak çalışmaları sağlanmıştır.

10.3. Satın Alma Yönetimi İşlemleri:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından sağlık işletmelerinin ihtiyaçlarını etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde temin etmeleri için kamu ihale mevzuatı çerçevesinde yeni yöntemler uygulamaya konulmuştur;

- Kamu Hastanelerinin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Almalarının Önünün Açılması:

Sağlık Bakanlığı işletmelerince kullanılmayan veya ihtiyaç fazlası olan mal ve demirbaşların israf edilmeden kullanılması amacıyla ihtiyaç duyan işletmelere bedelsiz veya tespit edilecek bir bedel üzerinden devri ile atıl durumda kalan ihtiyaç sahibi olan kurumlara verilebilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılmıştır. Bu düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığına bağlı işletmeler ile üniversite hastaneleri ve kamuya ait diğer hastanelerin atıl durumdaki kaynakları kullanılır duruma getirilmiştir.

- Küçük Hastanelerin İhtiyaçlarının Büyük Hastanelerce Karşılanması:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından 2009 yılının ikinci yarısından itibaren küçük bütçeli ve satın alma kapasitesi yetersiz olan hastanelerin ihtiyaçlarının büyük hastanelerce karşılanması kuralı getirilmiştir. Bu düzenlemeyle işletmelerin satın alma işlemleri kolaylaştırılarak tedarik ve stok maliyetleri düşürülmüş, ilaç ve tıbbî malzeme satın alan hastane sayısını 835'ten 312'ye indirilmiştir. Satın alması diğer işletmelerce yapılan hastanelerin ihtiyaçları için 2010-2013 yılları arasında 171,2 milyon TL ilaç ve tıbbî malzemenin diğer işletmelerce karşılanması sağlanmıştır.

- Çerçeve Anlaşma Yöntemi ile Toplu Satın Alımlar:

Sağlık hizmeti sunan idarelerin sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal veya hizmet alımlarının, yapılan çerçeve anlaşmalarla karşılanmasını sağlayan yasal düzenlemenin yapılması sağlanmıştır. Çerçeve anlaşmalar işletmelerin etkin stok yönetimine katkı sağlayan ve ihtiyaçların daha önceden belirlenen tedarikçilerden hızlı bir şekilde karşılanmasını sağlayan önemli bir tedarik yöntemi olmuştur. Çerçeve anlaşmaların en önemli özelliği işletmelere alım yapma yükümlülüğü getirmemesidir. Ayrıca çerçeve anlaşma süresince (bu süre dört yıla kadar çıkabilmektedir) yapılacak alımlar için her defasında ilana çıkılmamakta ve isteklilerden yeterlilik için tekrar belge istenmemektedir.

İhtiyaçların çerçeve anlaşmalar yolu ile temini yöntemi Sağlık Bakanlığında uygulanmaya başlatılmıştır. 2009 yılında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yayımlanan genelge ile ilaç ve tıbbî malzeme alımlarının il düzeyinde toplu olarak yapılacak çerçeve anlaşmalarla karşılanması zorunlu hâle getirilerek bu alımların il sağlık müdürlüklerinde veya il içinde satın alma kapasitesi yeterli bir hastanede oluşturulacak merkezi satın alma birimleri vasıtasıyla yapılmaya başlanmıştır.

Çerçeve anlaşmaların zorunlu hâle getirilmesinden sonra öncelikle 81 ilde oluşturulan merkezi satın alma birimlerinde çalışan personele ve sektör temsilcilerine, Kamu İhale Kurumu uzmanlarının da katkısıyla çerçeve anlaşma mevzuatı ile ilgili bilgilendirme toplantıları yapılmıştır. 2011 yılında isteklilerin çerçeve anlaşmalara katılımını arttırıcı mevzuat düzenlemeleri ile işletmelerin uygulamada mevcut mevzuattan kaynaklanan sıkıntılarını giderici gerekli mevzuat değişikliklerinin yapılması sağlanıp, işletmelerin ihtiyaçlarını çerçeve anlaşmalarla temin etme oranlarının arttırılması hedeflenmiştir. 2010 yılında toplam alımlar içinde çerçeve anlaşmaların oranı %11,3 iken bu oranı 2013 yılında %8,6'ya düşmüştür.

- Laboratuvar Hizmet Sunumu İhtiyaçlarının Toplu Satın Almalar ile Karşılanması:

Laboratuvar ihtiyaçlarının ekonomik ve etkin bir şekilde karşılanması amacıyla, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından 2010 yılında yapılan düzenleme ile küçük bütçeli ve satın alma kapasitesi yetersiz olan 629 adet işletmenin laboratuvar ihtiyaçlarının il sağlık müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılanması zorunlu tutulmuştur. 2011 yılında da uygulamaya devam edilmiştir. 629 kurumun laboratuvar ihtiyaçları, il sağlık müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılanmıştır.

2009 yılında ve 2010 yılında getirilen bu düzenlemelerle;

- Tedarik ve stok maliyetleri azaltılmış,
- Ortak teknik şartnamelerin oluşturulması sağlanmış,
- İşletmelerin satın alma kapasiteleri artırılmış,
- İhalelerde rekabet ortamı artırılmış,
- İhale sayısı azaltılmıştır (2009 yılında 21.660 olan ihale sayısı, 2010'da 18.787'ye, 2011'de 18.052'ye, 2012'de ise 16.410'a, 2013'de 10.732'ye düşürülmüştür).

- AR-GE İhtiyaçlarının Temininde Kolaylık Getirilmesi:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3'üncü maddesinin (f) bendi kapsamında Sağlık Bakanlığı birimlerinin sağlık alanında yapacağı araştırma ve geliştirme faaliyetlerine ilişkin her türlü hizmet alımının esas ve usulleri belirlenmiştir. Sağlık alanında yaptırılacak araştırma ve geliştirme hizmetleri Sağlık Bakanlığınca bu esaslara göre piyasadan pazarlık usulü veya doğrudan temin usulü ile kamu kuruluşlarından ve üniversitelerden ise protokol ile doğrudan alınabilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından, ihtiyaç duyulan araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütecek üniversitelere ve diğer kamu kuruluşlarına bu hizmetleri karşılığında, her bir hizmet için 3 milyon TL'ye kadar finansman sağlanarak, Türkiye'de AR-GE faaliyetlerinin geliştirilmesine katkı yapılmıştır.

10.4. İşletmelerin Finansal Risk Yönetim Esaslarına Göre Yönetilmesi:

Sağlık Bakanlığına bağlı 1.000'in üzerindeki işletme bu dönemde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından risk yönetim esasları dikkate alınarak yönetilmiş, yüksek risk tespit edilen hastanelere mali analiz yapılarak, mali durumlarını düzeltebilmeleri sağlanmıştır.

- İşletmelerin Finansal Risk Yönetimi:

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya konulan düzenlemelerin temel amacı, erişilebilir, yeterli ve kaliteli sağlık hizmetini, vatandaş memnuniyeti ve finansal koruma esas alınarak sürdürebilmek olmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerde bunun sağlanabilmesi kaynakların etkin ve verimli kullanılması ile mümkün olabilmektedir. Bu amaç doğrultusunda döner sermayeli işletmeler mali veriler üzerinden değerlendirilerek "Finansal Risk Analizleri" yapılmış ve işletmelerin risklilik durumu 5 ayrı derecelendirme ile günlük takip edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca finansal risk analizi kapsamında her bir işletmenin mali yapısı incelenmiş, bu doğrultuda toplam borç yükü, aylık hizmet gelirinin 2 katı ve üzerinde olan işletmeler birinci derecede riskli olarak derecelendirilmiştir.

- Mali Analiz Çalışmaları ve Finansal Eylem Planları:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca mali tablolar üzerinden günlük risk analizi ile takip edilen işletmeler, yüksek risk derecesi oluşmadan önce tespit edilerek kurum idarecileri ile birlikte mali analiz toplantıları gerçekleştirilmiştir. Bu toplantılar ile kurumların hizmet üretim performansı ve gelir-gider gerçekleştirmeleri incelenip, aynı role sahip kurumlarla mukayeseli olarak analize tabi tutulmuştur. Yapılan toplantılar sonucunda finansal risklerin ortadan kaldırılıp, mali açıdan sürdürülebilirliğin sağlanması için kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla her kuruma özel "Mali Analiz Raporları" ile "Finansal Eylem Planları (FEP)" hazırlanmıştır. Ayrıca analiz raporları ile eylem planlarında yer alan hususların takibini dönemsel gerçekleştirmelerle izleyip gerektiğinde işletme yönetimiyle tekrar istişare toplantıları düzenlenmiştir.

- Finansal Yönetim Toplantıları:

Mali durum değerlendirmeleri kapsamında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca her yıl düzenli olarak hastane yöneticilerine yönelik "Finansal Yönetim Bilgilendirme Toplantıları" düzenlenmiştir. Bu kapsamda işletme yöneticilerine yönelik mali mevzuattaki değişiklikler ile yürürlüğe konulan yeni düzenlemeler hakkında eğitim ve bilgilendirme toplantıları gerçekleştirilmiştir. Bu toplantılarda özellikle işletmelerin finansal sürdürülebilirliği için temel ilke olan "gelir = gider" dengesinin sağlanabilmesine yönelik mali tablolar ve uygulama sonuçları ile hassasiyet oluşturmaya çalışılmıştır.

Ayrıca finansal yönetimin etkinleştirilmesi ve uygulamaya konulan düzenlemelerin takibi için il sağlık müdürlerine yönelik eğitim ve bilgilendirme toplantıları da üçer aylık periyotlarla düzenli olarak devam ettirilmiştir.

- İç Kontrol Sisteminin Oluşturulması:

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca 5018 sayılı Kamu Mali Yönetim Kontrol Kanunu kapsamında uluslararası standartlara ve Avrupa Birliği uygulamalarına uygun bir şekilde, Bütünleşik Kontrol Çerçevesi (COSO) modelini örnek alarak Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı etkin bir iç kontrol sistemi ile donatılmıştır. Hizmetlerin etkinliğini sağlamak, verimliliği arttırmak ve idari ve mali raporların güvenliği ve yürürlükteki kanun ve düzenlemelere uygunluğunu ortaya koymak amacıyla bu model doğrultusunda 2009 yılında ilk adım olarak Strateji Geliştirme Başkanlığı'nda İç Kontrol Sistemi Kurulması çalışmaları yapılmıştır.

İkinci adımda ise Maliye Bakanlığı'nca hazırlanan Kamu İç Kontrol Standartları tebliği çerçevesinde Sağlık Bakanlığında İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planını 30.06.2009 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.

11. Saha Koordinatörlüğü / Saha Gözlemciliği Sistemi ile İzleme ve Değerlendirmenin Etkin Şekilde Yapılması:

Sağlık Bakanlığı uygulamalarının sahada görülüp değerlendirilmesi anlayışıyla hareket edilerek, çalışanların hizmetlerini yerinde görmeye özen gösterilmiştir. Bunun için "Saha Koordinatörlük Sistemi" 2006 yılının Ocak ayında başlamıştır. Saha koordinatörlük sistemi dünya çapında örnek gösterilecek proaktif bir izleme ve değerlendirme sistemi olmuştur. Saha koordinatörleri ile Sağlık Bakanlığı reformları yerinde takip etmiş, karşılaşılan problemlerle ilgili taşra ve merkez yöneticilerine çözüm önerilerinde bulunmuştur.

2006-2013 yıllarında saha koordinatörlüğü sistemi ile 81 il hiçbir istisnaya tabi tutulmaksızın defalarca yerinde incelenmiştir. Birçok ilde birden fazla değerlendirme yapılmış, yerel yöneticilerle birlikte ilin sorunları masaya yatırılmış, birlikte çözmek üzere görev paylaşımı yapılmıştır. Gidilen illere başka illerdeki sağlık idarecileri de görevlendirilerek hem gidilen ildeki kurumları incelemelerine hem de kendi kurumlarıyla mukayese etmelerine imkân verilmiştir. Böylece il değerlendirme çalışmaları aynı zamanda hizmet içi eğitim fırsatı olarak değerlendirilmiştir.

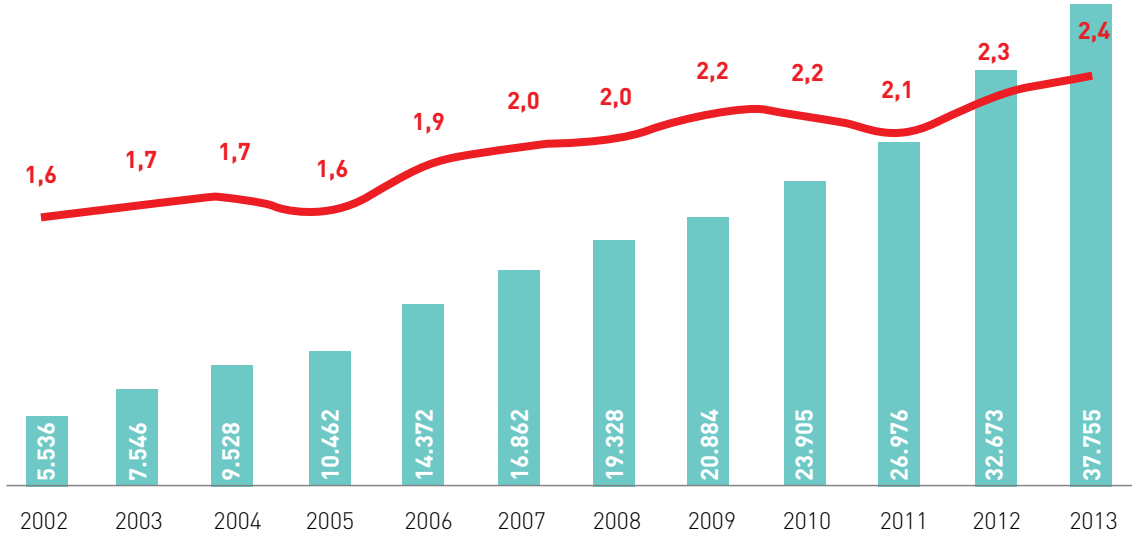
12. Kamu Hastane Birliklerinin Oluşturulması:

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerin etkili, kaliteli ve verimli işletilebilmesi için 2012 yılı sonunda il düzeyinde Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur. Böylece birlikler ve bağlı hastanelerde yöneticilerinin tamamının sözleşmeli olduğu, denetlenebilir, hesap verebilir ve profesyonel bir yönetim sistemine geçilmiştir.

Tablo 38. Sağlık Bakanlığının Finansmanı, (2002-2013), (milyon TL)

Yıllar	GSYH	Sağlık Bakanlığı					GSYH içindeki Payı (%)
		Sosyal Güvenlik Kurumları	Merkezi Yönetim	Yerel Yönetim	Özel	Toplam	
2002	350.476	1.817	3.250	128	340	5.536	1,6
2003	454.781	2.998	3.957	173	419	7.546	1,7
2004	559.033	4.083	4.717	175	553	9.528	1,7
2005	648.932	3.521	6.223	160	558	10.462	1,6
2006	758.391	5.442	8.055	248	626	14.372	1,9
2007	843.178	6.399	9.415	322	726	16.862	2,0
2008	950.534	7.204	11.012	312	801	19.328	2,0
2009	952.559	7.307	12.324	230	1.023	20.884	2,2
2010	1.098.799	8.118	13.574	226	1.986	23.905	2,2
2011	1.297.713	10.160	15.040	223	1.553	26.976	2,1
2012	1.416.798	15.784	14.967	268	1.654	32.673	2,3
2013	1.565.181	18.436	16.607	332	2.379	37.755	2,4
Toplam	10.896.376	91.270	119.140	2.799	12.618	225.826	2,1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Grafik 23. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar ve GSYH içindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Milyon TL

GSYH içindeki Payı (%)

2002-2013 döneminde Sağlık Bakanlığı finansmanında istikrarlı bir artış söz konusu olmuştur. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı finansmanının GSYH içindeki payı %1,6 iken 2013 yılında bu pay %2,4'e yükselmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye’deki en büyük hastane işletmecisi olmasının yanında halk sağlığı sunumundan tek başına sorumlu kamu idaresidir. 2013 yılına gelindiğinde sağlıktaki diğer alanlarda olduğu gibi halk sağlığı alanında da çok önemli gelişmeler yaşanmıştır. 2013 yılında Sağlık Bakanlığının yönetimi altında 21.175 aile hekimliği birimi, 177 verem savaş dispanseri, 183 ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve 5.594 sağlık evi aktif olarak faaliyet göstermektedir.

2002-2013 döneminde Sağlık Bakanlığının halk sağlığı hizmet sunumunda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu uygulamaların en önemlilerinden biri olarak 09 Aralık 2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir. Birinci basamak hizmet sunumunda çok önemli değişiklik yapan bir düzenleme olan aile hekimliği ile her hekime bir muayenehane prensibi getirilerek, aile hekimlerinin iş yönetiminde etkin olmaları sağlanmıştır. Fiziki şartların geliştirilmesi ve çalışma ortamının iyileştirilmesi için gerekli ödeme kalemleri oluşturulmuştur. Pilot uygulama olarak başlayan aile hekimliği sisteminin bütün ülkeyi kapsaması 5 yılı aşan bir süre almıştır.

Tablo 39. Aile Hekimliği Geçiş Takvimi

İL ADI	GEÇİŞ TARİHİ	İL ADI	GEÇİŞ TARİHİ	İL ADI	GEÇİŞ TARİHİ
DÜZCE	15.09.2005	ERZURUM	21.11.2008	TEKİRDAĞ	09.08.2010
ESKİŞEHİR	17.07.2006	KİRŞEHİR	21.11.2008	KARS	09.08.2010
BOLU	16.10.2006	KAYSERİ	15.12.2008	ORDU	13.09.2010
EDİRNE	01.12.2006	RİZE	05.01.2009	BİTLİS	13.09.2010
ADIYAMAN	25.12.2006	TRABZON	05.01.2009	ZONGULDAK	13.09.2010
DENİZLİ	25.12.2006	UŞAK	13.07.2009	MUŞ	13.09.2010
GÜMÜŞHANE	29.12.2006	BURSA	01.10.2009	SİVAS	20.09.2010
ELAZIĞ	04.01.2007	KÜTAHYA	04.01.2010	AĞRI	11.10.2010
ISPARTA	18.01.2007	NEVŞEHİR	04.01.2010	AFYONKARAHİSAR	11.10.2010
SAMSUN	01.03.2007	SAKARYA	04.01.2010	BALIKESİR	11.10.2010
İZMİR	14.05.2007	ARTVİN	18.01.2010	VAN	18.10.2010
SİNOP	15.08.2007	ERZİNCAN	18.01.2010	HAKKARİ	18.10.2010
BARTIN	01.11.2007	IĞDIR	12.04.2010	İSTANBUL	30.10.2010
AMASYA	03.12.2007	KİLİS	12.04.2010	SİİRT	09.11.2010
BAYBURT	02.01.2008	NİĞDE	10.05.2010	MARDİN	15.11.2010
ÇORUM	02.01.2008	GİRESUN	14.06.2010	DİYARBAKIR	15.11.2010
MANİSA	02.01.2008	KIRKLARELİ	14.06.2010	KOCAELİ	15.11.2010
OSMANİYE	14.01.2008	KONYA	14.06.2010	ŞIRNAK	06.12.2010
KARAMAN	15.01.2008	BİNGÖL	05.07.2010	ŞANLIURFA	13.12.2010
KARABÜK	01.02.2008	MERSİN	05.07.2010	ANTALYA	13.12.2010
ADANA	21.05.2008	YOZGAT	05.07.2010	GAZİANTEP	13.12.2010
BURDUR	14.07.2008	ÇANAKKALE	12.07.2010	HATAY	13.12.2010
KIRIKKALE	18.08.2008	MALATYA	12.07.2010	KAHRAMANMARAŞ	13.12.2010
ÇANKIRI	15.10.2008	AKSARAY	12.07.2010	MUĞLA	13.12.2010
TUNCELİ	15.10.2008	ANKARA	15.07.2010	AYDIN	13.12.2010
YALOVA	15.10.2008	TOKAT	09.08.2010		
BİLECİK	10.11.2008	ARDAHAN	09.08.2010		
KASTAMONU	10.11.2008	BATMAN	09.08.2010		

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

2008 yılının Ekim ayında aile hekimliği uygulanmakta olan illerden dördünde (Bayburt, Isparta, Gümüşhane, Denizli) pilot olarak sevk zinciri uygulaması getirilmiştir. SGK tarafından yayımlanan tebliğle 2009 yılında ise sevk zinciri uygulamasının aile hekimliğinin uygulanmakta olduğu bütün illere yaygınlaştırılacağı ilan edilmiştir. Fakat kısa bir süre sonra hekim sayısının yeterli olmamasından dolayı uygulama imkânı olmadığından bu zorunlu sevk sisteminden vazgeçilmiştir. Bunun yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumu müracaatlarına katılım payı getirilerek bir başka tür sevk zinciri sistemine geçilmiştir. 13.12.2010 tarihi itibarıyla tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

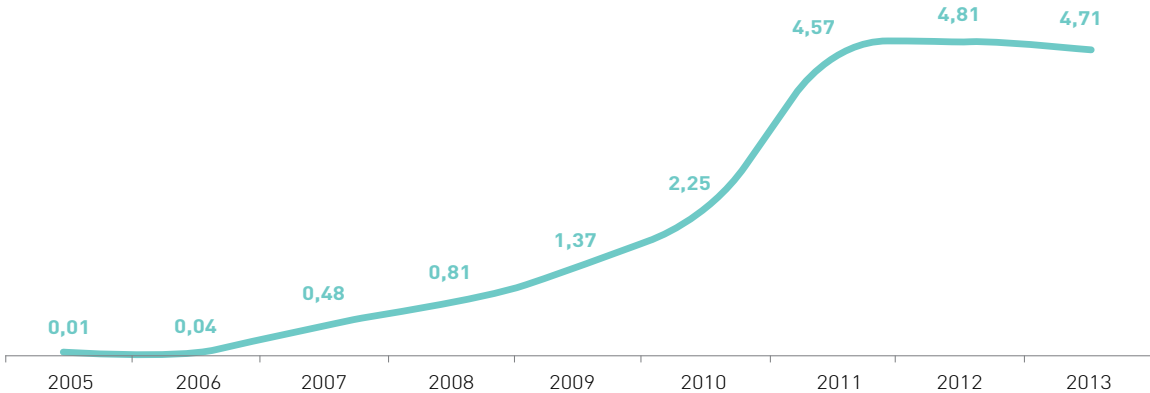
Tablo 40. Aile Hekimliğine Yapılan Harcamalar, (2005-2013), (milyon TL/USD)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TL	2	19	242	466	792	1.388	3.138	3.570	3.973
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	3	33	384	669	1.072	1.730	3.673	3.838	3.973
USD	1	13	186	360	512	925	1.879	1.992	2.090
SGP USD	2	23	280	523	872	1.476	3.180	3.391	3.618
Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%)	0,01	0,04	0,48	0,81	1,37	2,25	4,57	4,81	4,71
GSYH İçindeki Payı (%)	0,00	0,00	0,03	0,05	0,08	0,13	0,24	0,25	0,25
Aile Hekimliğine Geçen İl Sayısı	1	7	14	31	35	81			

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK

Aile hekimliğini uygulayan çoğu ülkede, aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 1.200 kişi civarında olduğu halde, 2013 yılı itibarıyla Türkiye’de aile hekimi başına düşen nüfus 3.621 kişidir. Aile hekimi sayısının düşük olması zorunlu sevk sistemini kurulmasını mümkün kılmamıştır. Aile hekimliğinin uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmuştur. Yine bu merkezler; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekten sorumlu tutulmuştur.

Grafik 24. Aile Hekimliği Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2005-2013), (%)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK

Aile hekimliği harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı kademeli olarak bütün illerin aile hekimliğine geçmesi ile %4,71 seviyesine ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığının bir diğer sorumlu olduğu alan 112 acil sağlık hizmet sunumudur. 2002-2013 döneminde 112 acil sağlık hizmet sunumunda da önemli gelişmeler yaşanmıştır. 2008 yılı Ekim ayında helikopter ambulanslar ve 2010 yılı Nisan ayında uçak ambulanslar faaliyet göstermeye başlamıştır. 2002 yılında 618 olan kara ambulans sayısı 2013 yılında 3.357'ye çıkarılmıştır. Ayrıca 2013 yılında 2002 yılında hiç olmayan 17 ambulans helikopter, 4 uçak ambulans, 296 kar paletli ambulans ve 4 deniz ambulansı ile hizmet verilmiştir.

2002-2013 döneminde Sağlık Bakanlığı ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde de önemli atılımlar yapmıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı 8 ağız ve diş sağlığı merkezi var iken 2013 yılında 127'ye, 5 milyon civarında olan ağız diş sağlığı merkezlerine müracaat sayısı 37,8 milyona çıkarılmıştır.

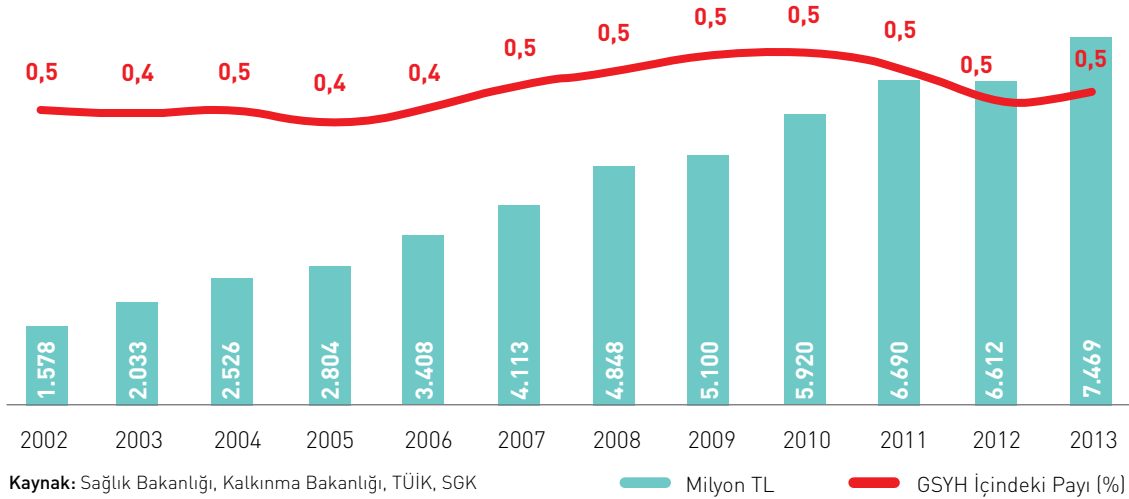
B. Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Sağlık Harcamaları

Tablo 41. Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	1.578	2.033	2.526	2.804	3.408	4.113	4.848	5.100	5.920	6.690	6.612	7.469	3,7
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	4.395	4.521	5.172	5.307	5.885	6.530	6.970	6.900	7.378	7.830	7.107	7.469	0,7
USD	1.048	1.362	1.776	2.091	2.381	3.160	3.750	3.297	3.946	4.006	3.689	3.928	2,7
SGP USD	2.586	2.638	3.118	3.376	4.026	4.755	5.447	5.612	6.294	6.778	6.280	6.801	1,6
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	8,4	8,4	8,4	7,9	7,7	8,1	8,4	8,8	9,6	9,8	8,9	8,9	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002 yılında sağlık harcamaları içindeki payı %8,4 olan üniversite sağlık tesislerinin payında önemli bir değişiklik olmamıştır. Bu pay 2013 yılına geldiğimizde sadece %0,5'lik bir artışla %8,9'a yükselmiştir.

Grafik 25. Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Üniversite sağlık tesislerine yapılan harcamaların GSYH içindeki payı (%0,5) değişmemiştir.

Tablo 42. Üniversite Sağlık Tesislerinin Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış [Kat]
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	620	827	1.079	1.083	1.325	1.523	2.223	2.529	3.376	3.964	4.927	5.680	8,2
	%	39,3	40,7	42,7	38,6	38,9	37,0	45,9	49,6	57,0	59,3	74,5	76,0	
Merkezi Yönetim Bütçesi	TL	687	834	1.074	1.210	1.448	1.704	1.747	1.788	1.590	2.189	1.097	1.102	0,6
	%	43,5	41,0	42,5	43,1	42,5	41,4	36,0	35,1	26,9	32,7	16,6	14,8	
Yerel Yönetim Bütçesi	TL	102	131	131	131	214	283	275	181	164	152	189	231	1,3
	%	6,5	6,4	5,2	4,7	6,3	6,9	5,7	3,5	2,8	2,3	2,9	3,1	
Özel Sektör	TL	170	242	242	380	421	602	603	602	790	384	398	455	1,7
	%	10,8	11,9	9,6	13,6	12,4	14,6	12,4	11,8	13,3	5,7	6,0	6,1	
Toplam	TL	1.578	2.033	2.526	2.804	3.408	4.113	4.848	5.100	5.920	6.690	6.612	7.469	3,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Bu dönemde üniversite sağlık tesislerinin finansman kaynağında önemli değişiklikler yaşanmıştır. Üniversite sağlık tesislerinin finansmanında sosyal güvenlik kurumlarının payı %39,3'ten %76'a yükselirken, merkezi yönetim kurumlarının payı %43,5'ten %14,8'e, yerel yönetimlerin ve diğer kamunun payı %6,5'dan %3,1'e ve özel sağlık harcamalarının payı %10,8'den %6,1'e düşmüştür.

Türkiye’de 2002 yılında 50 adet olan üniversite hastane sayısı 2013 yılına gelindiğinde 69’a yükselmiştir. 26 bin civarında olan hasta yatağı sayısı ise 36 bine çıkmıştır. 2002 yılında 8,8 milyon civarında olan üniversite sağlık tesislerine müracaat sayısı 2013 yılında 30 milyona çıkmıştır.

C. Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Yapılan Sağlık Harcamaları

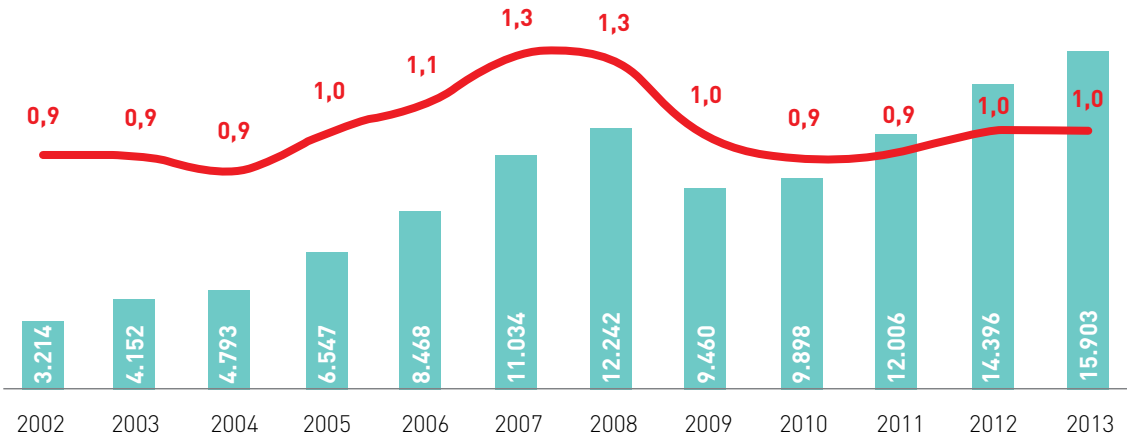
Tablo 43. Özel Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	3.214	4.152	4.793	6.547	8.468	11.034	12.242	9.460	9.898	12.006	14.396	15.903	3,9
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	8.951	9.232	9.813	12.390	14.623	17.519	17.599	12.800	12.335	14.053	15.475	15.903	0,8
USD	2.134	2.781	3.370	4.883	5.917	8.478	9.468	6.115	6.597	7.189	8.031	8.364	2,9
SGP USD	5.266	5.387	5.915	7.882	10.004	12.757	13.754	10.412	10.524	12.165	13.674	14.481	1,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	17,1	17,1	16,0	18,5	19,2	21,7	21,2	16,3	16,0	17,5	19,4	18,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,3	1,3	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002 yılında sağlık harcamaları içindeki payı %17,1 olan özel sağlık işletmelerinin payı 2013 yılında %18,8’e yükselmiştir. 2002 yılına göre 2013 yılında özel sağlık işletmelerine yapılan sağlık harcamaları 3,9 kat artmıştır.

Grafik 26. Özel Sağlık Tesislerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Milyon TL

GSYH İçindeki Payı (%)

Özel sağlık tesislerine yapılan harcamaların GSYH içindeki %0,9 olan payı %1'e yükselmiştir.

Tablo 44. Özel Sağlık Tesislerinin Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış [Kat]
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.327	4.506	4.959	5.948	6.633	7.148	17,0
	%	12,3	13,0	15,5	15,6	20,3	21,2	35,3	47,6	50,1	49,5	46,1	44,9	
Merkezi Yönetim Bütçesi	TL	192	236	271	269	341	408	552	779	205	70	68	46	-0,8
	%	6,0	5,7	5,7	4,1	4,0	3,7	4,5	8,2	2,1	0,6	0,5	0,3	
Yerel Yönetim Bütçesi	TL	51	65	65	65	107	142	138	90	82	76	94	116	1,3
	%	1,6	1,6	1,4	1,0	1,3	1,3	1,1	1,0	0,8	0,6	0,7	0,7	
Özel Sektör	TL	2.575	3.313	3.713	5.191	6.298	8.140	7.226	4.085	4.652	5.912	7.600	8.593	2,3
	%	80,1	79,8	77,5	79,3	74,4	73,8	59,0	43,2	47,0	49,2	52,8	54,0	
Toplam	TL	3.214	4.152	4.793	6.547	8.468	11.034	12.242	9.460	9.898	12.006	14.396	15.903	3,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002 yılında özel sağlık tesislerinin finansmanının sadece %20'si kamu tarafından karşılanıyor iken bu oran 2013 yılında %46'ya yükselmiştir. Bu dönemde özel sağlık işletmelerinin finansmanında sosyal güvenlik kurumlarının payı %12,3'den %44,9'e yükselirken, merkezi yönetim kurumlarının ve yerel yönetimler ve diğer kamunun payı düşmüştür. Kamunun özel sağlık işletmelerinden hizmet alımının genişletilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve sağlanan diğer gelişmelere paralel olarak 2002 yılında özel sağlık tesislerinin finansmanında %80 civarında olan özel sağlık harcamalarının payı 2013 yılında %54,0'a düşmüştür.

Bu dönemde geri ödeme kurumları tarafından özel hastane, poliklinik, tıp merkezleri ile vakıf üniversite hastanelerinden oldukça yaygın bir şekilde hizmet alınmaya başlanmıştır. 2002 yılında 14 milyon olan özel sağlık hizmet sunucularının muayene sayısı 2013 yılında 101 milyona çıkmıştır. 2002 yılında sayısı on binleri bulan özel hekim muayenahaneleri 2013 yılında önemli ölçüde azalmıştır. 2002 yılında Türkiye'de 271 özel hastanede 12.387 hasta yatağı var iken 2013 yılında bu sayı 550 özel hastanede 37.983 hasta yatağına yükselmiştir.

Uygulanan politikalarla birlikte özellikle 2007 yılından itibaren oldukça hızlı büyüyen özel sağlık sektörünün kamu sağlık hizmet sunucularındaki özellikle az bulunan ve tercih edilen hekimleri yaygın bir şekilde yüksek ücretler ödeyerek transfer etmeye başlamasıyla kamuda sağlık hizmet sunumunda aksamalar yaşanmaya başlamıştır. Özel sektörün bu obez büyümesini kontrol etmek için Türkiye'nin her tarafında sağlık hizmet sunumunu yerine getirmeye çalışan Sağlık Bakanlığı, 2008 yılı Şubat ayında özel sağlık kurumlarının personel dâhil bütün büyüme alanlarını kapsayacak şekilde planlama ve ruhsatlandırma kuralları getirmiştir. Ayrıca vatandaşlara finansal koruma sağlamak amacıyla 2008 yılı Haziran ayında özel sağlık hizmet sunucuların vatandaştan alacakları fark miktarının Sağlık Uygulama Tebliğindeki fiyatlarının %30'unu geçemeyeceği kuralı getirilmiştir. Bu kural 2010 yılı Ocak ayından itibaren bakanlar kurulu kararı ile %70'e çıkarılmıştır. 2012 yılı Mart ayında ise özel hastanelerin hastalardan alabileceği ilave ücretlerin üst sınırının %70'ten %90'a, Ekim 2013'de ise %200'e çıkarılmıştır.

D. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları

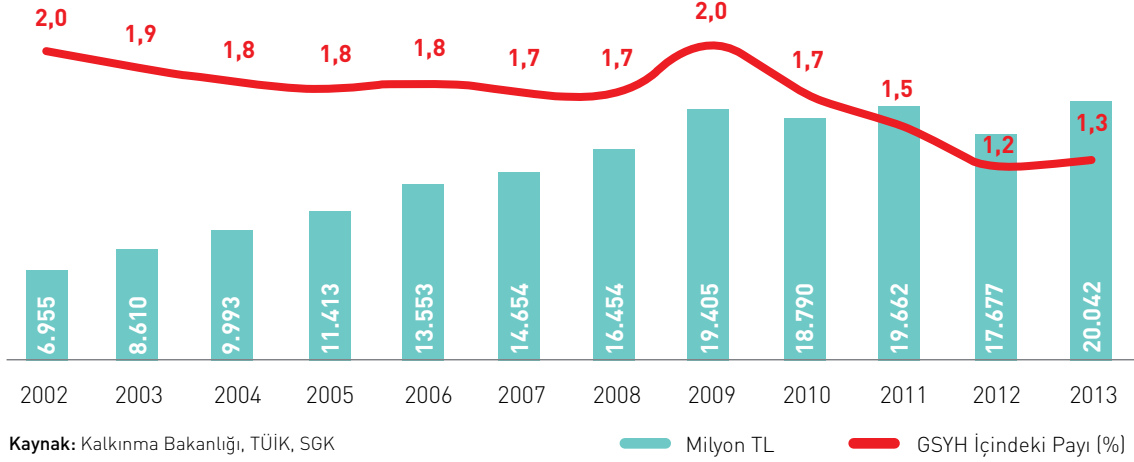
Tablo 45. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	19.371	19.143	20.459	21.599	23.402	23.267	23.654	26.256	23.418	23.015	19.002	20.042	0,0
USD	4.619	5.767	7.026	8.512	9.470	11.260	12.726	12.544	12.524	11.774	9.862	10.541	1,3
SGP USD	11.395	11.170	12.333	13.740	16.011	16.943	18.486	21.356	19.979	19.923	16.790	18.250	0,6
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	
GSYH içindeki Payı (%)	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	2,0	1,7	1,5	1,2	1,3	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

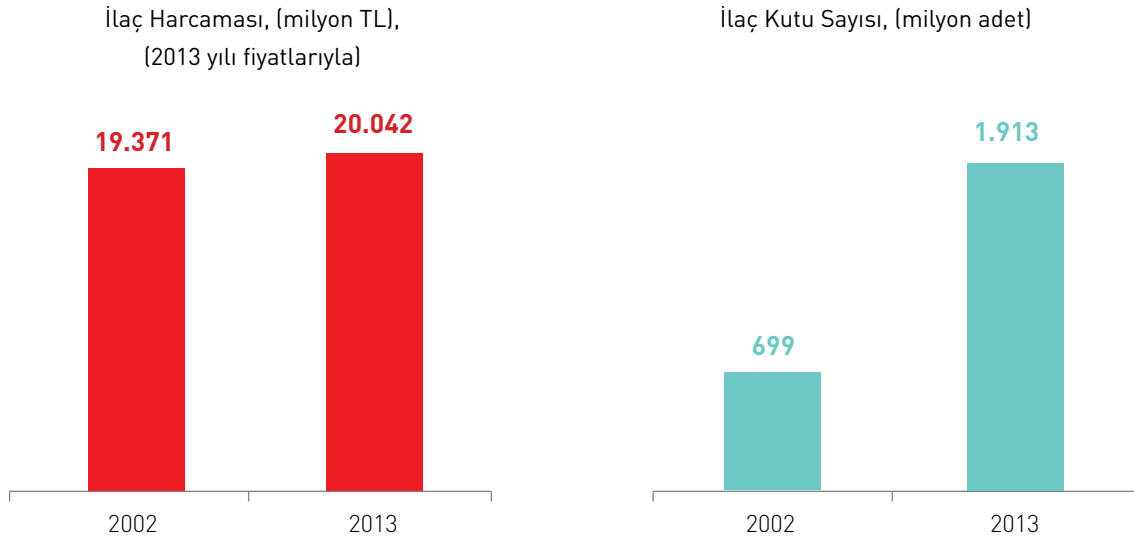
2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının hizmet sunucuları açısından gelişimini incelediğimizde göze batan hususlardan birincisi ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının düşmesidir. 2002 yılında sağlık harcamalarının %37'sini serbest eczanelerden temin edilen ilaç harcamaları oluştururken 2013 yılında bu oran %23,7'ye düşmüştür.

Grafik 27. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Perakende ilaç harcamalarının 2002 yılında GSYH içindeki %2,0 olan payı 2013 yılında %1,3'e gerilemiştir.

Grafik 28. İlaç Harcamaları/Kutu Sayısı Değişimi, (2002, 2013)



Bu dönemde kamu maliyesi açısından oldukça başarılı ilaç politikaları izlenmiştir. 2002 yılında 699 milyon kutu ilaca 2013 yılı fiyatlarıyla 19,371 milyar TL ödenir iken 2013 yılında 1,913 milyar kutu ilaca 20,042 milyar TL ödenmiştir. Yani bu 11 yıllık dönemde ilaç kutu sayısı %174 oranında artar iken ilaç harcamaları reel olarak sadece %3 artmıştır. 2002 yılında bir kutu ilaca 2013 yılı fiyatlarıyla ortalama 27,7 TL ödenir iken bu tutar 2013 yılında %60 civarında azalarak 10,5 TL'ye düşürülmüştür.

Sağlık harcamaları içindeki en önemli yekûnu tutan ilaç harcamaları ile ilgili devrim niteliğindeki kararlar bu dönemde ardı ardına gelmiş sonuç olarak ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı önemli ölçüde azaltılmıştır.

Bu kararların en önemlileri şunlardır;

2003 yılı Haziran ayından itibaren kan ve kan ürünlerinde, 2004 yılı Mart ayından itibaren ise ilaçlarda KDV oranı %18'den %8'e indirilmiştir. Bu gelişmeler sonucunda, ortalama ilaç fiyatlarında %25 ile %30 arasında indirim sağlanmıştır. 2004 yılı Nisan ayından itibaren ilaç fiyatlandırma kararnamesi ile suistimallere açık maliyet esaslı sistem yerine ürün bazında en ucuz beş AB ülkesini (Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz, Yunanistan) baz alan referans fiyatlı sisteme geçilerek, 950 ilacın fiyatında %1 ile %80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmıştır.

2004 yılı Aralık ayında yeşil kart sahiplerinin ilaç bedelleri, devlet tarafından karşılanmaya başlanmış, 2005 yılı Şubat ayında SSK'lı vatandaşlara ilaçlarını serbest eczanelerden alma hakkı verilmiştir. 2009 yılı Ocak ayında ilaç harcamalarında sürdürülebilirlik ve öngörülebilirlik sağlamak amacıyla ilaçta 2010-2012 yılı için global bütçe yapılmıştır. Ayrıca 2002-2013 döneminde gerek fiyat kararnamesi ile gerekse diğer düzenlemelerle ilaç fiyatları birçok kez düşürülmüştür.

Tablo 46. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlacın Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	4.300	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161	13.547	14.144	13.446	14.765	2,4
	%	61,8	65,2	64,0	61,3	61,8	60,4	65,1	67,8	72,1	71,9	76,1	73,7	
Merkezi Yönetim Bütçesi	TL	1.140	1.277	1.520	1.728	1.845	2.328	2.515	2.919	1.800	1.759	356	669	-0,4
	%	16,4	14,8	15,2	15,1	13,6	15,9	15,3	15,0	9,6	8,9	2,0	3,3	
Yerel Yönetim Bütçesi	TL	38	57	64	74	61	30	46	43	4	8	9	8	-0,8
	%	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	
Özel Sektör	TL	1.477	1.661	2.011	2.610	3.275	3.439	3.176	3.282	3.439	3.751	3.866	4.600	2,1
	%	21,2	19,3	20,1	22,9	24,2	23,5	19,3	16,9	18,3	19,1	21,9	23,0	
Toplam	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Bu dönemde ilaç harcamalarının finansmanında sosyal güvenlik kurumlarının payı %61,8'den %73,7'ye yükselmiş, merkezi yönetim kurumları ile yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları payında önemli düşüşler yaşanmıştır. Özel sektörün payı ise %21,2'den %23'e yükselmiştir. Perakende ilaç harcamaların 2002 yılında GSYH içindeki %2,0 olan payı 2013 yılında %1,3'e gerilemiştir.

E. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Sağlık Harcamaları

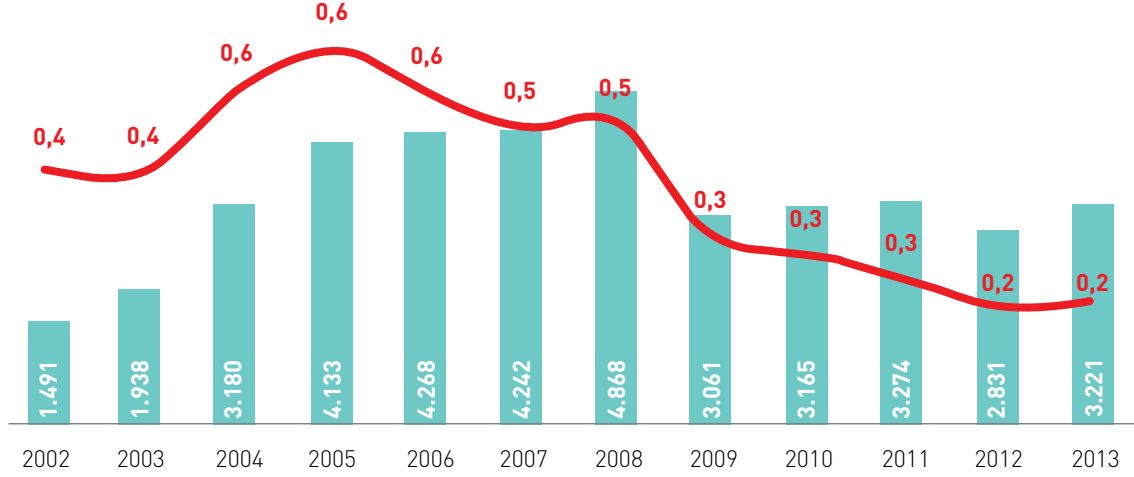
Tablo 47. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	4.154	4.308	6.511	7.821	7.370	6.735	6.998	4.142	3.945	3.832	3.043	3.221	-0,2
USD	990	1.298	2.236	3.082	2.982	3.259	3.765	1.979	2.110	1.960	1.579	1.694	0,7
SGP USD	2.444	2.514	3.925	4.975	5.042	4.904	5.469	3.369	3.365	3.317	2.688	2.933	0,2
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	7,9	8,0	10,6	11,7	9,7	8,3	8,4	5,3	5,1	4,8	3,8	3,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002-2013 döneminde gerek hastane hizmetlerindeki gelişmeler gerekse ilaç ve tıbbî malzemeye erişimin kolaylaştırılması ile diğer harcamaların sağlık harcamaları içindeki payı azalmıştır. 2002 yılında diğer harcamaların %7,9 olan sağlık harcamaları içindeki payı %3,8'e düşmüştür.

Grafik 29. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK

Milyon TL

GSYH İçindeki Payı (%)

Diğer sağlık harcamaları için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı %0,4'den %0,2'ye düşmüştür.

Tablo 48. Diğer Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynağı, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	498	685	926	1.373	805	572	876	773	695	720	839	964	0,9
	%	33,4	35,3	29,1	33,2	18,9	13,5	18,0	25,3	22,0	22,0	29,6	29,9	
Merkezi Yönetim Bütçesi	TL	14	13	77	90	78	111	123	136	39	28	5	0	-1,0
	%	0,9	0,7	2,4	2,2	1,8	2,6	2,5	4,4	1,2	0,9	0,2	0,0	
Yerel Yönetim ve Diğer Kamu Kurumları Bütçesi	TL	37	57	64	37	53	91	94	122	102	98	102	122	2,3
	%	2,5	2,9	2,0	0,9	1,2	2,1	1,9	4,0	3,2	3,0	3,6	3,8	
Özel Sektör	TL	943	1.183	2.113	2.633	3.332	3.468	3.775	2.030	2.329	2.427	1.885	2.135	1,3
	%	63,2	61,1	66,4	63,7	78,1	81,8	77,6	66,3	73,6	74,1	66,6	66,3	
Toplam	TL	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK

Bu dönemde diğer sağlık harcamalarının finansmanında sosyal güvenlik kurumlarının ve merkezi yönetim kurumlarının payı düşmüş, yerel yönetim ve diğer kamu kurumları ile özel sektörün payı artmıştır.

Altıncı Bölüm

Fonksiyonlarına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

Fonksiyonlarına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

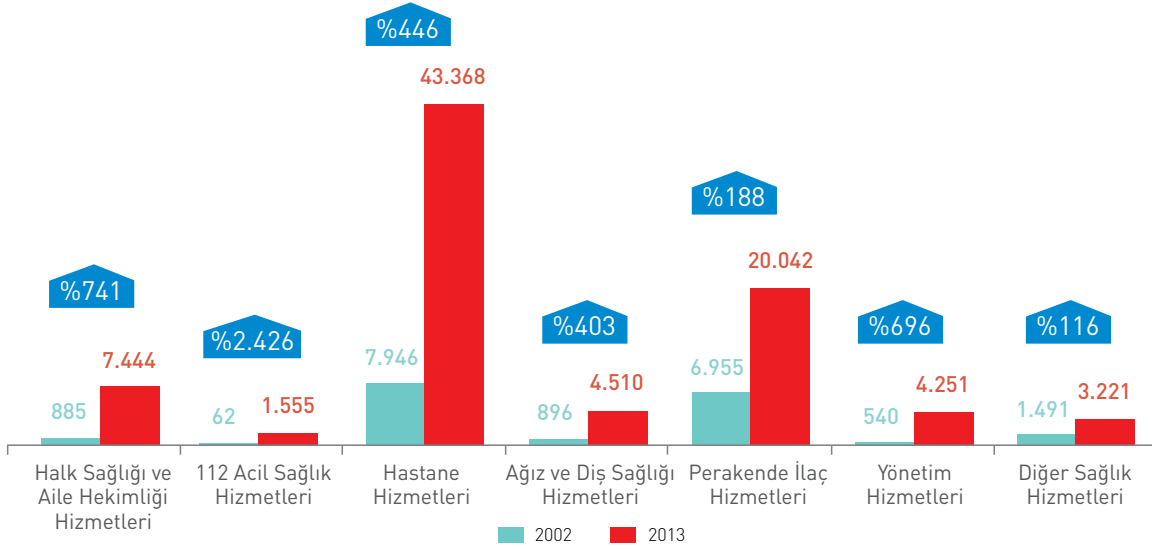
Tablo 49. Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri	TL	885	1.162	1.600	1.953	2.389	2.635	3.095	3.840	4.346	5.127	6.286	7.444	7,4
	%	4,7	4,8	5,3	5,5	5,4	5,2	5,4	6,6	7,0	7,5	8,5	8,8	
112 Acil Sağlık Hizmetleri*	TL	62	124	169	220	357	479	641	801	1.055	1.268	1.503	1.555	24,3
	%	0,3	0,5	0,6	0,6	0,8	0,9	1,1	1,4	1,7	1,8	2,0	1,8	
Hastane Hizmetleri	TL	7.946	10.782	12.874	14.634	19.890	24.688	28.119	25.551	28.629	32.831	38.417	43.368	4,5
	%	42,3	44,4	42,9	41,4	45,1	48,5	48,7	44,1	46,4	47,9	51,8	51,4	
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	TL	896	940	1.281	1.955	2.218	2.549	2.614	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4,0
	%	4,8	3,9	4,3	5,5	5,0	5,0	4,5	5,3	5,4	5,8	5,9	5,3	
İlaç Hizmetleri	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
	%	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	
Yönetim Hizmetleri	TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
	%	2,9	3,0	3,1	3,0	3,2	3,3	3,4	3,8	3,8	3,6	4,2	5,0	
Diğer Sağlık Hizmetleri	TL	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2
	%	7,9	8,0	10,6	11,7	9,7	8,3	8,4	5,3	5,1	4,8	3,8	3,8	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

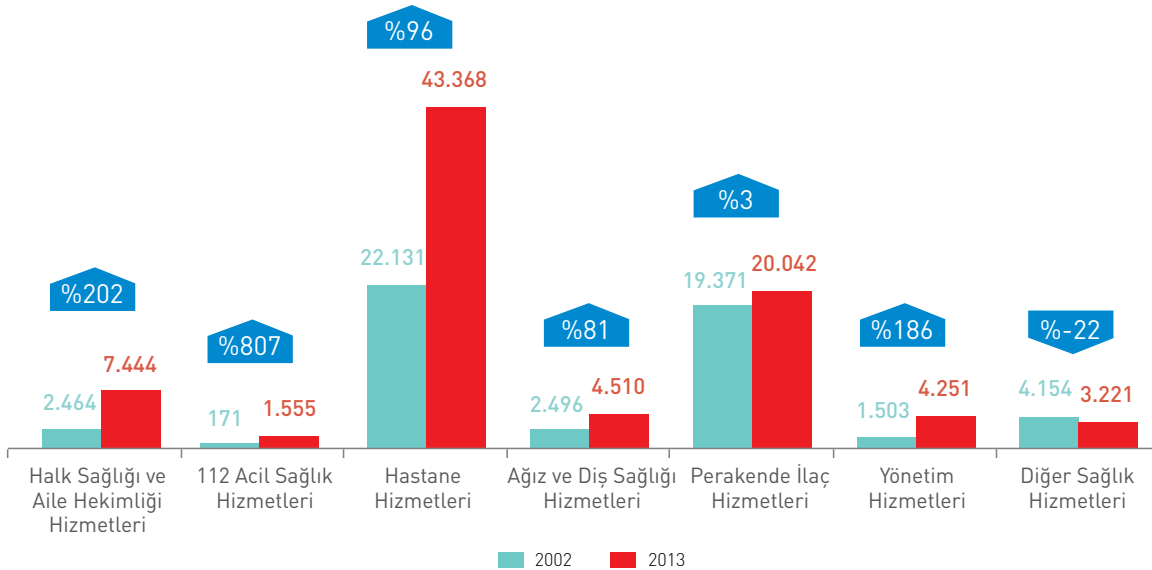
* Uluslararası standartlarda acil sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır. Bu çalışmada ise Türkiye sağlık sistemine ve Sağlık Bakanlığının mevcut teşkilat yapısına daha uygun olduğu düşünüldüğünden acil sağlık hizmetleri ayrı bir kalem olarak yer almaktadır.

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK, Acıbadem sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi

2002-2013 dönemi sağlık harcamalarını fonksiyonları açısından incelediğimizde; 2002 yılında sağlık harcamaları içinde halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerinin payı; %4,7'den 2013 yılında %8,8'e, 112 acil sağlık hizmetlerinin payı; %0,3'den %1,8'e, hastane hizmetlerinin payı; %42,3'den %51,4'e, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin payı; %4,8'den %5,3'e ve yönetim hizmetlerinin payı; %2,9'den %5,0'a çıkmıştır. Öte yandan perakende temin edilen ilaç harcamalarının payı; %37'den %23,7'e ve diğer sağlık hizmetlerinin payı; %7,9'dan %3,8'e düşmüştür.

Grafik 30. Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002, 2013), (milyon TL)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi

Grafik 31. Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları, (2002, 2013), (2013 yılı fiyatlarıyla milyon TL)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi

Tablo 50. Fonksiyonlara Göre Sağlık Harcamaları (Detay), (2002-2013), (milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri	885	1.162	1.600	1.953	2.389	2.635	3.095	3.840	4.346	5.127	6.286	7.444	7,4
112 Acil Sağlık Hizmetleri	62	124	169	220	357	479	641	801	1.055	1.268	1.503	1.555	24,3
Sağlık Bakanlığı	4.022	5.534	6.792	7.066	10.039	11.806	13.461	13.682	15.603	17.089	20.503	23.213	4,8
Üniversite	1.472	1.897	2.351	2.601	3.167	3.821	4.509	4.738	5.490	6.189	6.069	6.831	3,6
Özel Sektör	2.452	3.351	3.731	4.967	6.685	9.061	10.150	7.131	7.536	9.554	11.846	13.323	4,4
Hastane Hizmetleri	7.946	10.782	12.874	14.634	19.890	24.688	28.119	25.551	28.629	32.831	38.417	43.368	4,5
Sağlık Bakanlığı	190	211	298	479	590	785	802	984	1.181	1.698	2.001	2.096	10,0
Üniversite	17	21	33	46	49	60	67	75	97	124	171	217	11,6
Özel Sektör	689	707	950	1.431	1.579	1.705	1.746	2.019	2.042	2.139	2.194	2.197	2,2
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	896	940	1.281	1.955	2.218	2.549	2.614	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4,0
Perakende İlaç Hizmetleri	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
Sağlık Bakanlığı	378	515	669	744	997	1.157	1.330	1.577	1.720	1.794	2.381	3.447	8,1
Üniversite	89	114	142	158	192	232	273	287	333	377	372	420	3,7
Özel Sektör	73	94	112	150	204	268	346	310	319	313	356	383	4,3
Yönetim Hizmetleri	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
Diğer Sağlık Hizmetleri	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2
Toplam	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi

2002 yılına göre 2013 yılında halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetleri 7,4 kat, 112 acil sağlık hizmetleri 24,3 kat, hastane hizmetleri 4,5 kat, ağız ve diş sağlığı hizmetleri 4 kat, perakende ilaç hizmetleri 1,9 kat, yönetim hizmetleri 6,9 kat ve diğer sağlık hizmetleri 1,2 kat artmıştır.

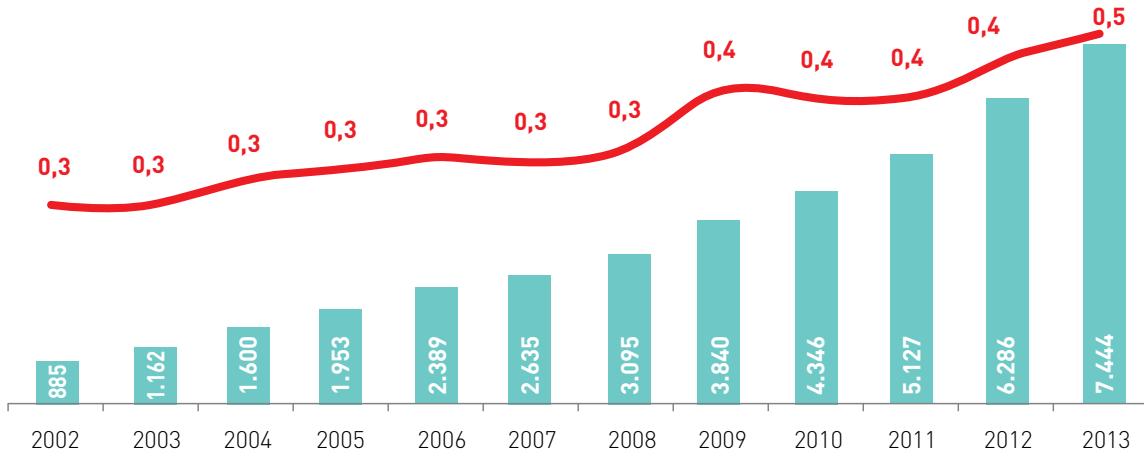
A. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerine Yapılan Harcamalar

Tablo 51. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	885	1.162	1.600	1.953	2.389	2.635	3.095	3.840	4.346	5.127	6.286	7.444	7,4
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	2.464	2.584	3.275	3.696	4.125	4.184	4.449	5.196	5.416	6.001	6.757	7.444	2,0
USD	587	778	1.125	1.457	1.669	2.025	2.393	2.482	2.896	3.070	3.507	3.915	5,7
SGP USD	1.449	1.508	1.974	2.351	2.822	3.047	3.477	4.226	4.621	5.195	5.970	6.779	3,7
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	4,7	4,8	5,3	5,5	5,4	5,2	5,4	6,6	7,0	7,5	8,5	8,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı

2002-2013 dönemi Türkiye’de halk sağlığı alanında devrim niteliğinde adımların atıldığı yıllar olmuştur. Halk sağlığı ve aile hekimliği için ayrılan finansmanın sağlık harcamaları içindeki payı %4,7’den %8,8’ye yükselmiştir. Halk sağlığı ve aile hekimliği için yapılan harcamalar 2002 yılına göre 2013 yılında 7,4 kat artmıştır.

Grafik 32. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı

Milyon TL

GSYH İçindeki Payı (%)

Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği hizmetleri için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı %0,3'den %0,5'e yükselmiştir.

2013 yılına gelindiğinde halk sağlığı hizmetlerinde de çok önemli değişiklikler gerçekleşmiş ve önemli başarılar elde edilmiştir. Örneğin; bebek ölüm hızı binde 31,5'den binde 7,8'e, anne ölüm oranı yüz binde 64'den yüz binde 15,9'a düşmüştür.

2002-2013 döneminde aşılama hizmetlerine özel bir önem verilmiş, aşıyla önlenabilir hastalıklarda çok başarılı sonuçlar alınmıştır. 2003 yılı Nisan ayında kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günleri organize edilmiş, Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılı Ocak ayında "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (GBP) başlatılmış; aşılama programına kızamıkçık, kabakulak, menenjit aşıları dâhil edilmiştir. Türkiye'de 1930 yılında çiçek aşısı uygulanmasını zorunlu kılan yasa ile başlayan etkin ve sürekli aşı uygulamaları ancak 1963 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile yaygın sistematik aşı uygulamalarına dönüşebilmiştir. Yıllar içinde aşılama ile yapılan bütün çabalara rağmen Türkiye'de 2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı %78 idi; Güneydoğu'da bazı illerde bu oran %50'nin bile altına inmişti. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2010 yılında yurt geneli aşılamada %97 oranı yakalanmış ve daha sonraki yıllarda bu düzey korunmuştur.

Tablo 52. Aşı İçin Yapılan Harcamalar*, (2002-2013), (milyon TL/USD) (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	9	8	6	21	51	76	79	391	329	223	670	267	27,8
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	26	17	12	40	88	121	114	529	411	261	721	267	9,3
USD	6	5	4	16	35	59	61	253	220	134	374	141	21,8
SGP USD	15	10	7	25	60	88	89	430	350	226	637	243	15,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,05	0,03	0,02	0,06	0,12	0,15	0,14	0,68	0,53	0,33	0,90	0,32	

*Sağlık Bakanlığı'nın aşı için yaptığı harcamalardır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Not: Sağlık Bakanlığının yaptığı aşı harcamaları büyük ölçüde akreditifli alım niteliğindedir. Yani ihtiyaç duyulan aşılardan önce akreditif açılmaktadır ki bu bütçe gideri olarak gözükmemektedir. Bu akreditifler aşılardan teslim alındığında mahsup edilmekte ve bu şekilde bütçe giderine dönüşmektedir. Çalışmada aşı harcamalarının bütçe giderine dönüştüğü tarih esas alınmıştır. Aşı harcamaları bu yüzden yıllar itibarıyla dalgalı bir seyir izleyebilmektedir.

2002 yılında sağlık harcamaları içinde binde 5 civarında payı olan aşı harcamalarının payı 2013 yılında binde 32'ye çıkmıştır.

Türkiye’de 1960 yılında rutin aşılamada beş antijen kullanılırken bu rakam 2002 yılında sadece 7’ye çıkarılabildi. Yani, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi 7 hastalığa (difteri,boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık, hepatit-B, tüberküloz) karşı aşılama yapılmaktaydı. 2006 yılında Hemofilus influenza tip b (Hib), kızamıkçık, kabakulak aşıları da yapılmaya başlanmıştır. 2008 yılı başından itibaren DaBT-İPA-Hib aşıları (difteri, asellüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio ve Hib aşısı) tek enjektör içine doldurulmuş olarak kullanıma hazır bir şekilde temin edilmiştir. Bu şekilde tek seferde 5 hastalığa karşı aşılama yapılması sağlanmıştır. Böylelikle daha az sayıda enjeksiyon ile daha çok aşının uygulanması gerçekleştirilmiştir. Bir yaşına kadar 7 antijenle 15 enjeksiyon şeklinde aşılama yapılırken bu sayı 11 antijenle 12’ye düşürülmüştür. Aşılama takviminde 2010 yılında yapılan son yenilik ile ilköğretim çağında yaygın olarak görülen boğmaca vakalarını engellemek üzere ilköğretim birinci sınıflara asellüler boğmaca aşısını da içeren 4’lü karma aşı uygulanmaya başlanmıştır. Konjuge Pnömonokok aşısında önce 7 bileşenli aşı ile başlanılmış sonra 13 bileşenli aşıya geçilmiştir. Aşı temin anlaşmasına konulan özel hükümlerle sağlanan teknoloji transferi ile bu aşının da kademeli olarak etiketleme, paketleme, dolum ve formülasyon aşamalarını Türkiye’de gerçekleştirme çalışmaları başlatılmıştır.

Tablo 53. Aşılama Hizmetleri, (2002, 2013)

	2002	2013
Türkiye’de Çocukluk Döneminde Rutin Uygulanan Aşılar	BCG Difteri Boğmaca Tetanoz Oral Polio Kızamık Hepatit B (7 antijen)	BCG Difteri Asellüler Boğmaca Tetanoz Polio Hemofilus İnfluenza tip B Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Hepatit B Konjuge Pnömonokok Hepatit A Su Çiçeği (13 antijen)

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

2002-2013 döneminde Türkiye’de bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, sıtma, tetanoz, verem gibi hastalıklarda uygulanan özel programlar sayesinde, çok başarılı sonuçlar alınmıştır. 2003 yılı Nisan ayında “Türkiye Sıtma Eliminasyon Programı” revize edilerek sıtmayla mücadeleye hız verilmiştir. 2005 yılı Temmuz ayında “Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı (HÖDP)” başlatılmıştır. 2006 yılı Şubat ayında herhangi bir sosyal güvencesi olmayan verem hastaları ile temaslılarına veremle ilgili tanı, tedavi, takip ve koruma hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. 2010 yılı Ocak ayında bulaşıcı hastalıkların takip edilmesi amacıyla Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi (EUYS) çalışmaları ve 2012 yılı Nisan ayında Saha Epidemiyoloji Eğitim Programı başlatılmıştır.

2002-2013 döneminde özel önem verilen bir diğer konu ana-çocuk sağlığı olmuştur. Bunun için 2004 yılı Mart ayında koşullu nakit transferi başlatılmış, toplumun mahrumiyetten en fazla etkilenen %6’lık kesimine (gebeler ve çocuklar) ilgili tıbbî denetimlerden geçmeleri kaydıyla nakit para yardımı yapılmaya başlanmıştır. 2004 yılı Nisan ayında “Demir Gibi Türkiye” projesi başlatılmış, 2004 yılı Mayıs ayında sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak D vitamini desteği sağlanmıştır. Çocuk sağlığı alanında yürütülen çalışmalara kaynak teşkil etmesi ve yürütülen rutin hizmetlerin ve özel programların takibi amacıyla Bebek Ölümü Kayıt-Bildirim Formu hazırlanmış, “Bebek Ölümünü İzleme Programı” başlatılmıştır. 2004 yılı Aralık ayında “Bilinçli Anneler ve Sağlıklı Bebekler Projesi” geliştirilmiş; bebek dostu hastane sayısı arttırılmıştır.

2005 yılı Mayıs ayında Sağlık Bakanlığı Yenidoğan İşitme Taraması Program sorumluluğunu devralarak, bütün illerde Yenidoğan İşitme Taraması Üniteleri Kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. 2006 yılı Aralık ayında çocuklar için özellikle nörolojik gelişimi açısından hayati önemi haiz konjenital hipotiroidi taramaları başlatılmıştır. Tüm Türkiye genelinde yenidoğanların Fenilketonüri ve Konjenital Hipotiroidi yönünden taranması amacıyla Neonatal Tarama Programı başlatılmıştır. 2007 yılı Ocak ayında Yenidoğan İşitme Taraması Üniteleri Çalışma Yönergesi çıkarılmış, Neonatal Tarama Programı ile taranan hastalıklara 2008 yılı Ekim ayı sonunda Biyotinidaz Eksikliği eklenerek topuk kanında taranan hastalık sayısı 3’e çıkarılmıştır.

2004 yılı Aralık ayında “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir. Birinci basamak hizmet sunumunda çok önemli değişiklik yapan bir düzenleme olan aile hekimliği ile aile sağlığı merkezlerinde her hekime bir muayenehane prensibi getirilerek, aile hekimlerinin iş yönetiminde etkin olmaları sağlanmıştır. 2005 yılı Eylül ayında Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur.

2004 yılı Aralık ayında Türkiye'nin 81 ilinde ücretsiz kanser tarama eğitim merkezleri (KETEM) açılmıştır. 2005 yılı Eylül ayında herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların, kanser tarama ve eğitim merkezlerinde kanser tarama programı çerçevesinde mamografi filmi çekimi ile pap smear testi hizmetlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmıştır. 2006 yılı Kasım ayında Sağlık Bakanlığının organizasyonunda Türkiye'de “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı” düzenlenmiştir. 2008 yılı Ocak ayında açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” kabul edilmiştir. 2011 yılı Ocak ayından itibaren 250 bin bağımlı için sigara bıraktırma ilaçları ücretsiz dağıtılmaya başlanmıştır.

2007 yılı Haziran ayında Sosyal güvenlik kapsamında olmasalar bile tüm vatandaşlara birinci basamak hizmetlerinden ücretsiz yararlanma imkânı verilmiştir.

2008 yılı Mayıs ayında Bolu ilinde pilot olarak “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli” uygulanmaya başlanmıştır. 2009 yılı Ocak ayında evde sağlık hizmetleri uygulaması kapsamında yatağa bağımlı hastaların yaşadıkları ev ortamlarında kaliteli, etkin, ulaşılabilir ve güvenli sağlık hizmetleri alması sağlanmıştır. Bu uygulama ile hastane yataklarının daha etkin kullanımı sağlanarak sağlık hizmetlerine ait maliyetler azaltılmıştır. 2011 yılı Mayıs ayında çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla Çocuk İzleme Merkezleri (ÇİM) kurulmaya başlanmıştır.

B. 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar

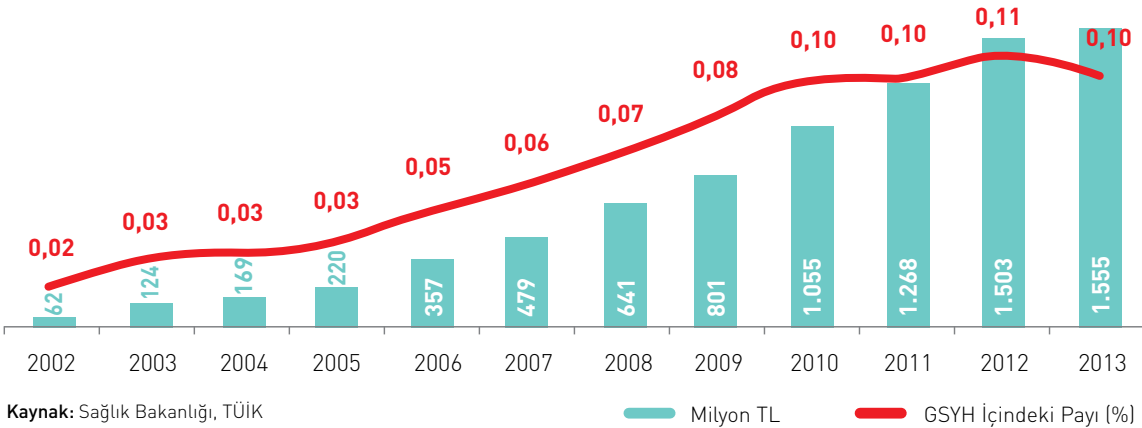
Tablo 54. 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	62	124	169	220	357	479	641	801	1.055	1.268	1.503	1.555	24,3
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	171	276	345	416	617	760	922	1.084	1.315	1.484	1.616	1.555	8,1
USD	41	83	119	164	250	368	496	518	703	759	839	818	19,0
SGP USD	101	161	208	265	422	553	720	882	1.121	1.285	1.428	1.416	13,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,3	0,5	0,6	0,6	0,8	0,9	1,1	1,4	1,7	1,8	2,0	1,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,02	0,03	0,03	0,03	0,05	0,06	0,07	0,08	0,10	0,10	0,11	0,10	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK

112 acil sağlık hizmetleri için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %0,3 iken 2013 yılında %1,8'e çıkarılmıştır. 2002-2013 döneminde sağlık alanındaki gelişmelerin en belirgin olarak yaşandığı alanlardan olan 112 acil sağlık hizmetlerine ayrılan finansman nominal olarak 24,3 kat reel olarak ise 8,1 kat artmıştır.

Grafik 33. 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



112 acil sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı %0,02'den %0,10'a yükselmiştir.

Tablo 55. 112 Acil Sağlık Hizmet Sunumunda Yaşanan Gelişmeler, (2002, 2013)

	2002	2013
Kar Paletli Ambulans	0	296
Önünde Kar Bıçağı Bulunan Ambulans (Snow-Track)	0	20
Dört Sedyeli Ambulans	0	64
Yoğun Bakım ve Obez Ambulansı	0	86
Deniz Ambulansı	0	4
Motorize Ambulans	0	52
Tam Donanımlı Ambulans	618	3.357
112 İstasyon Sayısı	481	2.072
Helikopter Ambulans	0	17
Uçak Ambulans	0	4
Hizmet Alabilen Kırsal Nüfus (%)	20	100
Uçak Ambulans İle Taşınan Hasta Sayısı	-	1.631
Helikopter Ambulans İle Taşınan Hasta Sayısı	-	2.407
Deniz Ambulans İle Taşınan Hasta Sayısı	-	1.324
Taşınan Vaka	382.907	3.665.368

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

112 sistemi ile ilgili sağlanan çok önemli altyapı gelişmelerinin yanında vatandaşların hizmete erişimi kolaylaştırılmış ve finansal koruma önlemleri alınmıştır. 2013 yılına gelindiğinde sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın vatandaşların hepsine uçak ambulanslar dâhil ücretsiz 112 acil sağlık hizmeti verilmektedir. Bu yönüyle Türkiye 112 acil sağlık sistemi dünyada parmakla gösterilen örneklerden biri olmuştur.

112 acil sağlık sisteminin yanında afet durumlarında etkin sağlık hizmeti verebilmek için il sağlık müdürlükleri bünyesinde Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri 2005 yılında kurulmuştur. Buna bağlı olarak 2006 yılı sonunda da Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulan il sayısı 81'e ulaşmıştır. Söz konusu ekipler Türkiye'deki hizmetlerinin yanı sıra Endonezya'da, Pakistan'da, İran'da ve Haiti'de kurtarma çalışmalarına katılmış özellikle Van depreminde çok faydalı kurtarma çalışmaları yapmışlardır.

C. Hastane Hizmetlerine Yapılan Harcamalar

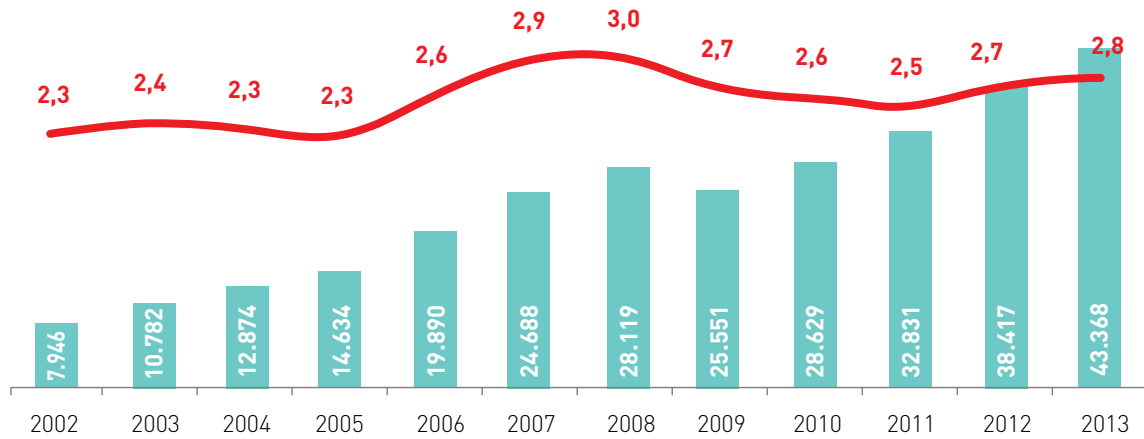
Tablo 56. Hastane Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	7.946	10.782	12.874	14.634	19.890	24.688	28.119	25.551	28.629	32.831	38.417	43.368	4,5
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	22.131	23.973	26.358	27.694	34.346	39.199	40.424	34.571	35.679	38.429	41.296	43.368	1,0
USD	5.277	7.222	9.052	10.914	13.899	18.969	21.749	16.516	19.081	19.660	21.432	22.810	3,3
SGP USD	13.019	13.988	15.889	17.617	23.498	28.544	31.592	28.120	30.439	33.266	36.490	39.490	2,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	42,3	44,4	42,9	41,4	45,1	48,5	48,7	44,1	46,4	47,9	51,8	51,4	
GSYH İçindeki Payı (%)	2,3	2,4	2,3	2,3	2,6	2,9	3,0	2,7	2,6	2,5	2,7	2,8	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler

Hastane hizmetleri için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %42,3 iken 2013 yılında %51,4'e çıkmıştır. 2002 - 2013 döneminde hastane hizmetlerine yapılan harcamalar nominal olarak 4,5 kat reel olarak ise 1 kat artmıştır.

Grafik 34. Hastane Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler

Milyon TL GSYH İçindeki Payı (%)

2002 yılında %2,3 olan hastane hizmetlerine yapılan harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %2,8'ye yükselmiştir.

2002 yılından 2013 yılına gelindiğinde hastane hizmetlerinde de kompozisyon önemli ölçüde değişmiştir. 2002 yılında önemli bir sağlık hizmet sunucusu olan SSK sağlık hizmet sunumundan tamamen çekilmiş, Sağlık Bakanlığının hizmet sunumundaki rolü ise daha güçlenmiştir. 2013 yılında Türkiye'deki hastanelerin %56'sı, hasta yatak sayılarının %60'ı, hastane müracaatlarının %73'ü, yatan hastaların %57'si ve yapılan ameliyatların %52'si Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yapılmıştır.

2002-2013 dönemi Türkiye'de hastane hizmetlerinde önemli gelişmelerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde gerek sağlık hizmetine erişim gerekse hizmet kalitesinin artırılması için birçok adım atılmıştır: Vatandaşa özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alma imkânının verilmesi, özel sağlık tesislerinin sayısının artması, kamu hastanelerinde uygulanmaya başlanan performans sistemiyle özel muayene hekimliğinin azalması ve sağlık personeline tam gün çalışma getirilmesi bu adımların en önemlileri arasındadır.

Tablo 57. Türkiye'de Hastane Verileri, (2013)

Sektör	Hastane		Yatak		Müracaat		Yatan		Ameliyat	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	854	56	121.269	60	277.485.135	73	7.023.313	57	2.414.538	52
Üniversite	69	5	36.056	18	29.985.697	8	1.630.464	13	715.889	15
Özel	550	36	37.983	19	66.734.767	18	3.632.396	29	1.551.303	33
Diğer*	44	3	6.723	3	4.606.644	1	87.384	1	2.507	0
Toplam	1.517	100	202.031	100	378.812.243	100	12.373.557	100	4.684.237	100

* Rakamlara MSB'ye ait hastaneler dâhildir

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

2002-2013 döneminde Türkiye'de hastane hizmet sunumunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetleri erişiminde birçok adım atılmıştır. Bunların ilki; 2003 yılı Ocak ayından ödeme yapamadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılması olmuştur.

2004 yılı Aralık ayında doksan günün aşılması kaydıyla yeşil kart hamili anne ve/veya babanın yenidoğan bebeğinin tedavisi ve aynı süre içinde acil tıbbî müdahale ve tedavi gerektirdiği için hastaneye yatırılan hastaların tedavilerinin karşılanması sağlanmıştır. Aynı düzenleme ile yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi ve ayakta tedavi kapsamında görecekleri muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedelleri, devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır.

2005 yılı Şubat ayında Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler, büyükşehir (İstanbul, Ankara, İzmir) belediye hastaneleri ve üniversite hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile sağlık hizmet sunumu ile sağlık finansmanı ayrılmıştır.

2008 yılı Haziran ayında acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan tüm sağlık kuruluşlarına, acil vakaları hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul etme ve gerekli tıbbî müdahaleyi kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapma zorunluluğu getirilmiştir. 2008 yılı Ekim ayında özel hastanelerin yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp cerrahi işlemlerinden fark alması yasaklanmıştır.

2010 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve ağız dışı sağlığı merkezlerinde “Merkezi Hastane Randevu Sistemi” pilot uygulaması başlatılmıştır. 2010 yılı Ekim ayında yeşil kartlı vatandaşların özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmesinin önü açılmıştır.

Sağlık hizmet kalitesinin artırılması bu dönemin önemli önceliklerinden olmuştur. Bunun için 2003 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde koğuş sisteminden içinde banyosu, tuvaleti olan, televizyon ve buzdolabı konforuna sahip, en fazla iki kişilik nitelikli oda sistemine geçilmiştir. 2003 yılı Ekim ayında hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemeler kabul edilmiş ve hastaneler tarafından hasta hakları birimleri kurulmaya başlanmıştır. 2004 yılı Eylül ayında kamu sektörü hizmet tedarikçileri arasındaki rekabeti arttırmak amacıyla hastalara hekim seçme imkânı verilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ilk kez “hekim seçme hakkı” uygulanmaya başlanmıştır. 2005 yılı Mart ayında kurumsal kriterler ve kalite kriterleri, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki performansa dayalı ek ödeme sistemine eklenmiştir. 2005 yılı Mayıs ayında Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde her klinisyen hekime bir muayene odası zorunluluğu getirilmiştir. 2005 yılı Temmuz ayında Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği çıkarılmıştır.

2007 yılı Nisan ayında kan ve kan ürünlerinin güvenli ve kolay teminine yönelik bölge temelli kan merkezleri sistemine geçilmiştir. 2008 yılı Şubat ayında “Organ ve Doku Dağıtımına” ilişkin usul ve esasları belirlemek; organ ve doku nakli hizmetleri ile ilgili merkezlerin ve bu merkezlerde görevli personelin görev ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemek üzere “Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi” çıkartılmıştır. 2011 yılı Ocak ayında bağışlanan organları en kısa sürede uygun hastaya ulaştırmak ve olası suistimal ve spekülasyonları önlemek için Sağlık Bakanlığı tarafından “Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi” kurulmuştur.

Bu dönemde, sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik ve finansal sürdürülebilirlik konusu diğer önemli önceliklerden biri olmuştur. Buna yönelik olarak 2006 yılı Haziran ayında SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde ayaktan ve yatan hastalar için paket fiyat uygulamaları getirilmiştir. SGK ile sözleşmeli hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbî malzemeleri sağlaması zorunluluğu getirilmiştir. 2008 yılı Ekim ayında birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimliği muayeneleri hariç 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla sağlık kurumlarındaki ayaktan tedavilerde, hekim ve diş hekimi muayenelerinde katılım payı alınmaya başlanmıştır.

Yine bu dönemde hastanelerin kapasitelerini artırıcı gelişmelere önem verilmiştir. 2009 yılı Şubat ayında 4734 sayılı kanun kapsamında bulunan idarelerin teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerinden mal ve hizmet alımları yapabilmesinin önü açılmıştır. 2010 yılı Ocak ayında mal ve hizmetlerin Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlarınca ve üniversitelerin ilgili birimlerince, karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilmelerine imkân tanınmıştır.

2012 yılı itibarıyla Türkiye genelinde Kamu Hastane Birlikleri hayata geçirilmiştir.

D. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Harcamalar

Tablo 58. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL /USD)

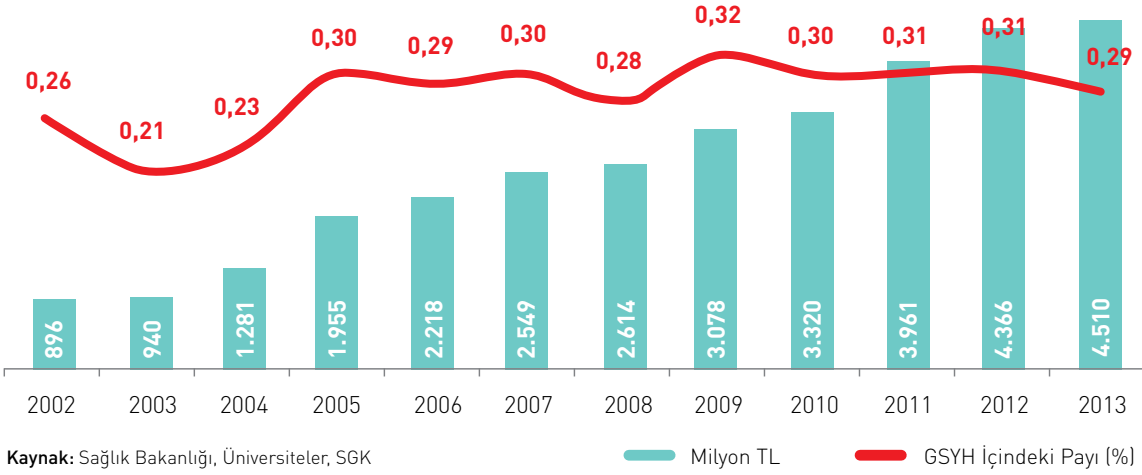
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	896	940	1.281	1.955	2.218	2.549	2.614	3.078	3.320	3.961	4.366	4.510	4,0
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	2.496	2.089	2.622	3.700	3.831	4.048	3.758	4.165	4.138	4.636	4.693	4.510	0,8
USD	595	629	900	1.458	1.550	1.959	2.022	1.990	2.213	2.372	2.436	2.372	3,0
SGP USD	1.468	1.219	1.581	2.354	2.621	2.947	2.937	3.388	3.530	4.013	4.147	4.107	1,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	4,8	3,9	4,3	5,5	5,0	5,0	4,5	5,3	5,4	5,8	5,9	5,3	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,26	0,21	0,23	0,30	0,29	0,30	0,28	0,32	0,30	0,31	0,31	0,29	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, SGK

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %4,8 iken 2013 yılında %5,3'e çıkmıştır. 2002-2013 döneminde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan harcamalar nominal olarak 4 kat, reel olarak ise 0,8 kat artmıştır. Bu dönemde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim kolaylaşmış, 81 ilde ağız ve diş sağlığı hizmeti verilmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastalara ihtiyaç duydukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunulmuştur.

2002 yılı ile karşılaştırıldığında ağız ve diş sağlığı merkezi, diş hekimi, faal diş ünitesi sayılarında ciddi oranda artışlar yaşanmıştır.

Grafik 35. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



2002 yılında %0,26 olan ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,29'a yükselmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında başlatılan "Her İle Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi" kampanyası kapsamında en son tesis 06 Kasım 2008 tarihinde Şırnak'ta açılarak her ilde bir ADASM hizmete girmiştir. 2010 yılı Ekim ayında yeşil kartlı vatandaşların diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları sağlanmıştır.

E. Perakende İlaç Hizmetlerine Yapılan Harcamalar

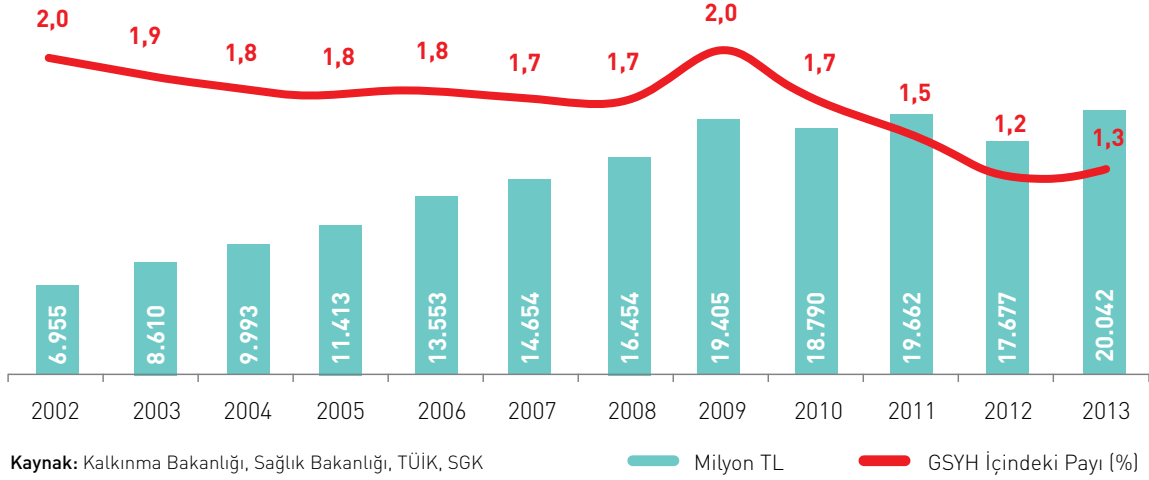
Tablo 59. Perakende Temin Edilen İlaçlara Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	19.371	19.143	20.459	21.599	23.402	23.267	23.654	26.256	23.418	23.015	19.002	20.042	0,0
USD	4.619	5.767	7.026	8.512	9.470	11.260	12.726	12.544	12.524	11.774	9.862	10.541	1,3
SGP USD	11.395	11.170	12.333	13.740	16.011	16.943	18.486	21.356	19.978	19.923	16.790	18.250	0,6
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	
GSYH İçindeki Payı (%)	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	2,0	1,7	1,5	1,2	1,3	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK

2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının hizmet sunucuları açısından gelişimini incelediğimizde en çok göze batan hususlardan biri de ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının düşmesidir. Bu hizmetler için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %37 iken 2013 yılında %23,7'e düşmüştür. 2002 - 2013 döneminde ilaç harcamaları nominal olarak 1,9 kat artarken reel olarak önemli bir artış olmamıştır.

Grafik 36. Perakende Temin Edilen İlaçlara Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



2002 yılında %2 olan perakende temin edilen ilaçlar için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %1,3'e gerilemiştir.

2002 yılında Sağlık harcamaları içindeki en önemli yekûnu tutan ilaç harcamaları ile ilgili önemli gelişmeler bu dönemde ardı ardına gelmiştir. Bu gelişmeler başlıca üç başlık altında toplanabilir: Sektörü düzenleyen, maliyeti düşüren ve ilaca erişimi kolaylaştıran gelişmeler.

İlaç ve eczacılık sektörünü düzenleyen önemli gelişmeler şunlardır:

2004 yılı Şubat ayında Maliye Bakanlığının yayımladığı bir genelge ile geri ödeme kararları için bir geri ödeme komisyonu oluşturulmuş, 2005 yılı Ocak ayında Beşeri Tıbbî Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği çıkarılmıştır. 2006 yılı Haziran ayında tansiyon, şeker hastalığı, kolesterol vb. gibi uzun süre ilaç kullanılmasını gerektiren hastalıklarda rapor ve sadece bir kez reçete düzenlenmesiyle hastaların iki yıl boyunca ilaçlarını her seferinde yeniden muayene olmak zorunda kalmadan ve reçete yazdırmadan doğrudan eczaneye giderek üçer aylık dozlarda alabilmesi imkânı getirilmiştir. 2007 yılı Ağustos ayında ilaç geri ödemelerinde Maliye Bakanlığı koordinatörlüğünde faaliyet gösteren “Geri Ödeme Komisyonu”nun koordinatörlüğü SGK’na devredilmiştir. 2008 yılı Şubat ayında yapılan değişiklikle ürünler üzerinden kupür kaldırılarak, yerine “karekod” adıyla yeni bir tanımlayıcı konulmuştur. 2011 yılı Kasım ayında raporlu hastanın ilaç bitimine 7 gün kala ilaç yazdırabilmesi kuralındaki gün sayısı 15’e çıkarılmıştır. 2013 yılı Nisan ayında Avrupa Birliği standartları ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde insanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılması ve gönüllülerin haklarının korunmasına dair üsul ve esaslar içeren Klinik Araştırmalar Yönetmeliği yayımlanmıştır.

İlaç harcamalarında maliyeti düşüren önemli gelişmeler şunlardır:

2003 yılı Haziran ayından itibaren kan ve kan ürünleri, 2004 yılı Mart ayından itibaren ise ilaçlarda KDV oranı %18’den %8’e indirilmiştir. Bu gelişmeler sonucunda, ortalama ilaç fiyatlarında %25 ile %30 arasında indirim sağlanmıştır. 2004 yılı Nisan ayından itibaren ilaç fiyatlandırma kararnamesi ile suistimallere açık maliyet esaslı sistem yerine ürün bazında en ucuz AB ülkesini baz alan referans fiyatlı sisteme geçilerek, 950 ilacın fiyatında %1 ile %80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmıştır. 2005 yılı Şubat ayında Türk Eczacıları Birliği ile protokol gereği ilaç fiyatlarında ortalama %10 civarında indirim sağlanmıştır. 2005 yılı Nisan ayında Resmî Gazete’de yayımlanan 5335 sayılı kanunla yeşil kartlı hastalardan %20 oranında ilaç katılım payı alınmaya başlanmıştır. 2011 yılı Kasım ayından itibaren aynı eşdeğer grubu içindeki ilaçlarda uygulanan %15 bandının (en ucuz birimli ilacın %15 fazlasına kadar ödenmesi) %10’a düşürülmesine karar verilmiştir. 2012 yılı Mart ayında aile hekimlerince yazılan reçetelerden de katkı payı alınmaya başlanmış ve ayrıca reçetelerde yer alan üç kutu veya üç kaleme kadar ilaçlar için 3 lira, sonraki ilave her ilaç için 1 lira katılım payı alınması uygulaması başlanmıştır. 2013 yılı Mayıs ayında akılcı ilaç kullanımını destekleyecek faaliyetlerin yürütülmesi için koordinasyon ve işbirliğini sağlamak ve etki edilen taraflarda davranış değişikliği oluşturmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır. Reçete Bilgi Sistemi (RBS) ile Kasım 2013’ten itibaren tüm aile hekimlerine kendi reçeteleri ile ilgili geri bildirim vermeye başlanmıştır.

İlaca erişimi kolaylaştıran önemli gelişmeler şunlardır:

2004 yılı Aralık ayında yeşil kart sahiplerinin ilaç bedelleri devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır. 2005 yılı Şubat ayında SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devri ile SSK sağlık tesislerindeki ayaktan hastalara ilaç veren eczaneler kapatılmış, SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alabilmesinin önü açılmıştır. 2007 yılı Haziran ayında yatan hastaların ilaçlarının hastane tarafından karşılanması zorunluluğu getirilmiştir. 2009 yılı Eylül ayında eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulaması başlatılmıştır.

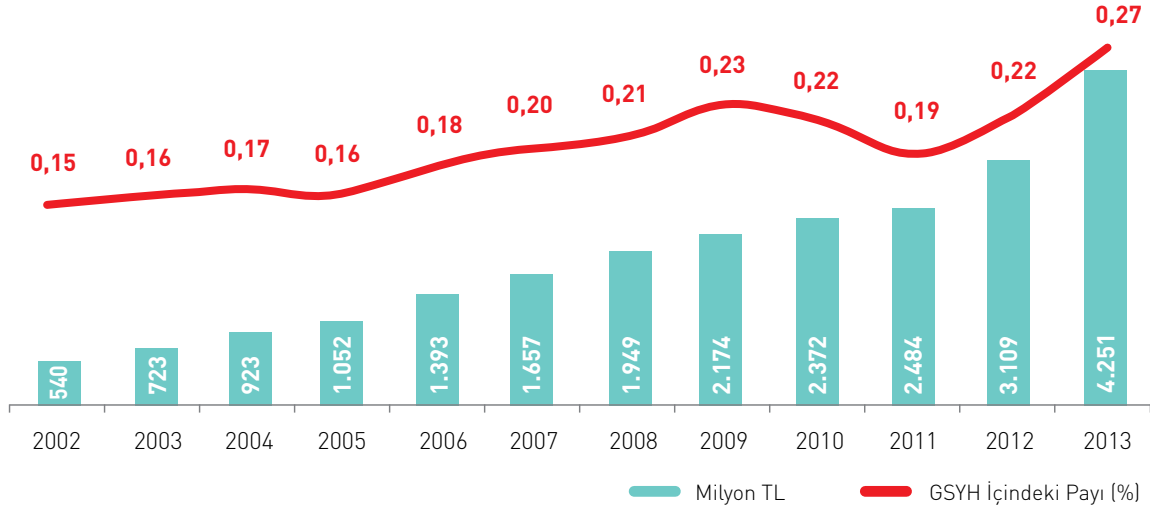
F. Sağlık Yönetimine Yapılan Harcamalar**Tablo 60.** Sağlık Yönetimine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	1.503	1.608	1.890	1.990	2.405	2.631	2.802	2.942	2.957	2.907	3.342	4.251	1,8
USD	358	485	649	784	973	1.273	1.507	1.405	1.581	1.487	1.734	2.236	5,2
SGP USD	884	939	1.140	1.266	1.646	1.916	2.190	2.393	2.522	2.516	2.953	3.870	3,4
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	2,9	3,0	3,1	3,0	3,2	3,3	3,4	3,8	3,8	3,6	4,2	5,0	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,15	0,16	0,17	0,16	0,18	0,20	0,21	0,23	0,22	0,19	0,22	0,27	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi

Sağlık yönetimi için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %2,9 iken 2013 yılında %5 'e çıkmıştır. 2002-2013 döneminde sağlık yönetim hizmetlerine yapılan harcamalar nominal olarak 6,9 kat reel olarak ise 1,8 kat artmıştır.

Grafik 37. Sağlık Yönetimine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, Ankara, 2007

2002 yılında %0,15 olan yönetim hizmetleri için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,27'ye yükselmiştir.

Bu dönemde özellikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yöneticilerin yetkileri ve imkânları artırılmıştır. 2012 yılı Kasım ayında Kamu Hastane Birlikleri hayata geçirilerek bu alanda çok önemli bir dönüşüm başlatılmıştır.

G. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Sağlık Harcamalar

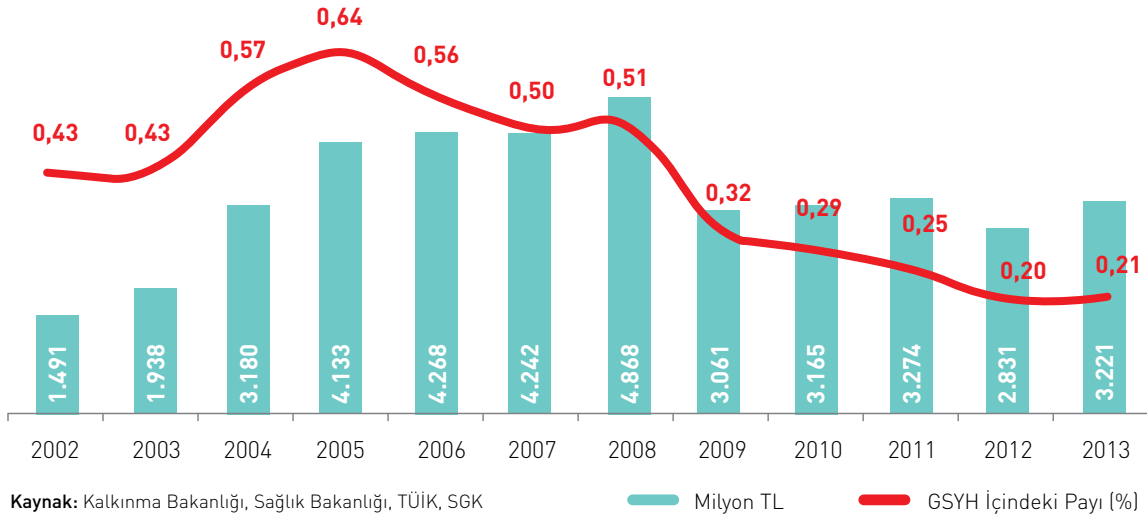
Tablo 61. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	1.491	1.938	3.180	4.133	4.268	4.242	4.868	3.061	3.165	3.274	2.831	3.221	1,2
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	4.154	4.308	6.511	7.821	7.370	6.735	6.998	4.142	3.945	3.832	3.043	3.221	-0,2
USD	990	1.298	2.236	3.082	2.982	3.259	3.765	1.979	2.110	1.960	1.579	1.694	0,7
SGP USD	2.444	2.514	3.925	4.975	5.042	4.904	5.469	3.369	3.365	3.317	2.688	2.933	0,2
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	7,9	8,0	10,6	11,7	9,7	8,3	8,4	5,3	5,1	4,8	3,8	3,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,43	0,43	0,57	0,64	0,56	0,50	0,51	0,32	0,29	0,25	0,20	0,21	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK

Bu hizmetler için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %7,9 iken 2013 yılında %3,8'e düşmüştür. 2002-2013 döneminde diğer sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar nominal olarak %120 artarken reel olarak ise %20 azalmıştır.

Grafik 38. Diğer Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



2002 yılında %0,43 olan diğer sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,21'e düşmüştür.

2007 yılı Haziran ayında SGK ile sözleşmeli hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbî malzemeleri sağlaması zorunluluğu getirilmiştir. Uygulama ile özellikle Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yatan hastaların bütün ihtiyaçları hastaneler tarafından karşılanmaya başlanmış, şayet yatan hastaların ihtiyaçları hastanelerce karşılanmamış ve SGK'ya fatura edilmiş ise SGK tarafından yapılan ödemeler Sağlık Bakanlığı global bütçesinden düşülmüştür. Bu uygulama ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri başta olmak üzere hastane giderleri artarken SGK'nın hastaneler ve eczaneler dışındaki ödemelerinde önemli miktarda azalma olmuştur. Uygulama sağlık hizmetinin kalitesini arttırmış cepten ödemeleri -her ne kadar söz konusu cepten ödemeler geri ödeme kurumlarınca vatandaşa ödeniyor olsa bile - azaltmıştır.

Öte yandan uygulama ile toplam kamu sağlık giderleri açısından da tasarruf sağlanmıştır. Çünkü; eskiden SGK tarafından perakende fiyatı ödenen birçok ürün ve hizmet hastaneler tarafından toptan satın alındığı için çok daha uygun fiyata alınabilmektedir. 2010 yılı Ekim ayında ayakta tedavi kapsamında reçete edilen tıbbî cihaz ve malzemeler, SGK tarafından uygulanmakta olan birim fiyatları geçmeyecek şekilde yeşil kart sahipleri içinde ödenmeye başlanmıştır.

Yedinci Bölüm

Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013 Dönemi)

Niteliğine göre sağlık harcamaları cari ve yatırım olarak iki ana başlıkta incelenmiştir.

Tablo 62. Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013), (milyon TL)

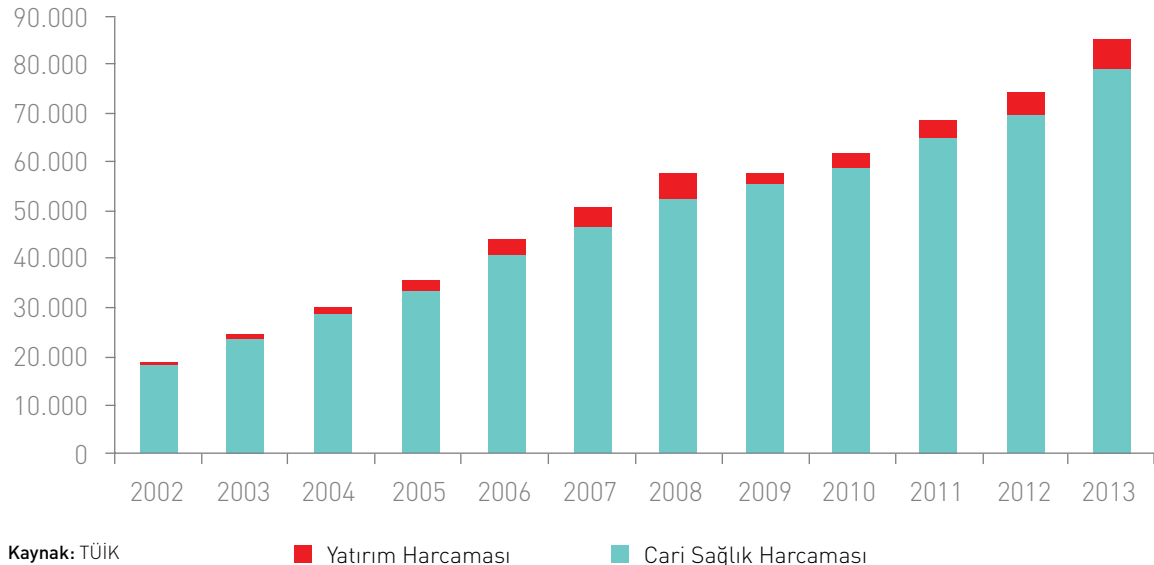
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Cari Sağlık Harcaması	TL	18.331	23.676	28.616	33.292	40.949	46.495	52.320	55.295	58.624	65.371	70.288	79.702	3,3
	%	97,6	97,5	95,3	94,2	92,9	91,3	90,6	95,5	95,0	95,3	94,7	94,4	
Yatırım Harcaması	TL	443	603	1.405	2.067	3.120	4.409	5.420	2.616	3.054	3.236	3.901	4.688	9,6
	%	2,4	2,5	4,7	5,8	7,1	8,7	9,4	4,5	5,0	4,7	5,3	5,6	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

Kaynak: TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında sağlık harcamaları toplamda 3,5 kat, cari sağlık harcamaları 3,3 kat ve yatırım sağlık harcamaları ise 9,6 kat artmıştır. Bu dönemde cari sağlık harcamalarında yaşanan gelişmelerin yanında sağlık yatırımlarında da hem kamu hem de özel sektörde çok önemli gelişmeler yaşanmıştır.

Bu dönemde cari sağlık harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı azalmış, yatırım harcamalarının payı ise artmıştır. 2002 yılında %2,4 olan sağlık harcamaları içindeki yatırım harcamalarının payı, özel sektör sağlık yatırımlarının zirve yaptığı 2008 yılında %9,4'e kadar yükselmiş 2013 yılında ise %5,6 olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 39. Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)



Tablo 63. Niteliğine Göre Sağlık Harcamaları (Detay), [2002-2013], (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Personel	TL	4.446	6.485	7.878	8.729	11.318	14.081	15.540	15.386	16.554	21.008	25.449	29.579	5,7
	%	23,7	26,7	26,2	24,7	25,7	27,7	26,9	26,6	26,8	30,6	34,3	35,1	
Hizmet Alım	TL	921	1.236	1.532	2.057	2.939	3.770	3.809	4.308	5.181	5.364	6.399	7.021	6,6
	%	4,9	5,1	5,1	5,8	6,7	7,4	6,6	7,4	8,4	7,8	8,6	8,3	
İlaç	TL	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.612	21.334	19.941	21.885	2,0
	%	38,8	37,1	34,6	33,7	32,4	30,5	30,6	36,5	33,4	31,1	26,9	25,9	
Tıbbî Malzeme	TL	1.555	1.938	2.333	2.723	2.423	2.712	3.014	3.209	3.476	3.812	4.647	5.500	2,5
	%	8,3	8,0	7,8	7,7	5,5	5,3	5,2	5,5	5,6	5,6	6,3	6,5	
Tıbbî Tetkik (Lab. ve Görüntüleme)	TL	340	484	585	700	830	1.212	1.845	2.086	2.422	2.681	3.056	3.339	8,8
	%	1,8	2,0	1,9	2,0	1,9	2,4	3,2	3,6	3,9	3,9	4,1	4,0	
Yönetim	TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
	%	2,9	3,0	3,1	3,0	3,2	3,3	3,4	3,8	3,8	3,6	4,2	5,0	
Kanuni Yükümlülükler	TL	404	477	1.123	1.277	1.919	934	888	960	1.437	1.269	1.243	1.390	2,4
	%	2,2	2,0	3,7	3,6	4,4	1,8	1,5	1,7	2,3	1,8	1,7	1,6	
Diğer Cari	TL	1.844	2.080	1.603	2.077	2.440	3.096	5.457	3.830	4.165	4.959	4.534	4.528	1,5
	%	9,8	8,6	5,3	5,9	5,5	6,1	9,5	6,6	6,8	7,2	6,1	5,4	
Sınıflandırlamayan Giderler	TL	992	1.251	2.254	2.759	3.415	3.488	2.144	2.222	2.405	2.462	1.910	2.209	1,2
	%	5,3	5,2	7,5	7,8	7,7	6,9	3,7	3,8	3,9	3,6	2,6	2,6	
Cari Sağlık Harcamaları	TL	18.331	23.676	28.616	33.292	40.949	46.495	52.320	55.295	58.624	65.371	70.288	79.702	3,3
	%	97,6	97,5	95,3	94,2	92,9	91,3	90,6	95,5	95,0	95,3	94,7	94,4	
Yapı Tesis	TL	233	348	697	957	1.544	2.078	2.159	1.321	1.628	1.544	1.779	2.499	9,7
	%	1,2	1,4	2,3	2,7	3,5	4,1	3,7	2,3	2,6	2,3	2,4	3,0	
Makine Teçhizat	TL	148	184	529	659	997	1.318	897	830	835	887	1.127	1.134	6,7
	%	0,8	0,8	1,8	1,9	2,3	2,6	1,6	1,4	1,4	1,3	1,5	1,3	
Onarım	TL	46	54	150	407	436	700	391	285	421	546	712	786	16,2
	%	0,2	0,2	0,5	1,2	1,0	1,4	0,7	0,5	0,7	0,8	1,0	0,9	
Ambulans	TL	6	8	11	19	34	45	57	49	51	88	95	39	5,0
	%	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	
Diğer	TL	10	10	18	25	109	268	1.916	132	120	170	189	230	22,4
	%	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	3,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	
Yatırım Harcamaları	TL	443	603	1.405	2.067	3.120	4.409	5.420	2.616	3.054	3.236	3.901	4.688	9,6
	%	2,4	2,5	4,7	5,8	7,1	8,7	9,4	4,5	5,0	4,7	5,3	5,6	
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi

A. Cari Sağlık Harcamaları

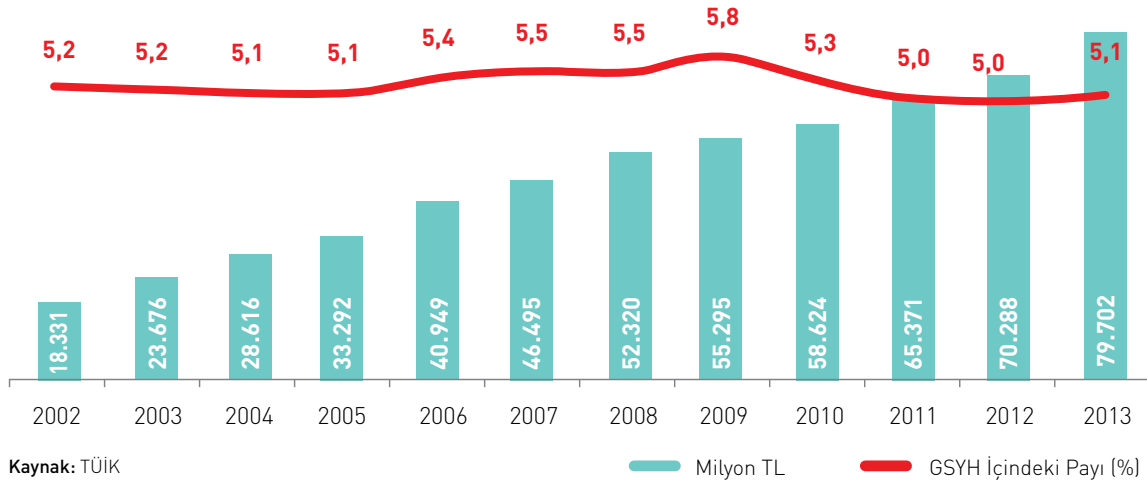
Tablo 64. Cari Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	18.331	23.676	28.616	33.292	40.949	46.495	52.320	55.295	58.624	65.371	70.288	79.702	3,3
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	51.056	52.639	58.585	63.005	70.709	73.823	75.215	74.815	73.060	76.518	75.554	79.702	0,6
USD	12.173	15.857	20.119	24.830	28.613	35.724	40.467	35.743	39.073	39.145	39.212	41.919	2,4
SGP USD	30.035	30.715	35.316	40.080	48.376	53.757	58.782	60.854	62.331	66.237	66.761	72.575	1,4
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	97,6	97,5	95,3	94,2	92,9	91,3	90,6	95,5	95,0	95,3	94,7	94,4	
GSYH İçindeki Payı (%)	5,2	5,2	5,1	5,1	5,4	5,5	5,5	5,8	5,3	5,0	5,0	5,1	

Kaynak: TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında cari sağlık harcamaları nominal olarak %335 reel olarak ise %56 oranında artmıştır.

Grafik 40. Cari Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Tablo 65. Cari sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	5.227	7.138	8.884	9.259	12.765	14.856	17.445	19.041	21.615	24.729	30.130	34.600	5,6
	%	28,5	30,1	31,0	27,8	31,2	32,0	33,3	34,4	36,9	37,8	42,9	43,4	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	1.446	1.839	2.300	2.576	3.140	3.751	4.453	4.629	5.519	6.177	6.100	6.891	3,8
	%	7,9	7,8	8,0	7,7	7,7	8,1	8,5	8,4	9,4	9,4	8,7	8,6	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	3.214	4.152	4.259	5.913	7.270	9.174	10.948	9.223	9.600	11.622	13.632	14.997	3,7
	%	17,5	17,5	14,9	17,8	17,8	19,7	20,9	16,7	16,4	17,8	19,4	18,8	
Serbest Eczaneler	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
	%	37,9	36,4	34,9	34,3	33,1	31,5	31,4	35,1	32,1	30,1	25,1	25,1	
Diğer	TL	1.490	1.936	3.180	4.132	4.220	4.060	3.020	2.995	3.100	3.182	2.749	3.173	1,1
	%	8,1	8,2	11,1	12,4	10,3	8,7	5,8	5,4	5,3	4,9	3,9	4,0	
Toplam	TL	18.331	23.676	28.616	33.292	40.949	46.495	52.320	55.295	58.624	65.371	70.288	79.702	3,3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında cari sağlık harcamalarının hizmet sunucuları bazında gelişimi incelendiğinde, en önemli artışın %562 ile Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde yaşandığını görülmektedir.

Üniversite sağlık tesislerinde %377 ve özel sağlık tesislerinde %367 oranında bir artış varken ilaç harcamalarındaki artış çok daha düşük düzeyde yaşanmıştır.

Tablo 66. Cari Sağlık Harcamalarının Niteliklerine Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Personel	TL	4.446	6.485	7.878	8.729	11.318	14.081	15.540	15.386	16.554	21.008	25.449	29.579	5,7
	%	24,3	27,4	27,5	26,2	27,6	30,3	29,7	27,8	28,2	32,1	36,2	37,1	
Hizmet Alım	TL	921	1.236	1.532	2.057	2.939	3.770	3.809	4.308	5.181	5.364	6.399	7.021	6,6
	%	5,0	5,2	5,4	6,2	7,2	8,1	7,3	7,8	8,8	8,2	9,1	8,8	
İlaç	TL	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.612	21.334	19.941	21.885	2,0
	%	39,8	38,0	36,3	35,8	34,9	33,4	33,8	38,2	35,2	32,6	28,4	27,5	
Tıbbî Malzeme	TL	1.555	1.938	2.333	2.723	2.423	2.712	3.014	3.209	3.476	3.812	4.647	5.500	2,5
	%	8,5	8,2	8,2	8,2	5,9	5,8	5,8	5,8	5,9	5,8	6,6	6,9	
Tıbbî Tetkik (Lab. ve Görüntüleme)	TL	340	484	585	700	830	1.212	1.845	2.086	2.422	2.681	3.056	3.339	8,8
	%	1,9	2,0	2,0	2,1	2,0	2,6	3,5	3,8	4,1	4,1	4,3	4,2	
Yönetim	TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
	%	2,9	3,1	3,2	3,2	3,4	3,6	3,7	3,9	4,0	3,8	4,4	5,3	
Kanuni Yükümlülükler	TL	404	477	1.123	1.277	1.919	934	888	960	1.437	1.269	1.243	1.390	2,4
	%	2,2	2,0	3,9	3,8	4,7	2,0	1,7	1,7	2,5	1,9	1,8	1,7	
Diğer Cari	TL	1.844	2.080	1.603	2.077	2.440	3.096	5.457	3.830	4.165	4.959	4.534	4.528	1,5
	%	10,1	8,8	5,6	6,2	6,0	6,7	10,4	6,9	7,1	7,6	6,5	5,7	
Sınıflandırılmayan Giderler	TL	992	1.251	2.254	2.759	3.415	3.488	2.144	2.222	2.405	2.462	1.910	2.209	1,2
	%	5,4	5,3	7,9	8,3	8,3	7,5	4,1	4,0	4,1	3,8	2,7	2,8	
Toplam	TL	18.331	23.676	28.616	33.292	40.949	46.495	52.320	55.295	58.624	65.371	70.288	79.702	3,3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi, ŞAHİN, Doç.Dr.İsmet, AKAR, Yrd.Doç.Dr.Çetin, Devlet Üniversite Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında cari sağlık harcamaları niteliğine göre incelediğinde en önemli artışın %882 ile tıbbî tetkik giderlerinde olduğu görülmektedir. Söz konusu artışları %688 ile yönetim giderleri ve %663 ile hizmet alım gider artışları izlemiştir.

A.1. Personel Harcamaları

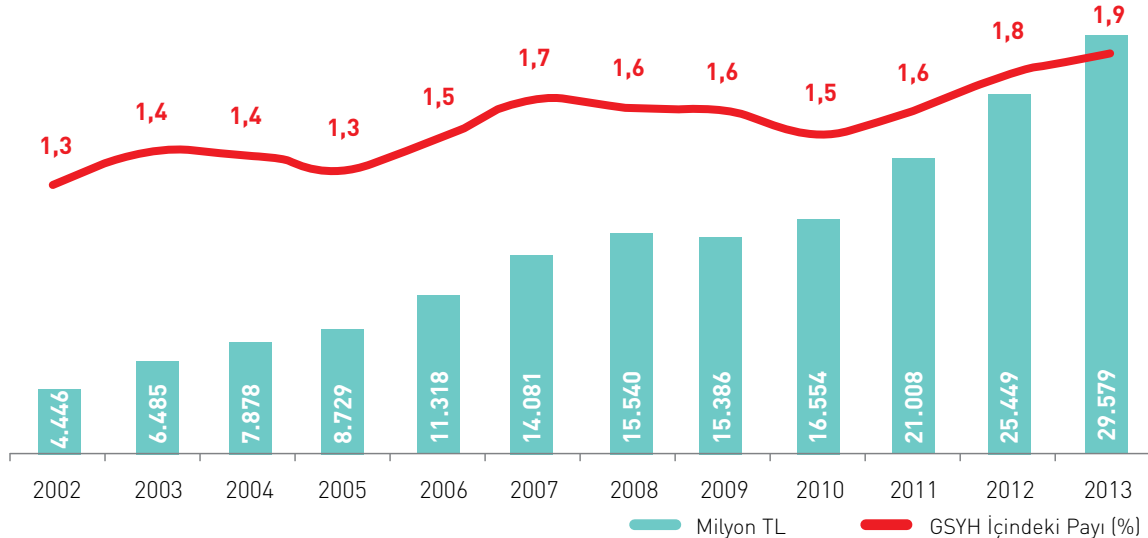
Tablo 67. Personel Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	4.446	6.485	7.878	8.729	11.318	14.081	15.540	15.386	16.554	21.008	25.449	29.579	5,7
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	12.382	14.417	16.129	16.520	19.543	22.356	22.341	20.817	20.631	24.590	27.356	29.579	1,4
USD	2.952	4.343	5.539	6.510	7.908	10.819	12.020	9.945	11.034	12.579	14.198	15.557	4,3
SGP USD	7.284	8.413	9.723	10.509	13.371	16.279	17.460	16.932	17.601	21.286	24.173	26.934	2,7
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	23,7	26,7	26,2	24,7	25,7	27,7	26,9	26,6	26,8	30,6	34,3	35,1	
GSYH İçindeki Payı (%)	1,3	1,4	1,4	1,3	1,5	1,7	1,6	1,6	1,5	1,6	1,8	1,9	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

Personel harcamalarının sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında %23,7 iken 2013 yılında %35,1'e yükselmiştir. Personel giderleri 2002 yılına göre 2013 yılında nominal olarak 5,7 kat reel olarak ise 1,4 kat artmıştır.

Grafik 41. Personel Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında %1,3 olan sağlık sektöründe çalışan personel için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %1,9'a yükselmiştir.

Her ülkede olduğu gibi Türkiye’de de personel harcamaları sağlık harcamaları içindeki en önemli kalemi oluşturmaktadır. Sağlık hizmet sunumunun en önemli ögesi sağlık personelidir. 2002-2013 döneminde bu bilinçle hareket edilerek sağlık personeli hem nicelik olarak hem nitelik olarak artırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca sayıca yetersiz olan sağlık personelinin performansını ve motivasyonunu arttırıcı düzenlemeler yapılmıştır.

Bunun ilk uygulaması olarak 2003 yılı Nisan ayında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde performansa dayalı ek ödeme uygulaması başlatılmıştır. Performans ek ödeme uygulamaları ile 2002 yılında %90 civarında hekimin özel muayenehanesi var iken bu oran 2010 yılı sonlarında %7 civarına gerilemiştir. 2010 yılı Ocak ayında sağlık personelinin tam gün çalışmasına dair düzenleme yapılmıştır. Bu düzenleme ile sağlık personeli için nöbet saat ücretleri artırılmış, aylık azami 80 saat olan ödeme sınırı 130 saate çıkarılmıştır. Nöbet ücreti alabilecek personele sağlık personeli dışındaki personel de eklenmiş, nöbet ücretinin ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde ödenebilmesinin önü açılmıştır. Hekimlerin performansa bağlı aldıkları ek ödemelerin bir miktarının peşin ödenmesi sağlanmış, bu tutarlardan SGK primi kesilerek hekimlerin ikinci bir emekli maaşı almalarının imkânı sağlanmıştır. Ayrıca hekimlere yönelik olarak, primlerinin yarısının iş veren tarafından karşılandığı Tıbbî Kötü Uygulamaya İlişkin Mesleki Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası uygulamaya getirilmiştir.

Tablo 68. Döner Sermaye Ödemelerinden Yapılan Kesintilere Göre Hekimlere Bağlanacak İlave Emekli Maaşları

Unvan	Mevcut Emekli Maaşı	5 Yıl Prim Yatırılması Halinde		10 Yıl Prim Yatırılması Halinde		15 Yıl Prim Yatırılması Halinde	
		İlave Maaş	Toplam Maaş	İlave Maaş	Toplam Maaş	İlave Maaş	Toplam Maaş
Eğitim Görevlisi-1/4	2.002	317	2.319	670	2.672	1053	3.055
Uzman Hekim-1/4	2.002	259	2.261	547	2.549	860	2.862
Pratisyen Hekim-1/4	2.002	139	2.141	294	2.296	462	2.464

Unvan	Mevcut Emekli Maaşı	20 Yıl Prim Yatırılması Halinde		25 Yıl Prim Yatırılması Halinde		30 Yıl Prim Yatırılması Halinde	
		İlave Maaş	Toplam Maaş	İlave Maaş	Toplam Maaş	İlave Maaş	Toplam Maaş
Eğitim Görevlisi-1/4	2.002	1.469	3.471	1.920	3.922	2.423	4.425
Uzman Hekim-1/4	2.002	1.200	3.202	1.569	3.571	1.980	3.982
Pratisyen Hekim-1/4	2.002	645	2.647	843	2.845	1.064	3.066

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Not: 1 Temmuz 2013 maaş katsayılarına göre hesaplanmıştır.

2012 yılı Mayıs ayında Kamu Görevlileri Hakem Kurulu Kararı ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında bir takım düzenlemeler yapılmıştır.

Buna göre;

- Sözleşmeli sağlık personeli yataklı tedavi kurumlarında ücretsiz yemek imkânı sağlanmıştır.
- Ambulans şoförlüğü görevini yürüten personele (acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, toplum sağlığı teknisyeni) döner sermaye ödemelerinden ilave 10 performans puanı verilmiştir.
- Bütün memurlar için maaş dışında ek ödeme kalemi olarak belirlenen denge tazminatı tutarının sağlık personeline de her ay maaş ödemesi ile birlikte peşin olarak ve herhangi bir şarta bağlı olmaksızın ödenmeye başlanmıştır. Yıllık izin, rapor gibi nedenlerle döner sermaye gelirine herhangi bir katkıda bulunmasa bile, personele bu tutarın peşin olarak ödenmeye devam edileceği kararlaştırılmıştır.
- 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan hekim dışı personelin ek ödeme tavanı %150'den %200'e çıkarılmıştır.
- Sağlık personelinin nöbet ücretleri dini bayram günleri için %20 arttırımlı ödenmeye başlanmıştır.
- Hekimlere ödenen döner sermaye sabit ek ödemesi net tutarının, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 9. maddesi uyarınca belirlenmiş olan ek ödeme net tutarından az olamayacağı hükme bağlanmıştır.
- Sağlık Müdür Yardımcısı, Şube Müdürü, Hastane Müdürü veya Hastane Müdür Yardımcılığına vekâlet edenlere yapılacak ek ödemeler vekâlet edilen kadronun matrahı üzerinden hesaplanmaya başlanmıştır.
- Sağlık personeline bir mali yıl süresince mali hakların tutarı olarak ödenen toplam meblağın; diğer memurlara ödenen ek ödemeler gelir vergisine tabi olmadığından sağlık personeline ödenen ek ödemelerden vergi kesintisi yapılması dolayısıyla oluşacak gelir kaybının önlenmesi için 375 sayılı KHK ile bir mali yıl süresince ödenmesi gereken meblağdan daha az olması durumunda aradaki farkın mali yılın sonunda döner sermaye bütçesinden ödenmesi hükme bağlanmıştır.
- Memur, hemşire, ebe, sağlık memuru vb. kadrolarda bulunan sağlık personellerinden taşınır kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapanların mali sorumluluk zammı almasına imkân tanınmıştır.

2003 yılı öncesinde Türkiye’de sağlık insan kaynaklarının sayısının yeterli olduğu fakat dağılımın dengesiz olduğu gibi yanlış bir kanaat hâkim olduğu için yıllar boyunca sağlık personel sayısını artırmak için gerekli düzenlemeler yapılmamıştır. Yüz bin kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi’nin en alt sıralarında yer alan Türkiye’deki sağlık personel sayısının artırılması için girişimler başlatılmıştır. Hekim sayısını artırmak için yeni tıp fakültesi kurulurken mevcut fakültelerde ek kontenjanlar oluşturulmuş, diğer sağlık meslek mensuplarının sayısını artırmak içinde benzer yollar izlenmiştir.

Sağlık Bakanlığının getirmiş olduğu yeni düzenlemeler ile yıllardır sağlık personelinin mahrum olan sağlık tesisleri ve bölgelerinde yeni istihdam modelleri ile personel istihdam etmeye başlanmıştır. 2003 yılı Temmuz ayında kırsal ve az gelişmiş bölgelerde, mali hakları eş değer görevdeki personellere göre daha yüksek olarak sözleşmeye dayalı sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır. Yapılan teşviklere rağmen gönüllü sağlık personeli istihdamında yeterli personel istihdamı sağlanamayınca 2003 yılında kaldırılan hekimler için devlet hizmet yükümlülüğü 2005 yılı Haziran ayında geri getirilmiştir.

2002-2013 döneminde Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık personelinin bölgeler arasında dengeli bir şekilde dağıtılması için, insan gücü planlamasının yapılması, atama ve nakillerde objektif ve hakkaniyete uygun bir sistem kurulmuştur. Atamalarda kayırma imkânını tamamen ortadan kaldıracak şekilde, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması için Atama ve Nakil Yönetmeliği 2005 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu uygulamalarla Sağlık Bakanlığı bünyesinde uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran 2002 yılı Aralık ayında 1/14 iken bunu 2013 yılı Aralık ayında 1/5’e düşürülmüştür. Aynı oran pratisyen hekim için 1/9’dan 1/2,6’ya, diş hekimleri için 1/8,5’ten 1/5,2’ye, hemşire-ebe için ise 1/8’den 1/3,4’e düşürülmüştür.

2011 yılı Nisan ayında meslek tanımı olmayan sağlık mesleklerinin tanımı yapılmıştır. 2011 yılı Şubat ayında Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Dair Kanun çerçevesinde üniversite sağlık tesislerinde çalışan öğretim üyelerinin artık özel muayene katkısı olarak hastalardan ekstra ücret talep edemeyecek olmaları nedeniyle oluşabilecek mali sıkıntının önlenmesi amacıyla, 2011 yılına mahsus olmak üzere yıllık 448 milyon TL öğretim üyelerinin mali kaybının telafisi için üniversitelere bütçeden kaynak aktarılmıştır.

2009 yılı Nisan ayında yataklı tedavi kurumlarında görev yapan devlet memurlarının hasta için çıkarılan yemeklerden ücretsiz yararlanabilmesi sağlanmıştır.

2002 yılında 378 bin olan Türkiye sağlık personeli sayısı (hizmet alımı dahil) 2013 yılında %94 civarında artış ile 735 bine çıkarılmıştır.

Tablo 69. Türkiye'de Sağlık Personeli Sayısı, (2002, 2013)

Sağlık Personeli	2002	2013
Uzman Hekim	45.457	73.886
Pratisyen Hekim	30.900	38.572
Asistan Hekim	15.592	21.317
Diş Hekimi	16.371	22.295
Eczacı	22.289	27.012
Hemşire	72.393	139.544
Ebe	41.479	53.427
Diğer Sağlık Personeli	50.106	134.488
Diğer Personel	72.543	96.253
Toplam Personel Sayısı	367.130	606.794

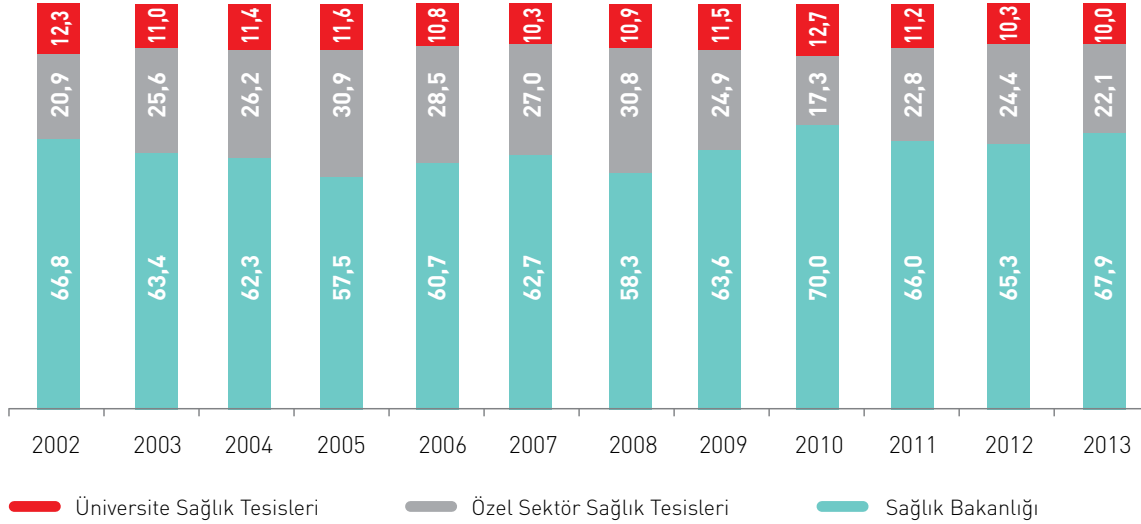
Kaynak: Sağlık Bakanlığı**Not:** Hizmet alımı personeli dahil edilmemiştir.**Tablo 70.** Personel Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	2.972	4.114	4.910	5.023	6.870	8.828	9.057	9.787	11.591	13.859	16.627	20.069	5,8
	%	66,8	63,4	62,3	57,5	60,7	62,7	58,3	63,6	70,0	66,0	65,3	67,9	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	547	712	902	1.013	1.217	1.453	1.695	1.769	2.107	2.354	2.615	2.967	4,4
	%	12,3	11,0	11,4	11,6	10,8	10,3	10,9	11,5	12,7	11,2	10,3	10,0	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	928	1.658	2.067	2.693	3.231	3.799	4.788	3.829	2.856	4.795	6.207	6.542	6,1
	%	20,9	25,6	26,2	30,9	28,5	27,0	30,8	24,9	17,3	22,8	24,4	22,1	
Toplam	TL	4.446	6.485	7.878	8.729	11.318	14.081	15.540	15.386	16.554	21.008	25.449	29.579	5,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında personel giderlerinin hizmet sunucuları bazında değişimi incelendiğinde en önemli artışın %610 ile özel sağlık tesislerinde yaşandığı görülmektedir. Bu artışı %580 ile Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinin personel gider artışı ve %440 ile üniversite sağlık tesislerinin personel gider artışı izlemiştir.

Grafik 42. Personel Giderlerinin Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında Türkiye geneli sağlık personel giderlerinin %66,8'i Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinde oluşuyor iken bu oran 2013 yılında %67,9'a yükselmiştir. Özel sektör payı %20,9 dan %22,1'e yükselmiş, üniversite sağlık tesislerinin payı %12,3'ten 10'a düşmüştür.

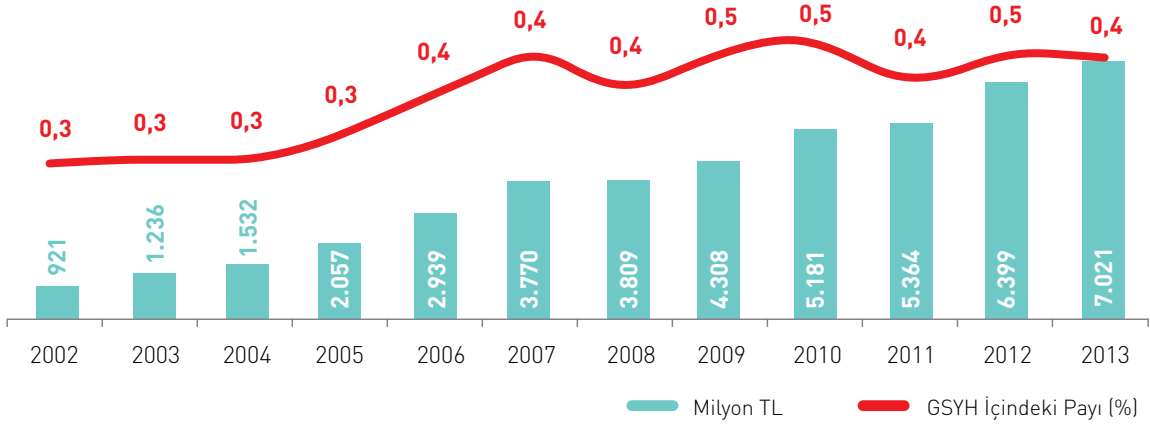
A.2. Hizmet Alım Harcamaları

Tablo 71. Hizmet Alım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	921	1.236	1.532	2.057	2.939	3.770	3.809	4.308	5.181	5.364	6.399	7.021	6,6
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	2.564	2.747	3.137	3.892	5.075	5.986	5.475	5.828	6.457	6.278	6.878	7.021	1,7
USD	611	828	1.077	1.534	2.054	2.896	2.946	2.784	3.453	3.212	3.570	3.693	5,0
SGP USD	1.508	1.603	1.891	2.476	3.472	4.359	4.279	4.741	5.509	5.435	6.078	6.393	3,2
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	4,9	5,1	5,1	5,8	6,7	7,4	6,6	7,4	8,4	7,8	8,6	8,3	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında hizmet alım giderleri nominal olarak %663 reel olarak %170 oranında artmıştır.

Grafik 43. Hizmet Alım Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında %0,3 olan hizmet alımı için yapılan harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,4'e yükselmiştir.

Bu dönemde hizmet alımlarının sağlık hizmetine erişimin ve kalitenin artırılmasında çok önemli faydası olmuştur. Hizmet alımlarını iki farklı alanda değerlendirmek gerekir: Birincisi; temizlik, güvenlik, bilgi işlem vb. destek hizmet alımlarında yaşanan gelişmeler ikincisi ise; radyolojik görüntüleme ve laboratuvar gibi tıbbî tetkik hizmet alımlarında yaşanan gelişmelerdir.

Destek hizmet alımlarında yaşanan gelişmelerle sağlık alanında adeta yeni istihdam şekli oluşmuştur. 2002 yılında Sağlık Bakanlığında hizmet alımıyla 11 bin civarında kişi çalışıyor iken bu sayı 2013 yılında 130 bin civarına yükselmiştir.

Sağlık alanında hizmet alımlarının yaygın olarak yaşandığı ikinci önemli alan tıbbî tetkik hizmet alımlarıdır. Bu alımlar daha çok MR, BT vb. radyolojik görüntüleme hizmet alımları ile mikrobiyoloji, biyokimya, hematoloji vb. laboratuvar hizmet alımlarında yaşanmıştır. Uygulamalarla bekleme süreleri kısaltılmış, sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyi yükselmiştir.

Tablo 72. Hizmet Alım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	290	419	582	833	1.373	1.849	2.065	2.402	2.536	2.805	3.259	3.775	12,0
	%	31,5	33,9	38,0	40,5	46,7	49,0	54,2	55,8	48,9	52,3	50,9	53,8	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	174	228	271	295	366	403	593	621	720	967	943	931	4,3
	%	18,9	18,4	17,7	14,3	12,4	10,7	15,6	14,4	13,9	18,0	14,7	13,3	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	456	589	680	928	1.201	1.518	1.150	1.285	1.925	1.592	2.197	2.314	4,1
	%	49,5	47,6	44,4	45,1	40,9	40,3	30,2	29,8	37,2	29,7	34,3	33,0	
Toplam	TL	921	1.236	1.532	2.057	2.939	3.770	3.809	4.308	5.181	5.364	6.399	7.021	6,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında Türkiye geneli hizmet alım giderlerinin %31,5'ü Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinde oluşuyor iken bu oran 2013 yılında %53,8'e çıkmıştır. Özel sektörün ve üniversite sağlık tesislerinin payı ise azalmıştır.

A.3. İlaç Harcamaları

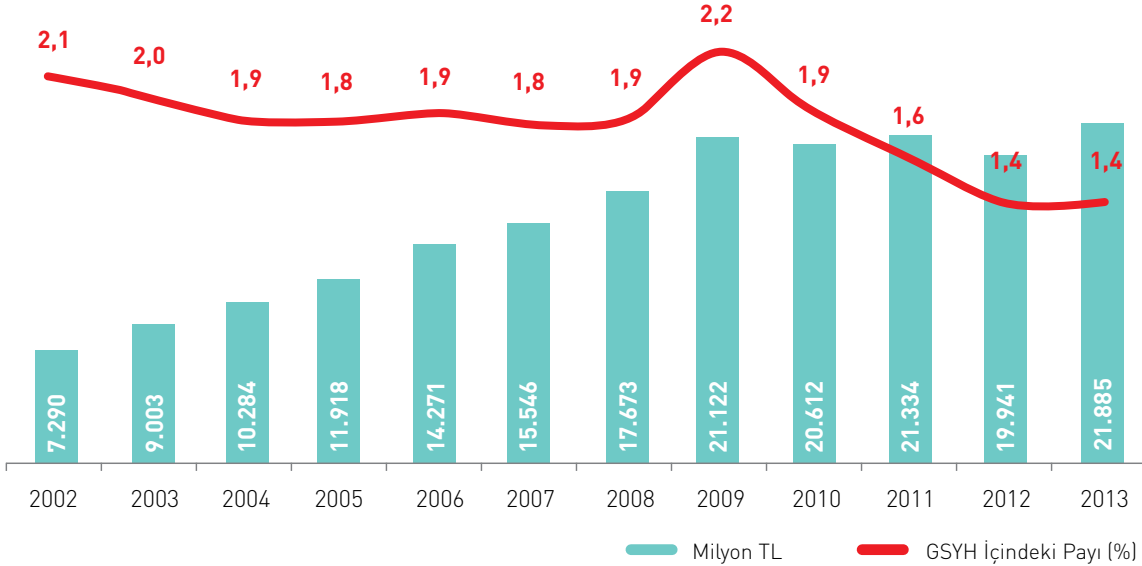
Tablo 73. İlaç Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.592	21.334	19.941	21.885	2,0
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	20.304	20.016	21.259	22.555	24.643	24.683	25.406	28.578	25.663	24.972	21.435	21.885	0,1
USD	4.841	6.030	7.301	8.889	9.972	11.945	13.669	13.653	13.725	12.775	11.125	11.510	1,4
SGP USD	11.944	11.679	12.815	14.348	16.860	17.974	19.856	23.245	21.894	21.616	18.940	19.928	0,7
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	38,8	37,1	34,6	33,7	32,4	30,5	30,6	36,5	33,4	31,1	26,9	25,9	
GSYH İçindeki Payı (%)	2,1	2,0	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	2,2	1,9	1,6	1,4	1,4	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında ilaç giderlerinde (yatan hasta ilacı ve aşı giderleri dahil) nominal olarak %200 reel olarak ise sadece %8'lik bir artış olmuştur. 2002 yılında ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %38,8 iken 2013 yılında %25,9'a düşürülmüştür.

Grafik 44. İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında %2,1 olan ilaç harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %1,4'e düşmüştür.

Tablo 74. İlaç Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	220	244	225	300	429	435	639	1.084	1.014	925	1.434	1.102	4,0
	%	3,0	2,7	2,2	2,5	3,0	2,8	3,6	5,1	4,9	4,3	7,2	5,0	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	79	103	122	133	165	161	299	313	363	413	402	322	3,1
	%	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,0	1,7	1,5	1,8	1,9	2,0	1,5	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	37	47	44	73	124	295	281	319	444	334	428	419	10,4
	%	0,5	0,5	0,4	0,6	0,9	1,9	1,6	1,5	2,2	1,6	2,1	1,9	
Serbest Eczaneler	TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
	%	95,4	95,6	96,2	95,8	95,0	94,3	93,1	91,9	91,2	92,2	88,6	91,6	
Toplam	TL	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.612	21.334	19.941	21.885	2,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında ilaç giderlerinin (yatan hasta ilacı ve aşı giderleri dâhil) %95,4'ü serbest eczanelerden temin edilen ilaç giderlerinden oluşuyorken bu oran 2013 yılında %91,6'ya düşürülmüştür. Bu düşüşün iki önemli sebebi bulunmaktadır: Birincisi; sağlık alanında uygulanan vatandaş odaklı politikalarla yatan hastaların ilaçlarının hastaneler tarafından karşılanma oranı 2002 yılına göre yükseltilmiştir. İkincisi ise; Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşı finansmanı önemli tutarda arttırılmıştır.

Tablo 75. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Aşı Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
İlaç Giderleri	TL	211	236	219	279	379	359	560	693	685	702	763	835	3,0
	%	95,8	96,8	97,5	93,0	88,2	82,5	87,6	63,9	67,5	75,9	53,2	75,7	
Aşı Giderleri	TL	9	8	6	21	51	76	79	391	329	223	670	267	27,8
	%	4,2	3,2	2,5	7,0	11,8	17,5	12,4	36,1	32,5	24,1	46,8	24,3	
Toplam	TL	220	244	225	300	429	435	639	1.084	1.014	925	1.434	1.102	4,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

2002 yılında Sağlık Bakanlığı ilaç giderlerinin %95'i yatan hastalar için hastanelerde kullanılan ilaç giderlerinden, %0,8'i 112 acil sağlık hizmetlerinde ve %4,2'si ise halk sağlığı hizmetlerinde kullanılan aşı giderlerinden oluşmaktaydı. Aşı giderlerinin oranı yıllar itibarıyla yükselerek 2013 yılında %24,3'e yükselmiştir.

A.4. Tıbbî Malzeme Harcamaları

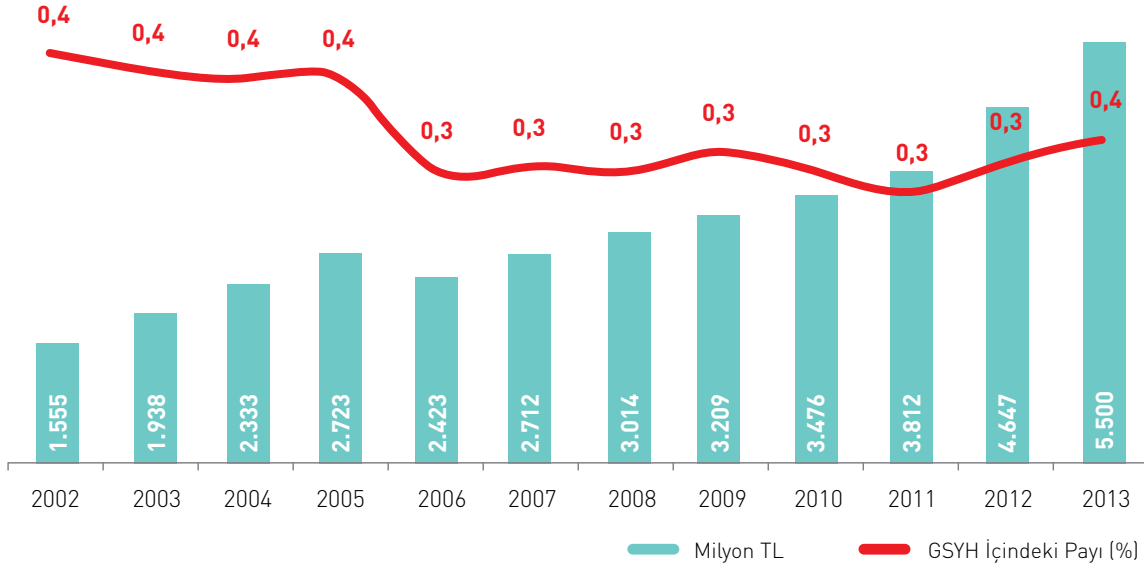
Tablo 76. Tıbbî Malzeme Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	1.555	1.938	2.333	2.723	2.423	2.712	3.014	3.209	3.476	3.812	4.647	5.500	2,5
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	4.331	4.309	4.776	5.153	4.184	4.305	4.333	4.341	4.332	4.462	4.995	5.500	0,3
USD	1.033	1.298	1.640	2.031	1.693	2.083	2.331	2.074	2.317	2.282	2.592	2.893	1,8
SGP USD	2.548	2.514	2.879	3.278	2.863	3.135	3.387	3.531	3.696	3.862	4.414	5.008	1,0
Sağlık Harcamaları içindeki Payı (%)	8,3	8,0	7,8	7,7	5,5	5,3	5,2	5,5	5,6	5,6	6,3	6,5	
GSYH içindeki Payı (%)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında tıbbî malzeme giderleri nominal olarak %250 civarında artarken reel olarak sadece %30'luk bir artış olmuştur. 2002 yılında tıbbî malzeme harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %8,3 iken 2013 yılında %6,5'e düşürülmüştür.

Grafik 45. Tıbbî Malzeme Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002-2013 yılında tıbbî malzeme harcamaların GSYH içindeki payı değişmemiştir. (0,4)

Tablo 77. Tıbbî Malzeme Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL/USD)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	637	774	873	760	711	712	954	1.136	1.136	1.389	1.794	2.154	2,4
	%	41,0	39,9	37,4	27,9	29,3	26,3	31,7	35,4	32,7	36,4	38,6	39,2	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	142	185	220	240	298	314	494	518	600	682	666	833	4,9
	%	9,1	9,6	9,4	8,8	12,3	11,6	16,4	16,1	17,3	17,9	14,3	15,1	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	384	453	529	681	864	1.343	1.078	1.138	1.375	1.365	1.729	1.970	4,1
	%	24,7	23,4	22,7	25,0	35,7	49,5	35,8	35,5	39,6	35,8	37,2	35,8	
Diğer	TL	392	526	710	1.042	550	343	488	417	365	376	459	543	0,4
	%	25,2	27,1	30,4	38,3	22,7	12,6	16,2	13,0	10,5	9,9	9,9	9,9	
Toplam	TL	1.555	1.938	2.333	2.723	2.423	2.712	3.014	3.209	3.476	3.812	4.647	5.500	2,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, SGK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında Türkiye geneli (yatan hastalar için hastanelerde kullanılan tıbbî malzeme giderleri dâhil) tıbbî malzeme giderlerinin %25,2'si perakende olarak temin edilen tıbbî malzeme giderlerinden oluşmaktayken bu oran 2013 yılında %9,9'a düşürülmüştür. Bu düşüşün en önemli sebebi sağlık alanında uygulanan vatandaş odaklı politikalarla yatan hastaların tıbbî malzeme ihtiyaçlarının hastaneler tarafından karşılanma zorunluluğunun getirilmesidir. Bu uygulama ile vatandaşın tıbbî malzeme ihtiyacı büyük ölçüde ilgili hastane tarafından karşılanmaya başlamış, uygulama ile hem vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmış hem de hastanelerce toplu alım yapıldığından maliyetler düşürülmüştür.

A.5. Tıbbî Tetkik Harcamaları

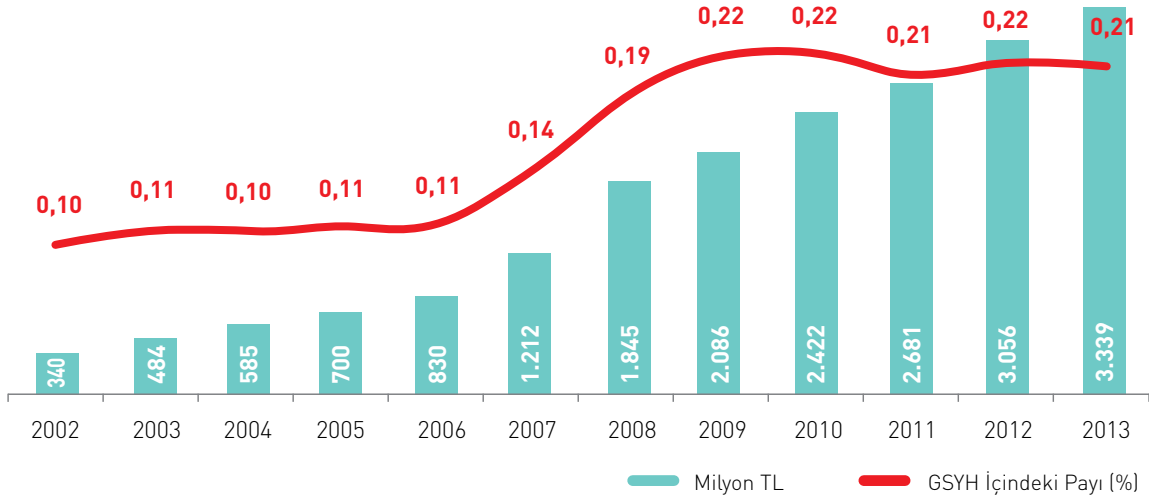
Tablo 78. Tıbbî Tetkik (Laboratuvar ve Görüntüleme) Harcamaları, [2002-2013], (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	340	484	585	700	830	1.212	1.845	2.086	2.422	2.681	3.056	3.339	8,8
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	947	1.075	1.197	1.325	1.433	1.925	2.652	2.822	3.018	3.138	3.285	3.339	2,5
USD	226	324	411	522	580	931	1.427	1.348	1.614	1.605	1.705	1.756	6,8
SGP USD	557	627	722	843	981	1.402	2.073	2.295	2.575	2.716	2.903	3.041	4,5
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	1,8	2,0	1,9	2,0	1,9	2,4	3,2	3,6	3,9	3,9	4,1	4,0	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,10	0,11	0,10	0,11	0,11	0,14	0,19	0,22	0,22	0,21	0,22	0,21	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında tıbbî tetkik giderleri nominal olarak %880 civarında artarken reel olarak %250 civarında bir artış olmuştur. 2002 yılında tıbbî tetkik harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %1,8 iken 2013 yılında bu oran %4'e yükselmiştir.

Grafik 46. Tıbbî Tetkik Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında %0,10 olan tıbbî tetkik harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,21'e yükselmiştir.

Tablo 79. Tıbbî Tetkik Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	141	198	223	200	328	507	802	1.066	1.231	1.507	1.764	1.950	12,9
	%	41,4	41,0	38,2	28,6	39,5	41,8	43,4	51,1	50,8	56,2	57,7	58,4	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	67	87	104	113	140	218	400	419	485	552	538	598	7,9
	%	19,7	18,1	17,8	16,2	16,9	17,9	21,7	20,1	20,0	20,6	17,6	17,9	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	26	39	42	55	107	258	256	244	376	277	374	370	13,1
	%	7,7	8,1	7,2	7,9	12,9	21,3	13,9	11,7	15,5	10,3	12,2	11,1	
Diğer	TL	106	159	216	331	255	229	388	357	330	345	380	421	3,0
	%	31,2	32,8	36,9	47,3	30,7	18,9	21,0	17,1	13,6	12,9	12,4	12,6	
Toplam	TL	340	484	585	700	830	1.212	1.845	2.086	2.422	2.681	3.056	3.339	8,8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında Türkiye genelinde hastalar için gerekli olan tıbbî tetkiklerin teşhis ve tedavinin yapıldığı sağlık kuruluşlarında yapılması gerekenlerin %31,2'sinin bu tesisler dışındaki özel laboratuvar gibi sağlık işletmelerinde yapıldığı görülmektedir. Sağlık alanında uygulanan vatandaş odaklı politikalarla söz konusu tıbbî tetkik ihtiyaçlarının ilgili sağlık işletmesi tarafından karşılanma zorunluluğu getirilmiş ve bu oran 2013 yılında %12,6'ya düşürülmüştür. Bu uygulama ile vatandaşın sağlık hizmetine erişimi kolaylaşırken, cepten harcamalar azaltılmış ve toplu alım yapıldığından maliyetler düşürülmüştür.

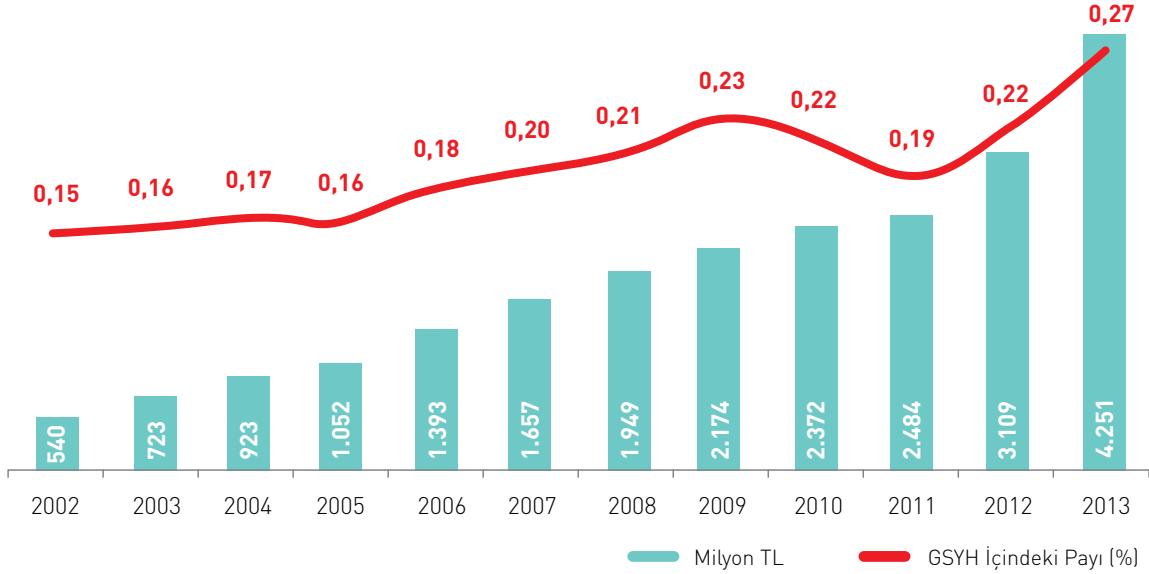
A.6. Yönetim Harcamaları

Tablo 80. Yönetim Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	1.503	1.608	1.890	1.990	2.405	2.631	2.802	2.942	2.957	2.907	3.342	4.251	1,8
USD	358	485	649	784	973	1.273	1.507	1.405	1.581	1.487	1.734	2.236	5,2
SGP USD	884	939	1.140	1.266	1.646	1.916	2.190	2.393	2.522	2.516	2.953	3.870	3,4
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	2,9	3,0	3,1	3,0	3,2	3,3	3,4	3,8	3,8	3,6	4,2	5,0	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,15	0,16	0,17	0,16	0,18	0,20	0,21	0,23	0,22	0,19	0,22	0,27	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi,

2002 yılına göre 2013 yılında yönetim harcamaları nominal olarak %690 civarında artar iken reel olarak %180 civarında artmıştır. 2002 yılında yönetim harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %2,9 iken 2013 yılında bu oran %5,0'a yükselmiştir.

Grafik 47. Yönetim Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi,

2002 yılında %0,15 olan yönetim harcamalarının GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,27'ye yükselmiştir.

2002-2013 döneminde yönetim harcamaları gelişimine baktığımızda en göze çarpan hususlar olarak yöneticilerin yetkileri arttırılmış ve yönetim hizmetlerine gereken önem verilmeye çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında internet üzerinden uzaktan eğitimle, Sağlık Bakanlığına bağlı yöneticiler, yönetici adayları ve uzmanlar olmak üzere 10.000'den fazla personel eğitilmiştir. 2010 yılı Mart ayında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hastane yöneticileri için "Yönetici Performansı" uygulaması başlatılmıştır. 2012 yılı Kasım ayında 663 sayılı KHK ile öngörüldüğü şekilde Sağlık Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmış, 2 Kasım 2012 tarihi itibarıyla Türkiye genelinde Kamu Hastane Birlikleri hayata geçirilmiştir. Bu uygulama ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı genel sekreterlik personeli ile hastaneler ve ağız diş sağlığı merkezlerindeki yöneticilerin tümü sözleşmeli hale getirilmiştir.

Tablo 81. Yönetim Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	378	515	669	744	997	1.157	1.330	1.577	1.720	1.794	2.381	3.447	8,1
	%	70,0	71,1	72,5	70,8	71,5	69,8	68,2	72,5	72,5	72,2	76,6	81,1	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	89	114	142	158	192	232	273	287	333	377	372	420	3,7
	%	16,5	15,8	15,4	15,0	13,8	14,0	14,0	13,2	14,0	15,2	12,0	9,9	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	73	94	112	150	204	268	346	310	319	313	356	383	4,3
	%	13,5	13,0	12,1	14,2	14,7	16,2	17,8	14,3	13,5	12,6	11,4	9,0	
Toplam	TL	540	723	923	1.052	1.393	1.657	1.949	2.174	2.372	2.484	3.109	4.251	6,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, ŞAHİN, Doç.Dr. İsmet, AKAR, Yrd. Doç. Dr. Çetin, Devlet Üniversitesi Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu, BÜYÜKMİRZA, Prof. Dr. H.Kamil, Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi,

2002 yılında Türkiye geneli yönetim harcamalarının %70'i Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinde oluşmaktayken bu oran, 2013 yılında %81,1'e çıkmıştır. Diğer taraftan özel sektörün ve üniversite sağlık tesislerinin payı ise azalmıştır.

A.7. Kanuni Yükümlülükler

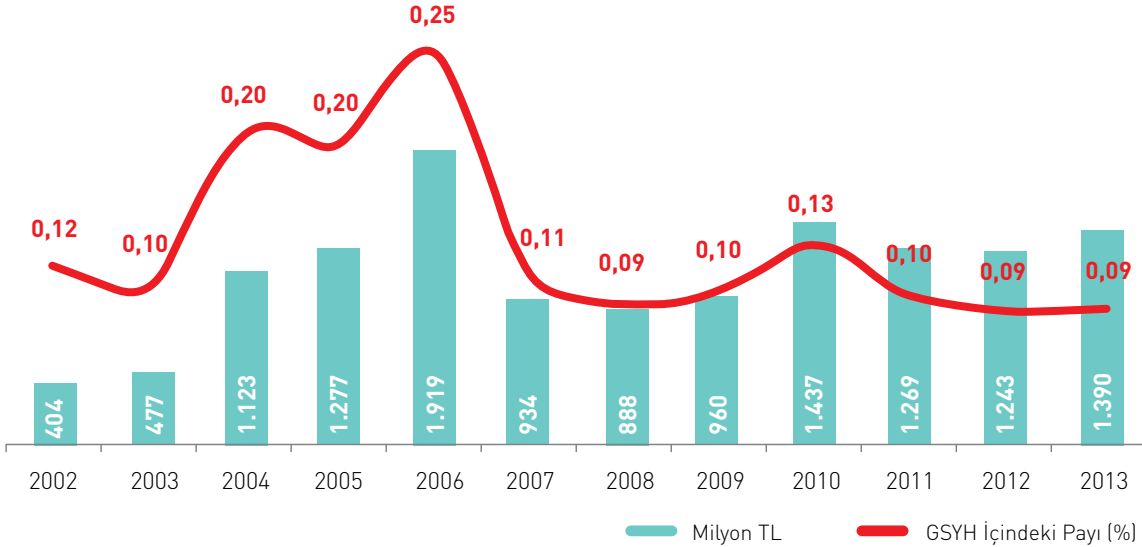
Tablo 82. Kanuni Yükümlülük Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	404	477	1.123	1.277	1.919	934	888	960	1.437	1.269	1.243	1.390	2,4
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	1.126	1.061	2.300	2.417	3.314	1.482	1.277	1.299	1.791	1.485	1.336	1.390	0,2
USD	268	320	790	953	1.341	717	687	621	958	760	693	731	1,7
SGP USD	662	619	1.387	1.538	2.267	1.079	998	1.056	1.528	1.286	1.181	1.266	0,9
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	2,2	2,0	3,7	3,6	4,4	1,8	1,5	1,7	2,3	1,8	1,7	1,6	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,12	0,10	0,20	0,20	0,25	0,11	0,09	0,10	0,13	0,10	0,09	0,09	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında kanuni yükümlülükler nominal olarak %240 civarında artarken reel olarak sadece %20 civarında artmıştır. 2002 yılında kanuni yükümlülüklerin sağlık harcamaları içindeki payı %2,2 iken 2013 yılında bu oran %1,6'ya düşmüştür.

Grafik 48. Kanuni Yükümlülükler ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında %0,12 olan sağlık sektöründeki kanuni yükümlüklerin GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,09'a düşmüştür.

Tablo 83. Kanuni Yükümlülük Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	187	193	787	901	1.450	339	449	506	834	867	691	979	4,2
	%	46,2	40,6	70,1	70,5	75,6	36,3	50,6	52,7	58,1	68,3	55,6	70,4	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	194	253	301	328	406	491	420	352	510	348	339	386	1,0
	%	47,9	53,0	26,8	25,6	21,2	52,6	47,2	36,6	35,5	27,4	27,3	27,7	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	24	31	36	49	63	104	19	103	93	54	213	26	0,1
	%	5,9	6,5	3,2	3,8	3,3	11,1	2,2	10,7	6,5	4,3	17,2	1,8	
Toplam	TL	404	477	1.123	1.277	1.919	934	888	960	1.437	1.269	1.243	1.390	2,4

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında Türkiye geneli kanuni yükümlülüklerin %46,2'si Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinde oluşuyor iken bu oran 2013 yılında %70,4'e çıkmıştır. Diğer taraftan özel sektörün ve üniversite sağlık tesislerinin payı ise azalmıştır.

A.8. Diğer Cari Sağlık Harcamaları

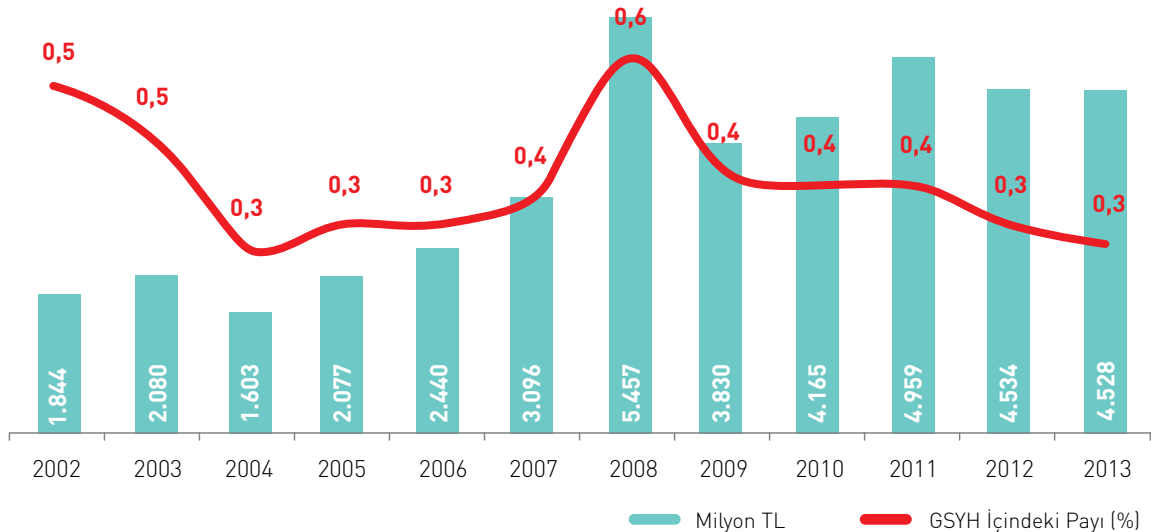
Tablo 84. Diğer Cari Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	1.844	2.080	1.603	2.077	2.440	3.096	5.457	3.830	4.165	4.959	4.534	4.528	1,5
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	5.136	4.623	3.281	3.931	4.214	4.916	7.845	5.182	5.191	5.805	4.874	4.528	-0,1
USD	1.225	1.393	1.127	1.549	1.705	2.379	4.221	2.476	2.776	2.970	2.529	2.382	0,9
SGP USD	3.021	2.698	1.978	2.501	2.883	3.580	6.131	4.215	4.429	5.025	4.306	4.123	0,4
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	9,8	8,6	5,3	5,9	5,5	6,1	9,5	6,6	6,8	7,2	6,1	5,4	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında diğer cari sağlık harcamaları giderlerinin nominal olarak %150 civarında artarken reel olarak %10 civarında düşmüştür. 2002 yılında diğer sağlık giderlerinin sağlık harcamaları içindeki payı %9,8 iken 2013 yılında bu oran %5,4'e düşmüştür.

Grafik 49. Diğer Cari Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında %0,5 olan diğer cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,3'e düşmüştür.

Tablo 85. Diğer Cari Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	402	681	615	497	608	1.029	2.148	1.484	1.554	1.583	2.182	1.122	1,8
	%	21,8	32,8	38,4	23,9	24,9	33,2	39,4	38,7	37,3	31,9	48,1	24,8	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	155	158	238	296	358	479	280	351	402	485	224	434	1,8
	%	8,4	7,6	14,9	14,3	14,7	15,5	5,1	9,2	9,6	9,8	5,0	9,6	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	1.287	1.241	750	1.284	1.475	1.588	3.029	1.995	2.210	2.892	2.128	2.972	1,3
	%	69,8	59,7	46,8	61,8	60,4	51,3	55,5	52,1	53,0	58,3	46,9	65,6	
Toplam	TL	1.844	2.080	1.603	2.077	2.440	3.096	5.457	3.830	4.165	4.959	4.534	4.528	1,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılında Türkiye geneli diğer cari sağlık harcamalarının %21,8'i Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinde oluşmaktayken bu oran, 2013 yılında %24,8'e çıkmıştır. Diğer taraftan özel sektörün payı azalırken, üniversite sağlık tesislerinin payı ise artmıştır.

A.9. Sınıflandırılmayan Cari Harcamalar

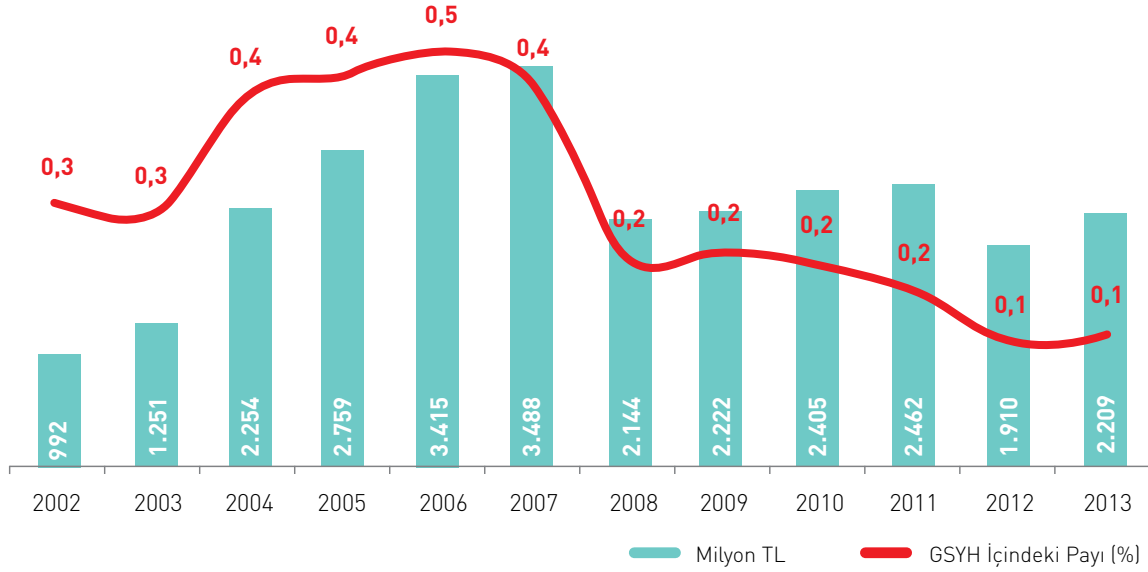
Tablo 86. Sınıflandırılmayan Cari Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	992	1.251	2.254	2.759	3.415	3.488	2.144	2.222	2.405	2.462	1.910	2.209	1,2
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	2.763	2.782	4.615	5.221	5.897	5.539	3.083	3.007	2.997	2.882	2.053	2.209	-0,2
USD	659	838	1.585	2.058	2.386	2.680	1.659	1.436	1.603	1.474	1.065	1.162	0,8
SGP USD	1.625	1.624	2.782	3.321	4.034	4.033	2.409	2.445	2.557	2.494	1.814	2.011	0,2
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	5,3	5,2	7,5	7,8	7,7	6,9	3,7	3,8	3,9	3,6	2,6	2,6	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında sınıflandırılmayan sağlık harcamalarının nominal olarak %120 civarında artar iken reel olarak %20 civarında azalmıştır. 2002 yılında sınıflandırılmayan sağlık harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %5,3 iken 2013 yılında bu oran %2,6'ya düşmüştür.

Grafik 50. Sınıflandırılmayan Cari Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

Sınıflandırılmayan cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %0,3'ten %0,1'e düşmüştür.

B. Sağlık Yatırım Harcamaları

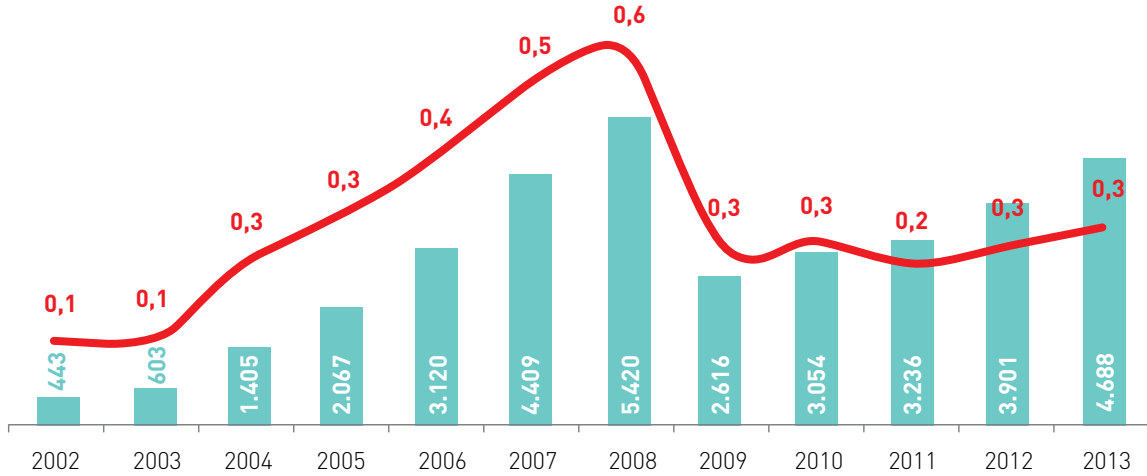
Tablo 87. Sağlık Yatırım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	443	603	1.405	2.067	3.120	4.409	5.420	2.616	3.054	3.236	3.901	4.688	9,6
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	1.234	1.341	2.876	3.912	5.388	7.000	7.792	3.540	3.806	3.788	4.193	4.688	2,8
USD	294	404	988	1.542	2.180	3.388	4.192	1.691	2.036	1.938	2.176	2.466	7,4
SGP USD	726	782	1.734	2.488	3.686	5.098	6.089	2.879	3.247	3.279	3.705	4.269	4,9
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	2,4	2,5	4,7	5,8	7,1	8,7	9,4	4,5	5,0	4,7	5,3	5,6	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	

Kaynak: TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında sağlık yatırım harcamaları nominal olarak %960 civarında reel olarak ise %280 civarında artmıştır. Yatırım harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı bir kat civarında artarak %2,4'den %5,6'ya çıkmıştır.

Grafik 51. Sağlık Yatırım Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: TÜİK

Milyon TL GSYH İçindeki Payı (%)

2002 yılında GSYH içinde sadece %0,1 payı olan sağlık yatırım harcamalarının GSYH içindeki payı 2013 yılında %0,3'e yükselmiştir.

Tablo 88. Yatırım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	309	408	644	1.204	1.607	2.005	1.883	1.843	2.290	2.247	2.543	3.155	9,2
	%	69,8	67,6	45,8	58,2	51,5	45,5	34,7	70,4	75,0	69,4	65,2	67,3	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	132	194	226	229	267	362	395	470	401	513	512	578	3,4
	%	29,9	32,1	16,1	11,1	8,6	8,2	7,3	18,0	13,1	15,9	13,1	12,3	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	0	0	534	634	1.198	1.860	1.294	237	298	384	764	907	-
	%	0,0	0,0	38,0	30,7	38,4	42,2	23,9	9,1	9,8	11,9	19,6	19,3	
Diğer *	TL	2	1	1	1	48	181	1.848	66	65	92	82	48	30,8
	%	0,3	0,2	0,0	0,0	1,5	4,1	34,1	2,5	2,1	2,8	2,1	1,0	
Toplam	TL	443	603	1.405	2.067	3.120	4.409	5.420	2.616	3.054	3.236	3.901	4.688	9,6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

* Hangi hizmet sunucusu tarafından yapıldığı tespit edilemeyen yatırım tutarlarıdır. 2008 yılı tutarı olan 1.848 Milyon TL'nin 904,4 Milyon TL'sinin Sağlık Bakanlığı'nın kamulaştırma tutarı olduğu düşünülmektedir.

2002 yılına göre 2013 yılında sağlık yatırım harcamalarının hizmet sunucuları bazında değişimine baktığımızda, en önemli artış özel sağlık işletmelerinin yatırım harcamalarında oluşmuştur. 2002 yılında hiç sağlık yatırımı olmayan özel sağlık işletmelerinin toplam sağlık yatırımı içindeki payı 2013 yılında %19,3 olmuştur.

Tablo 89. Yatırım Harcamalarının Niteliklerine Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Yapı Tesis	TL	233	348	697	957	1.544	2.078	2.159	1.321	1.628	1.544	1.779	2.499	9,7
	%	52,7	57,7	49,6	46,3	49,5	47,1	39,8	50,5	53,3	47,7	45,6	53,3	
Makine Teçhizat	TL	148	184	529	659	997	1.318	897	830	835	887	1.127	1.134	6,7
	%	33,3	30,5	37,7	31,9	32,0	29,9	16,5	31,7	27,3	27,4	28,9	24,2	
Onarım	TL	46	54	150	407	436	700	391	285	421	546	712	786	16,2
	%	10,3	8,9	10,6	19,7	14,0	15,9	7,2	10,9	13,8	16,9	18,3	16,8	
Ambulans	TL	6	8	11	19	34	45	57	49	51	88	95	39	5,0
	%	1,5	1,4	0,8	0,9	1,1	1,0	1,0	1,9	1,7	2,7	2,4	0,8	
Diğer	TL	10	9	18	25	109	268	1.916	132	120	170	189	230	22,4
	%	2,2	1,5	1,3	1,2	3,5	6,1	35,3	5,1	3,9	5,3	4,8	4,9	
Toplam	TL	443	603	1.405	2.067	3.120	4.409	5.420	2.616	3.054	3.236	3.901	4.688	9,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında sağlık yatırım harcamalarını niteliğine göre incelediğimizde onarım harcamalarının payı artmış, makine teçhizat yatırımlarının payı ise düşmüştür.

B.1. Sağlık Yapıları İçin Yapılan Harcamalar

Tablo 90. Yapı Tesis Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	233	348	697	957	1.544	2.078	2.159	1.321	1.628	1.544	1.779	2.499	9,7
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	650	773	1.428	1.812	2.666	3.299	3.104	1.787	2.028	1.808	1.912	2.499	2,8
USD	155	233	490	714	1.079	1.597	1.670	854	1.085	925	993	1.314	7,5
SGP USD	382	451	861	1.152	1.824	2.402	2.426	1.453	1.730	1.565	1.690	2.276	5,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	1,2	1,4	2,3	2,7	3,5	4,1	3,7	2,3	2,6	2,3	2,4	3,0	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,07	0,08	0,12	0,15	0,20	0,25	0,23	0,14	0,15	0,12	0,13	0,16	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında yapı tesis yatırımları nominal olarak %971 reel olarak %284 oranında artmıştır. 2002 yılında yapı tesis yatırımlarının sağlık harcamaları içindeki payı %1,2'den 2013 yılında %3,0'ye çıkmıştır.

Tablo 91. Yapı Tesis Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	166	249	315	541	788	941	1.114	900	1.196	1.020	1.116	1.679	9,1
	%	71,1	71,6	45,2	56,5	51,0	45,3	51,6	68,2	73,5	66,1	62,7	67,2	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	67	99	115	120	148	213	251	296	271	330	299	328	3,9
	%	28,9	28,4	16,5	12,5	9,6	10,3	11,6	22,4	16,6	21,4	16,8	13,1	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	0	0	267	296	608	923	794	125	160	194	365	492	-
	%	0,0	0,0	38,3	30,9	39,4	44,4	36,8	9,5	9,9	12,6	20,5	19,7	
Toplam	TL	233	348	697	957	1.544	2.078	2.159	1.321	1.628	1.544	1.779	2.499	9,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu

2002 yılına göre 2013 yılında yapı tesis yatırımlarının hizmet sunucuları bazında değişimine baktığımızda özel sağlık tesislerinin yapı tesis giderlerinde önemli artış göze çarpmaktadır.

Bu dönemde Sağlık Bakanlığında ilk olarak bütün sağlık yatırımları gözden geçirilmiş, detaylı bir sağlık envanteri oluşturulmuş ve yeniden planlanmıştır. Yatırımlar deprem riski, yangın riski ve fonksiyonellik açısından değerlendirilmiştir. Yatırım planlamaları ve yatırımların önceliği ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde incelenerek ve yerel yöneticilerle birlikte yapılmıştır. Projeler öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif edilerek yatırım bütçelerinin daha akılcı olarak kullanılması sağlanmıştır. 2003 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde koğuş sisteminden içinde banyosu, tuvaleti olan, televizyon ve buzdolabı konforuna sahip, en fazla iki kişilik nitelikli oda sistemine geçilmiştir.

Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye sağlık tesisi yaptırılması;

Bu dönemde sağlık yapılarının inşasındaki önemli adımlardan biri de; Sağlık Bakanlığı ve Toplu Konut İdaresi (TOKİ) Başkanlığı arasında imzalanan protokol ile sağlık tesislerinin yapımının TOKİ tarafından yapılmaya başlanmasıdır. Bu protokoldeki amaç; Sağlık Bakanlığının ihtiyaç duyduğu sağlık tesislerinin bütçe dışında ilave kaynak sağlanarak Sağlık Bakanlığına tahsisli arsaların TOKİ'ye devri karşılığında yaptırılmasıdır. TOKİ devraldığı bu arsaları uygun şekilde değerlendirerek inşaat bedellerini karşılamaya çalışmıştır. Söz konusu protokolün bir diğer tarafı Sağlık Bakanlığına tahsisli arsaların devrinde yetkili olan Maliye Bakanlığı olmuştur.

Sağlık Bakanlığının TOKİ'ye sağlık tesisi yaptırmasının geçmişi 2006 yılında yapılan bir protokole dayanmaktadır. Bu protokole; Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye yaptırılan inşaat bedellerinin sadece tahsisli arsaların TOKİ'ye devri ile karşılanması öngörülmüştü. Arsa karşılığı hastane yapımını öngören bu protokol kapsamındaki hastaneler TOKİ tarafından yapılarak Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu hastanelerin bedeli Sağlık Bakanlığına tahsisli Maliye Hazinesi mülkiyetindeki arsaların TOKİ'ye devredilmesi ile karşılanmıştır.

Başbakanlık Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) ile 2006 yılında yapılan protokol; Sağlık Bakanlığının sadece tahsisli taşınmazların devri karşılığı, sağlık tesisi yapımına imkân sağlayabilmiştir. Bu protokol TOKİ'ye Sağlık Bakanlığı bütçesinden kaynak aktarılabilmesine imkân vermemiştir. Protokole her ne kadar inşaat bedellerinin arsa ile karşılanamaması durumunda nakdi mahsuplaşma hususu da öngörülmüş ise de mali mevzuata göre bu mümkün olmamıştır. Oysa Sağlık Bakanlığı TOKİ'ye arsa devri ile birlikte bütçesinden ödeme yaparak da inşaat yaptırmak istiyordu. Bu amaçla 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede 2007 yılında yapılan düzenleme ile TOKİ'ye yaptırılan sağlık tesisleri karşılığının; yapılacak protokollerde belirlenecek şekilde, taşınmaz devri yoluyla ve/veya nakit olarak bütçenin ilgili tertiplerine bu amaçla konulan ödeneklerden veya döner sermaye gelirlerinden karşılanabileceği düzenlenmiş ve bu düzenlemeye uygun olarak TOKİ ile ek protokol yapılmıştır.

Ayrıca aynı düzenleme ile Sağlık Bakanlığında inşaat ve onarım işlerini yapmak veya TOKİ'ye yaptırmak üzere İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı ve Kamu Özel İşbirliği ile yapılacak işleri yapmak üzere Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurularak bu birimler ve işler Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığından ayrılmıştır.

TOKİ'ye sağlık tesisi yaptırılmasını düzenleyen 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamedeki söz konusu düzenleme; Kasım 2011'de çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 48 inci maddesine taşınmıştır.663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamedeki düzenlemeyle; Sağlık Bakanlığı ve Bağlı kuruluşları, ihtiyaç duyulan sağlık tesislerini, düzenlenecek protokol esasları çerçevesinde TOKİ Başkanlığına doğrudan yaptırmaya yetkili kılınmıştır.

TOKİ'ye arsa devrinin yanı sıra bütçeden ödeme de yapılmasına yetki veren söz konusu kanuni düzenlemeye bağlı olarak 19.02.2008 tarihinde Sağlık Bakanlığı İle TOKİ arasında yeni bir protokol imzalanmıştır. Bu protokol ile daha önce imzalanmış 2006 tarihli ve sonraki tarihli maddelerinde değişiklik yapan ek protokoller kaldırılmıştır. Protokolde; inşaat bedellerinin Sağlık Bakanlığı bütçesinin ilgili tertiplerine bu amaçla konulan ödeneklerden veya döner sermaye gelirlerinden karşılanacağına, daha sonra mahsup edilmek üzere ön ödeme yapılabileceğine ilişkin hükümlere yer verilmiş, aynı ve nakdi mahsuplaşma sonrası kalan borcun beş (5) yıl içinde TOKİ'ye ödeneceği hükmü getirilmiştir.

Artan iş hacmi ve yeni ihtiyaçlar sebebi ile 24.11.2009 tarihinde imzalanan protokol ile 2008 tarihli protokol yürürlükten kaldırılarak yenilenmiştir. Yeni protokolde; TOKİ'ye yaptırılan inşaat bedellerinin yüzde otuzunun (%30) devredilen taşınmazların mahsuplaşması ile karşılanacağı, geriye kalan borçların da protokolün imza tarihinden itibaren yedi (7) yıl içinde ödeneceği hükmüne yer verilerek ödeme şartları değiştirilmiştir. 25 Kasım 2010 tarihinde bu protokole ek protokol yapılmış ve TOKİ tarafından ihalesi yapılmış saha içerisindeki taşınmazlara ilişkin kamulaştırma iş ve işlemlerinin TOKİ tarafından yapılacağı, buna ilişkin ödemelerin Sağlık Bakanlığınca karşılanmasının talep edileceği belirtilmiştir.

Ortaya çıkan yeni ihtiyaçlar sebebi ile 2013 yılında protokol yine değiştirilerek yapılan ve yapılacak işler karşılığı TOKİ'ye Sağlık Bakanlığınca bir ödeme planı verilmiştir. Ayrıca; bazı hastane ihale işlemlerinin 2013 yılında gerçekleştirilmesi hususu ve ihtiyaç halinde lojman olarak kullanmak üzere TOKİ konutlarından satın alınabileceği, bedelinin taşınmaz devri ile karşılanabileceği hüküm altına alınmıştır.

TOKİ'ye Sağlık Bakanlığı bütçesinden ödeme yapılmasına imkân veren protokollerde yapılacak ödemelerin avans şeklinde verilmesi öngörülmüş fakat Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliğinde bu avansların kapatılabilmesi ile ilgili hüküm bulunmadığından oluşan tereddütlerden dolayı 2008 yılından itibaren TOKİ'ye ödenen avanslar uzun süre kapatılamamıştır. 2013 yılı sonunda Maliye Bakanlığınca Merkez Harcama Belgeleri Yönetmeliğine TOKİ avanslarının kapatılması ile ilgili hüküm konularak tereddütler giderilmiş ve avanslar kapatılabilmektedir. Dolayısıyla 2008 yılından itibaren TOKİ'ye açılan söz konusu avansların bütçe gideri yapılması 2013 yılına kalmıştır. Bu durum Sağlık Harcamaları İzleme Değerlendirme Komisyonu ve TÜİK tarafından dikkate alınarak sağlık harcamalarına yansıtılmıştır. Yani Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye avans olarak yapılan ödemeler TÜİK'in sağlık harcamalarında ve bu çalışmanın sağlık yatırım kalemlerinde mevcuttur.

Tablo 92. Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye Yapılan Ödemeler, (2008-2013)

Yıl	Genel Bütçe Avansları	Döner Sermaye Avansları	Toplam	Bütçe Gideri Yapılması
2008		63.000.000	63.000.000	
2009	225.615.000		225.615.000	
2010	586.098.975		586.098.975	
2011	273.606.763		273.606.763	
2012	696.239.095		696.239.095	
2013	1.179.408.102	75.000.000	1.254.408.102	2.531.606.473
TOPLAM	2.960.967.935	138.000.000	3.098.967.935	2.531.606.473

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Tablo 93. Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye Yaptırılan Tamamlanmış Sağlık Tesisleri, (2008-2013)

Yıl	Hastane Sayısı	Yatak Kapasitesi	İnşaat Kapalı Alanı	Proje Maliyeti (TL)
2008	1	400	82.000	72.622.723
2009	5	421	65.285	66.075.123
2010	11	2.936	488.859	457.521.228
2011	14	2.996	493.589	509.881.610
2012	17	2.586	480.928	534.402.484
2013	24	3.565	575.824	634.025.740
TOPLAM	72	12.904	2.186.485	2.274.528.908

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

2008-2013 döneminde; Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye 12.904 yatak kapasiteli 72 adet hastane projesi yaptırılarak sağlık hizmet sunumuna alınmıştır. 2013 sonu itibarıyla proje maliyeti 3.630.599.868 TL olan 18.652 yatak kapasiteli 191 projenin yapımı ise TOKİ tarafından yürütülmektedir. Ayrıca proje maliyeti 1.627.315.683 TL olan 7.227 yatak kapasiteli 48 adet hastane projesinin ihale işlemlerine TOKİ tarafından başlanılmıştır. Bunlara ilave olarak proje maliyeti 1.764.011.905 TL olan 7.450 yatak kapasiteli 45 hastane projesinin yapımının TOKİ tarafından yürütülmesi Sağlık Bakanlığınca planlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığınca KÖİ Yöntemiyle Sağlık Tesisi Yaptırılması;

Bu dönemde sağlık yatırımlarının gerçekleştirilmesinde kullanılmaya başlanan bir diğer yöntem de Kamu Özel İşbirliği yöntemidir.

2005 yılında kanuni düzenlenmesi yapılan Kamu-Özel İşbirliği yoluyla sağlık tesisi yaptırılması çalışmalarının temelinde; hazineye ait taşınmazların, üzerinde sağlık tesisi yapmaları için ihale ile belirlenen kişilere tahsis edilmesini, yüklenicilerin bu taşınmazlar üzerinde Sağlık Bakanlığınca belirlenen özelliklerde sağlık tesisi yapmaları, bu sağlık tesislerini tekrar sözleşmelerinde belirlenen süre için Sağlık Bakanlığına kiralamaları ve belirlenen süre sonunda ise bu tesislerin bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığına devredilmesi yatmaktadır.

Kamu Özel İşbirliği modeli şu aşamalardan oluşan bir yöntemdir:

- Hazineye ait taşınmaza sağlık tesisi yapması için özel sektör yüklenicilerine ihale ile taşınmazın tahsisi yapılmaktadır.
- Yüklenici bu taşınmazın üzerine tamamen kendi kaynakları ile, Sağlık Bakanlığınca belirlenen şartlarda sağlık tesisi yapmakta ve eğer sözleşmelerinde belirtilmiş ise yatırım nitelikli mal ve hizmetleri temin etmektedir.
- Tamamlanan sağlık tesisi Sağlık Bakanlığına teslim edilmekte ve sözleşmede belirtilen süre zarfında ve yine sözleşmede belirlenen miktar üzerinden kira ödenmektedir. Yine sözleşme ile belirlenen ve sağlık hizmeti sunulan yerler dışında kalan ticari alanlardan ve ticari faaliyetlerden yüklenici gelir elde edebilmektedir. Ayrıca hizmet alımlarının yükleyiciye verilmesi mümkündür.
- Sözleşmede belirtilen tüm bakımlar ve yenilemeler firma tarafından yapılmaktadır.
- Sözleşmede belirlenen süre sonunda sağlık tesisi Sağlık Bakanlığına devredilmektedir.

Bu yöntemin en büyük özelliği, kısa vadede tamamlanmasına ihtiyaç duyulan ancak kamunun finansman yetersizliği nedeniyle tamamlayamayacağı tesislerinin kamu arsalarını yükleniciye tahsis ederek tamamen kamu dışı kaynaklarla yaptırılmasıdır. Diğer bir ifade ile yatırımın yapılmasına kadar geçen süre için kamu bütçesinden hiçbir kaynak kullanılmadan ve sağlık tesisinin kullanılmak üzere devir alınmasından itibaren sadece kira bedeli ödenerek ihtiyaç duyulan sağlık tesisleri yaptırılmaktadır.

Kira süresi; mevzuatında her ne kadar 49 yıl olarak belirlenmiş ise de uygulamada genelde 25 yıl olarak belirlenmektedir.

Sağlık Tesislerinin yapımı ile ilgili olarak Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) uygulaması, 2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen bir madde ile hukuki bir alt yapıya kavuşturulmuştur. Daha sonra 2006 yılında bakanlar kurulu kararıyla çıkarılan “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” hazırlanmıştır.

2007 yılında ise 5683 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığında bu yöntem ile yaptırılacak yatırımlarla ilgili iş ve işlemleri yürütmek üzere “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” adı altında bir daire oluşturulmuştur. Söz konusu daire 2011 yılında yapılan Sağlık Bakanlığı teşkilat yasası ile inşaat-onarım dairesi ile birleştirilerek Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü adını almıştır.

KÖİ yöntemi ile yapılan işlerin hızlandırılması amacıyla 2013 yılında “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” çıkartılmıştır.

Sağlık Bakanlığınca 2013 yılı sonu itibarıyla KÖİ yöntemi ile 17 projenin sözleşmesi imzalanmıştır. Yine bu dönem içerisinde sözleşmesi imzalanan bu projeler dışında 41 projenin de fizibilite çalışmaları devam etmektedir. Kamu – Özel işbirliği yöntemi ile planlanan yatırımların yapılması halinde yaklaşık 50.000 yeni yatak hizmete sunulmuş olacaktır.

Bu dönemde sağlık yatırımlarında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Örneğin; 2003-2013 döneminde sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık hizmet binalarının kapalı alanı 7 milyon m²'yi bulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından son 11 yılda 650'si hastane binası, 1.593'ü birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 2.243 sağlık tesisi tamamlanarak hizmete sunulmuştur. Yıllardır bekleyen inşaatlar tamamlanmış, yeni 40 bin nitelikli hasta yatağı yapılmıştır.

Bu dönemde yapılan sağlık yapıları ile Sağlık Bakanlığında nitelikli hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı %6'dan %37'ye yükselmiştir. Bu dönem özel sağlık işletmelerinin sağlık sistemi içinde önemli bir pay sahip olduğu ve çok önemli özel sağlık yatırımlarının yapıldığı bir dönem olmuştur.

B.2. Sağlık Donanımı İçin Yapılan Harcamalar

Tablo 94. Makine Teçhizat Harcamaları, [2002-2013], (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	148	184	529	659	997	1.318	897	830	835	887	1.127	1.134	6,7
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	411	409	1.083	1.248	1.722	2.093	1.289	1.123	1.040	1.038	1.211	1.134	1,8
USD	98	123	372	492	697	1.013	694	536	556	531	628	596	5,1
SGP USD	242	239	653	794	1.178	1.524	1.008	913	888	899	1.070	1.032	3,3
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,8	0,8	1,8	1,9	2,3	2,6	1,6	1,4	1,4	1,3	1,5	1,3	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,04	0,04	0,09	0,10	0,13	0,16	0,09	0,09	0,08	0,07	0,08	0,07	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında makine, teçhizat yatırımları nominal olarak %670 civarında, reel olarak %180 civarında artmıştır. 2002 yılında makine, teçhizat yatırımlarının sağlık harcamaları içindeki payı %0,8'den 2013 yılında %1,3'e çıkarılmıştır.

Tablo 95. Makine Teçhizat Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, [2002-2013], (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	101	115	246	377	525	632	468	631	666	662	748	750	6,5
	%	68,1	62,5	46,5	57,2	52,6	48,0	52,1	76,1	79,8	74,6	66,4	66,1	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	47	69	80	78	80	100	99	120	84	113	148	161	2,4
	%	31,9	37,5	15,2	11,9	8,0	7,6	11,1	14,4	10,1	12,8	13,1	14,2	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	0	0	203	204	393	586	330	78	85	111	231	223	-
	%	0,0	0,0	38,3	30,9	39,4	44,4	36,8	9,5	10,1	12,6	20,5	19,7	
Toplam	TL	148	184	529	659	997	1.318	897	830	835	887	1.127	1.134	6,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında makine, teçhizat yatırımlarının hizmet sunucuları bazında değişimi incelendiğinde özel sektör sağlık tesislerinin 2002 yılında harcaması bulunmazken 2013 yılında 223 milyon TL harcaması gerçekleşmiştir. Makine teçhizat yatırımları giderleri Sağlık Bakanlığında 6,5 kat, üniversite sağlık tesislerinde 2,4 kat artmıştır.

B.3. Onarım İçin Yapılan Sağlık Harcamaları

Tablo 96. Onarım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	46	54	150	407	436	700	391	285	421	546	712	786	16,2
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	127	120	306	770	754	1.111	563	385	525	640	765	786	5,2
USD	30	36	105	303	305	538	303	184	281	327	397	414	12,6
SGP USD	75	70	185	490	516	809	440	313	448	554	676	716	8,6
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,2	0,2	0,5	1,2	1,0	1,4	0,7	0,5	0,7	0,8	1,0	0,9	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,01	0,01	0,03	0,06	0,06	0,08	0,04	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında onarım giderleri nominal olarak 16 katın üzerinde, reel olarak ise 5,2 kat civarında artmıştır. 2002 yılında onarım giderlerinin sağlık harcamaları içindeki payı %0,2'den 2013 yılında %0,9'a çıkmıştır.

Tablo 97. Onarım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	31	32	66	256	231	350	211	206	336	411	514	559	17,3
	%	66,9	58,8	44,4	63,0	53,0	50,0	53,9	72,5	79,8	75,3	72,1	71,0	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	15	22	26	25	33	39	37	51	42	66	53	73	3,8
	%	33,1	41,2	17,3	6,1	7,6	5,6	9,3	18,1	10,1	12,1	7,4	9,3	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	0	0	57	126	172	311	144	27	43	69	146	155	-
	%	0,0	0,0	38,3	30,9	39,4	44,4	36,8	9,5	10,1	12,6	20,5	19,7	
Toplam	TL	46	54	150	407	436	700	391	285	421	546	712	786	16,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında onarım giderlerinin hizmet sunucularına göre değişimi incelendiğinde özel sektör sağlık tesislerinin 2002 yılında harcaması bulunmazken 2013 yılında 155 milyon TL harcaması gerçekleşmiştir. Onarım harcamalarındaki artış Sağlık Bakanlığında 17,3 kat, üniversite sağlık tesislerinde 3,8 kat artmıştır.

B.4. Ambulans Alım Harcamaları

Tablo 98. Ambulans Alım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	6	8	11	19	34	45	57	49	51	88	95	39	5,0
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	18	19	22	35	59	72	82	66	63	103	102	39	1,2
USD	4	6	7	14	24	35	44	31	34	53	53	20	3,8
SGP USD	11	11	13	23	40	52	64	53	54	89	90	35	2,3
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,04	0,04	0,09	0,10	0,13	0,16	0,09	0,09	0,08	0,07	0,08	0,07	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

2002 yılına göre 2013 yılında ambulans alım harcamaları nominal olarak 5 kat civarında, reel olarak ise 1,2 katın üzerinde artmıştır.

Tablo 99. Ambulans Alım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	6	8	10	17	30	42	53	43	46	86	89	37	4,7
	%	100,0	100,0	95,8	93,2	89,5	92,9	93,4	88,1	90,0	97,5	94,4	95,0	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,1	0,2	0,4	0,4	0,0	0,6	-
	%	0,0	0,0	1,4	0,4	0,8	0,0	0,2	0,5	0,7	0,4	0,0	1,5	
Özel Sağlık Tesisleri	TL	0	0	0	1	3	3	4	6	5	2	5	1	-
	%	0,0	0,0	2,8	6,4	9,7	7,1	6,4	11,4	9,3	2,0	5,6	3,5	
Toplam	TL	6	8	11	19	34	45	57	49	51	88	95	39	5,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

2002 yılına göre 2013 yılında ambulans alım giderlerinin hizmet sunucuları bazında değişimi incelendiğinde Sağlık Bakanlığı'nda 4,7 kat artış gerçekleşmiştir. 2013 yılında 112 acil sağlık hizmetleri için yapılan ambulans alımlarının %95'i Sağlık Bakanlığına aittir. Sağlık Bakanlığı 2007 yılından itibaren deniz, 2008 yılından itibaren ise hava ambulans hizmeti vermeye başlamıştır. Bu hizmetler hizmet alım yöntemi ile sağlandığından bu kapsamda yapılan harcamalar cari sağlık harcamaları içerisinde yer almaktadır.

B.5. Diğer Sağlık Yatırım Harcamaları

Tablo 100. Diğer Yatırım Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	10	10	18	25	109	268	1.916	132	120	170	189	230	22,4
2013 yılı Fiyatlarıyla, TL	27	21	38	47	187	425	2.754	179	149	199	203	230	7,4
USD	7	6	13	19	76	206	1.482	86	80	102	105	121	17,6
SGP USD	16	12	23	30	128	310	2.153	146	127	173	179	209	12,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	3,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,01	0,01	0,03	0,06	0,06	0,08	0,04	0,03	0,04	0,04	0,05	0,05	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında diğer sağlık yatırımları nominal olarak 22,4 kat civarında, reel olarak 7,4 kat civarında artmıştır. Diğer sağlık yatırımlarının sağlık harcamaları içindeki payı 2013 yılında %0,3 oluşmuştur.

Tablo 101. Diğer Yatırım Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	TL	5	4	6	12	32	40	38	62	46	67	76	131	23,0
	%	55,6	42,8	35,0	48,2	29,6	15,0	2,0	47,0	38,3	39,6	40,4	56,8	
Üniversite Sağlık Tesisleri	TL	3	4	5	5	7	10	8	3	3	3	13	16	4,7
	%	28,9	43,6	25,5	21,9	6,1	3,6	0,4	2,3	2,2	1,7	6,9	7,0	
Özel Sektör Sağlık Tesisleri	TL	0,0	0,0	7	7	22	37	23	1	6	8	18	35	-
	%	0,0	0,0	36,5	26,8	20,3	13,7	1,2	1,0	4,9	4,9	9,4	15,2	
Diğer	TL	2	1	1	1	48	181	1.848	66	65	92	82	48	30,8
	%	0,2	0,1	0,0	0,0	0,4	0,7	1,0	0,5	0,5	0,5	0,4	0,2	
Toplam	TL	10	10	18	25	109	268	1.916	132	120	170	189	230	22,4

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK

2002 yılına göre 2013 yılında diğer sağlık yatırımlarının hizmet sunucuları bazında değişimi incelendiğinde özel sektör sağlık tesislerinin 2002 yılında harcaması bulunmazken 2013 yılında 35 milyon TL harcaması gerçekleşmiştir.

Sekizinci Bölüm

Sağlık Harcamaları Analizi (2002-2013 Dönemi)

Sağlık Harcamaları Analizi (2002-2013 Dönemi)

Sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin ölçülmesinde en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.

A. Sağlık Harcamaları ile GSYH Karşılaştırılması

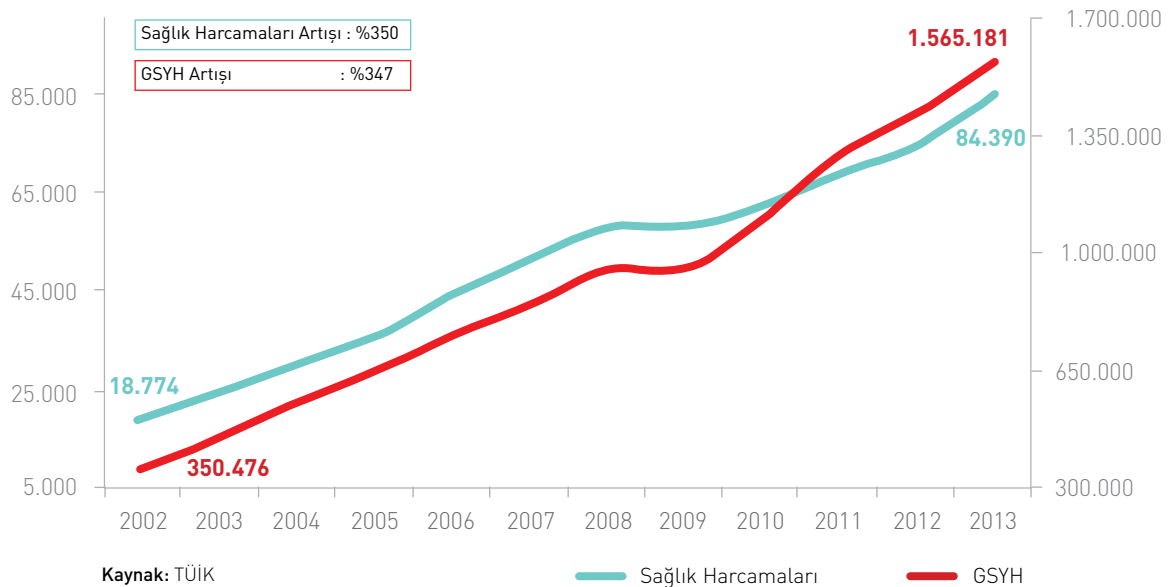
Tablo 102. Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (milyon TL)

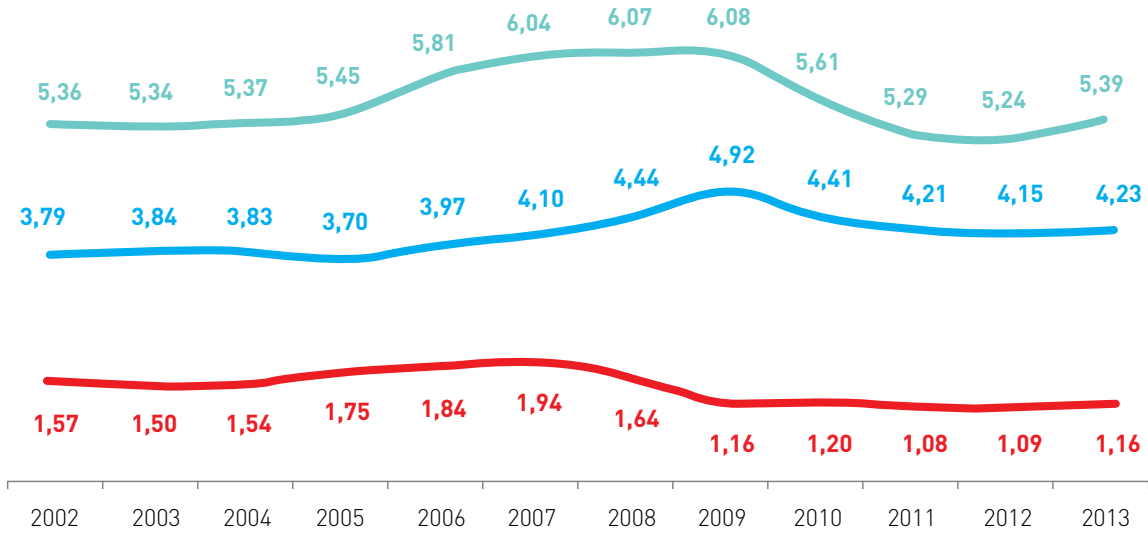
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Harcamaları	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	3,5
GSYH	350.476	454.781	559.033	648.932	758.391	843.178	950.534	952.559	1.098.799	1.297.713	1.416.798	1.565.181	3,5
Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,2	5,4	

Kaynak: TÜİK

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı 2002-2013 döneminde GSYH artışı ile sağlık harcamaları artışı paralel bir şekilde gerçekleşmiştir. Bu dönemde GSYH harcamalarındaki artış %347 iken sağlık harcamalarındaki artış %350 olmuştur.

Grafik 52. Sağlık Harcamaları ve GSYH Artışı Karşılaştırılması, (2002-2013), (milyon TL)



Grafik 53. Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013) , (%)

Kaynak: TÜİK

Toplam Sağlık Harcaması

Kamu Sağlık Harcaması

Özel Sağlık Harcaması

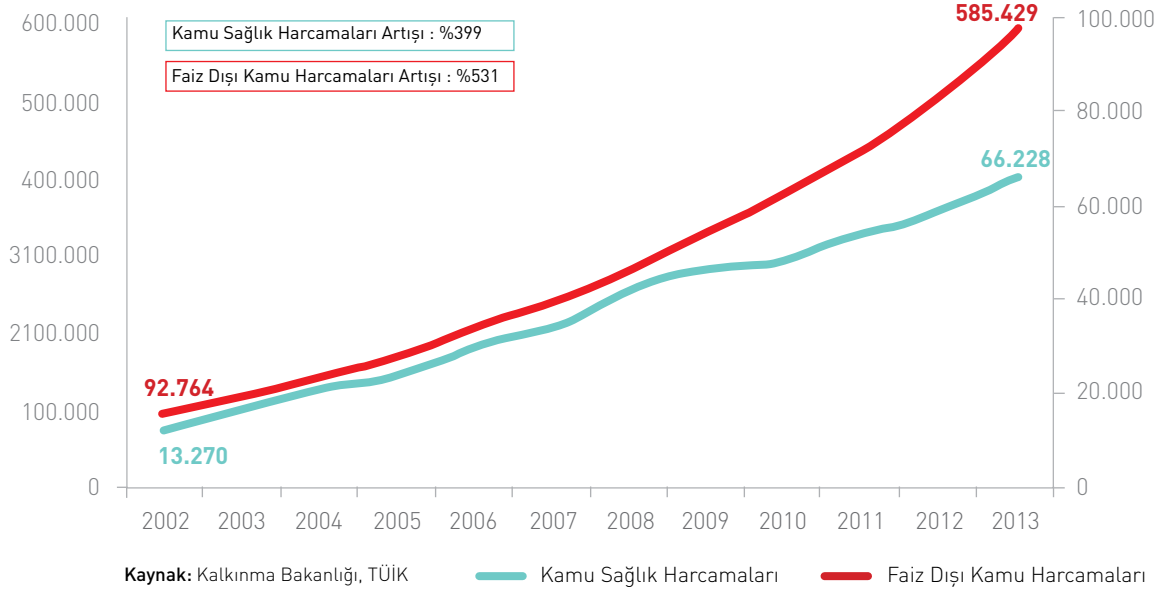
B. Faiz Dışı Kamu Harcamaları ile Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması**Tablo 103.** Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Kamu Sağlık Harcamaları	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	4,0
Faiz Dışı Kamu Harcamaları	92.764	118.963	140.953	167.536	206.875	235.683	277.195	327.381	373.009	433.459	500.443	585.429	5,3
2013 Yılı Fiyatlarıyla Kamu Sağlık Harcamaları	36.959	38.824	43.790	45.395	52.004	54.825	60.608	63.443	60.421	63.886	63.190	66.228	0,8
2013 Yılı Fiyatlarıyla Faiz Dışı Harcamalar	258.369	264.492	288.571	317.060	357.226	374.205	398.496	442.954	464.868	507.368	537.941	585.429	1,3
Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı, (%)	14	15	15	14	15	15	15	14	13	13	12	11	

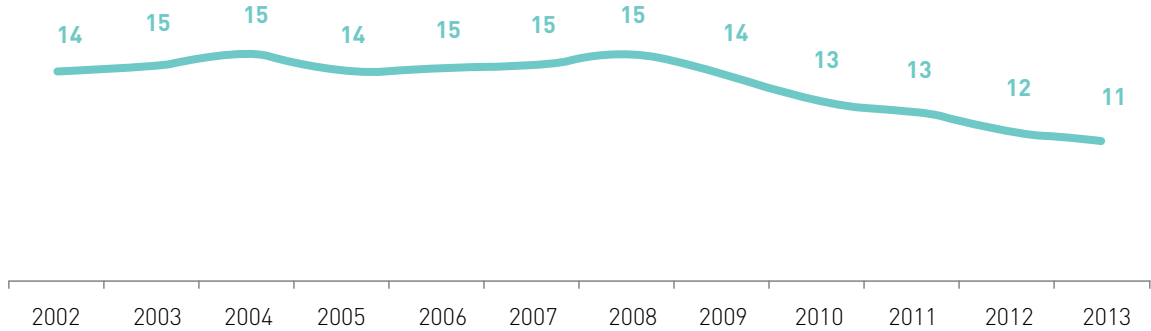
Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı 2002-2013 döneminde faiz dışı kamu harcamalarındaki artış kamu sağlık harcamaları artışın üzerinde gerçekleşmiştir. Bu dönemde faiz dışı kamu harcamalarındaki artış %531 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %399 olmuştur.

Grafik 54. Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, (2002-2013), (milyon TL)



Grafik 55. Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013), (%)



2002 yılında faiz dışı kamu harcamaları içindeki kamu sağlık harcamalarının payı %14 iken 2013 yılında bu oran %11'e düşmüştür.

C. Vergi Gelirleri ile Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

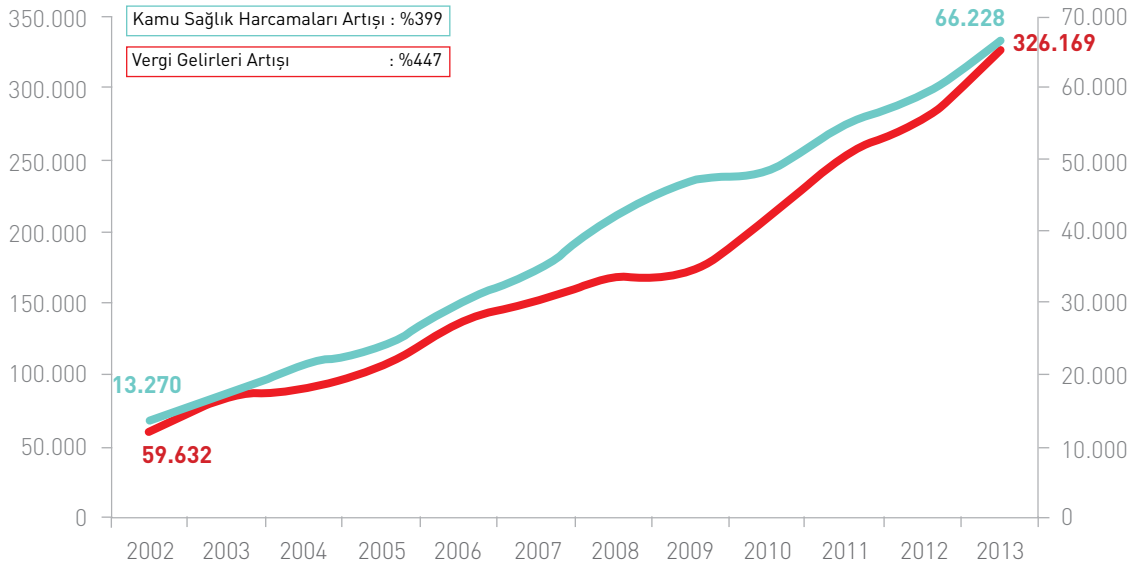
Tablo 104. Vergi Gelirleri ve Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Kamu Sağlık Harcamaları	13.270	17.462	21.389	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	4,0
Vergi Gelirleri	59.632	84.316	90.077	106.929	137.480	152.835	168.109	172.440	210.560	253.809	278.781	326.169	4,5
2013 Yılı Fiyatlarıyla Kamu Sağlık Harcamaları	36.959	38.824	43.790	45.395	52.004	54.825	60.608	63.443	60.421	63.886	63.190	66.228	0,8
2013 Yılı Fiyatlarıyla Vergi Gelirleri	166.088	187.461	184.413	202.363	237.397	242.663	241.674	233.316	262.414	297.086	299.670	326.169	1,0
Kamu Sağlık Harcamalarının Vergi Gelirleri İçindeki Payı (%)	22	21	24	22	22	23	25	27	23	22	21	20	

Kaynak: TÜİK, Maliye Bakanlığı

Bu dönemde vergi gelirlerindeki artış %447 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %399 olmuştur. 2002-2013 döneminde sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler göz önüne alındığında, bu durum finansal sürdürülebilirlik açısından olumludur.

Grafik 56. Vergi Gelirleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, (2002-2013), (milyon TL)

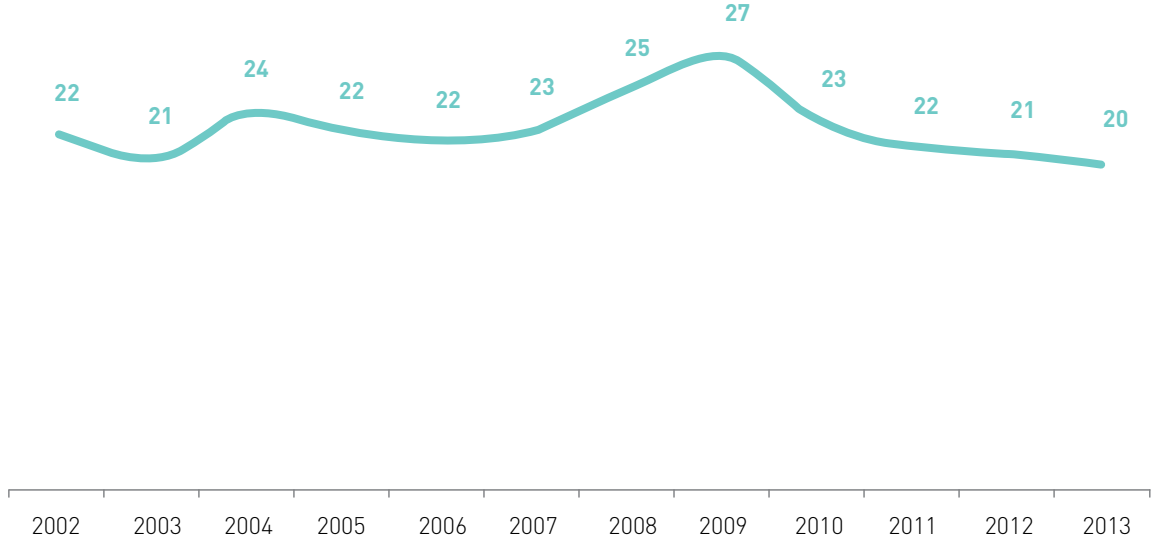


Kaynak: TÜİK, Maliye Bakanlığı

— Vergi Gelirleri

— Kamu Sağlık Harcamaları

Grafik 57. Kamu Sağlık Harcamalarının Vergi Gelirleri İçindeki Payı, (2002-2013), (%)



Kaynak: TÜİK, Maliye Bakanlığı

D. 2003-2013 Dönemi Sağlık Harcamaları Toplamı

Tablo 105. 2003-2013 Dönemi Sağlık Harcaması Toplamı, (milyon TL/USD)

	Nominal	2013 yılı Fiyatlarıyla	USD	SGP USD	%	GSYH İçindeki Payı (%)
Kamu Sağlık Harcaması	444.608	612.613	287.740	475.392	75,5	4,2
Özel Sağlık Harcaması	144.539	209.336	95.962	157.649	24,5	1,4
Toplam	589.146	821.949	383.702	633.041	100,0	5,6

Kaynak: TÜİK

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı 2003-2013 döneminde GSYH hesabına göre üretilen 11 yıllık hasılanın %5,6'sı sağlık için harcanmış, bunun %4,2'sini kamu, %1,4'ünü ise özel sektör finanse etmiştir. Bu on bir yıllık dönemde sağlık hizmetleri için Türkiye'de 2013 yılı fiyatlarıyla 821,9 milyar TL kaynak harcanmıştır.

Tablo 106. 2003-2013 Dönemi Hizmet Sunucularına Göre Toplam Sağlık Harcamaları, (milyon TL/USD)

	Nominal	2013 yılı Fiyatlarıyla	USD	SGP USD	%	GSYH İçindeki Payı (%)
Sağlık Bakanlığı Tesisleri	220.291	297.958	141.174	233.479	37,4	2,1
Üniversite Sağlık Tesisleri	51.522	71.067	33.385	55.125	8,7	0,5
Özel Sağlık Tesisleri	108.899	151.741	71.194	116.954	18,5	1,0
Serbest Eczaneler	170.254	243.256	112.005	184.980	28,9	1,6
Diğer	38.181	57.927	25.945	42.504	6,5	0,4
Toplam	589.146	821.949	383.702	633.041	100,0	5,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK

Sağlık hizmet sunucuları açısından yapılan değerlendirmede ise Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı 2003-2013 döneminde GSYH hesabına göre üretilen 11 yıllık hasılanın %2,1'i Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerine, %1,6'sı perakende ilaç temini için serbest eczanelere, %1'i özel sağlık işletmelerine, %0,5'i üniversite sağlık tesislerine ve %0,4'ü diğer sağlık giderlerine harcanmıştır.

E. 2003-2013 Dönemi Sağlık Yatırım Harcamaları Toplamı

Tablo 107. Hizmet Sunucularına Göre Toplam Sağlık Yatırım Harcamaları, (2003-2013), (milyon TL/USD)

	Nominal	2013 yılı Fiyatlarıyla	USD	SGP USD	%	Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)
Sağlık Bakanlığı Tesisleri	19.829	27.036	12.885	21.134	57,4	3,4
Üniversite Sağlık Tesisleri	4.147	5.796	2.698	4.460	12,0	0,7
Diğer	2.433	3.447	1.816	2.702	7,0	0,4
Kamu Sağlık Tesisleri	26.409	32.831	15.583	25.594	76,5	4,5
Özel Sağlık Tesisleri	8.111	12.046	5.601	8.961	23,5	1,4
Toplam	34.519	48.324	23.000	37.257	100,0	5,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı 2003-2013 döneminde yapılan toplam sağlık harcamalarının %5,9'u sağlık yatırımlarına harcanmıştır. Bu yatırım harcamalarının %57,4'ü Sağlık Bakanlığının yaptığı sağlık yatırımları, %12'si üniversitelerin yaptığı sağlık yatırımları, %7'si diğer kamu sağlık yatırımları ve %23,5'i ise özel sağlık tesislerinin yaptığı sağlık yatırımlarından oluşmaktadır. Bu on bir yıllık dönemde yapılan sağlık yatırımları için Türkiye'de 2013 yılı fiyatlarıyla 48,3 milyar TL kaynak ayrılmıştır.

Dokuzuncu Bölüm

Değerlendirme ve Sonuç

Değerlendirme ve Sonuç

2002-2013 döneminde yürütülen Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye sağlık sistemi finansman yapısından, hizmet anlayışına, vatandaşın beklentisinden, personel davranışlarına, ayrılan kaynak miktarından, finansal sürdürülebilirliğe kadar oldukça farklı bir yere gelmiştir. Bu program ile sağlık alanında Türkiye'de önemli bir dönüşüm yaşanmıştır.

Sağlanan gelişmeler ana hatlarıyla aşağıda özetlenmektedir.

A. Sağlık Yönetim Kapasitesini Güçlendiren Gelişmeler

- Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan performansa dayalı ek ödeme sistemi ile kamuda tam zamanlı çalışma teşvik edilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı hastane yöneticileri için “yönetici performansı” uygulaması başlatmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık-Net uygulaması başlatılmıştır.
- Devlet hizmet yükümlülüğü düzenlemesi ile sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımı sağlanmıştır.
- Personel istihdam ve nakillerine şeffaflık ve hakkaniyet getirilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı birçok alanda taşra teşkilatlarına yetki devri yapmıştır.
- Sağlık Bakanlığı internet üzerinden sağlık yönetimi eğitimleri vermiştir.
- Vatandaşların taleplerini ALO SABİM 184 ile 7/24 kesintisiz olarak doğrudan Sağlık Bakanlığına iletebilmesi imkânı sağlanmıştır.
- Sağlıkta şiddete karşı politikalar geliştirilmiştir.
- 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır.
- 663 kanun hükmünde kararname kapsamında, ileri teknolojiye yönelik yerli sanayiye teşvik ile yurtdışından teknoloji transferine ve off-set uygulamalarına, sağlık serbest bölgeleri ve yurtdışı sağlık hizmet birimleri kurulabilmesine imkân sağlanmıştır.

B. Sağlık Hizmet Sunumunda Sağlanan Gelişmeler

Türkiye’de sağlık hizmet sunumunda, 5 temel sağlık hizmet fonksiyonu açısından yaşanan gelişmeler ana hatlarıyla şu şekilde değerlendirilmiştir.

B.1 Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler

- Halk sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçe arttırılmıştır.
- Aile hekimliğine geçilmesiyle halk sağlığı hizmetleri güçlendirilmiştir.
- Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri tüm kırsala yaygınlaştırılmıştır.
- Türkiye'nin bütün illerinde ücretsiz kanser taraması yapan merkezler (KETEM) kurulmuştur.
- Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşıları dâhil edilmiştir.
- Halk sağlığı hizmetleri tamamen ücretsiz hale getirilmiştir.
- Sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler yapılmıştır. "Dumansız Hava Sahası" uygulaması başlatılmıştır.
- Çocuk sağlığını ilgilendiren çağdaş tarama programları, misafir anne projesi ve şartlı nakit yardımı başlatılmıştır.
- Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların takip ve tedavilerini gerektiğinde yaşadıkları ortamda yapacak "toplum temelli" ruh sağlığı modeline geçilmiştir.
- Kronik hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirilmiştir.
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması, hareket alışkanlığının artırılması ve daha aktif hayat tarzına uygun çevrenin hazırlanmasına yönelik programlar başlatılmıştır.
- Çok sektörlü sağlık sorumluluğunu geliştirme programları başlatılmıştır.
- Anne ve bebek sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılarak güçlendirilmiştir.
- "Evde Sağlık Hizmeti" uygulamasına başlanılmıştır.

B.2 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler

- 112 acil hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir.
- 112 acil hizmetleri kara, hava, deniz ambulansları ile donatılmış ve Türkiye'nin her köşesinde hizmet verebilir hale getirilmiştir.
- Avrupa'nın en büyük Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulmuştur.

B.3 Hastane Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler

- Ödeme gücü olmayan vatandaşların hastanelerde rehin kalmasına son verilmiştir.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde her hekime bir muayene odası prensibi getirilmiş vatandaşa hekim seçme imkanı sağlanmıştır.
- Hastanelerde koğuş sisteminden içinde banyosu, tuvaleti, televizyonu, buzdolabı, telefonu ve refakatçi koltuğu olan oda sistemine yani nitelikli oda sistemine geçilmiştir.
- Modern tıbbın hizmetine giren son teknoloji cihazlar birçok gelişmiş ülkeyle aynı zamanda vatandaşların hizmetine sunulmuştur.
- Hastanelerde yoğun bakım, yanık ve yenidoğan kapasiteleri arttırılmıştır.
- Kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirilmiştir.
- Hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbî malzemeleri ücretsiz sağlaması uygulaması başlatılmıştır.
- Güvenli kan ve kan ürünlerine erişim kolaylaştırılmıştır.
- Acil ve yoğun bakım tedavileri kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başlanmıştır.
- Özel hastanelerde yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmaması sağlanmıştır.
- “Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi” kurulmuştur.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” kurulmuştur.
- Hizmet alımı yoluyla tüm sağlık tesislerinin verimliliği arttırılmıştır.
- Ülke genelinde yenidoğan tarama programları yaygınlaştırılmıştır.
- “Tam Gün Kanunu” ile hekimlerin hastanelerde tam gün çalışması sağlanarak vatandaşların özel muayenehanelere gitme mecburiyeti büyük ölçüde azaltılmıştır.
- Sağlık Bakanlığının tüm hastanelerinde tam otomasyona geçilmiştir.
- Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması başlatılmıştır.

B.4 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Sağlanan Gelişmeler

- Her ile en az bir ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM) açılmıştır. 2002 yılında 14 olan ağız ve diş sağlığı merkezi sayısı 2013 yılında 127'ye; 1 olan diş hastanesi sayısı ise 5'e çıkarılmıştır.
- Diş hekimi istihdamı bir katın üzerinde arttırılmıştır.
- Uygulanan vatandaş odaklı politikalarla hizmet sunum kapasitesi artırılmış, hizmete erişim kolaylaştırılmıştır.

B.5 İlaç ve Tıbbî Malzemeye Erişimde Sağlanan Gelişmeler

- SSK'lı ve yeşil kartlı vatandaşların serbest eczanelerden ilaç alabilmeleri sağlanmıştır.
- İlaç fiyatları ucuzlatılmıştır. İlaç fiyatları Avrupa'da mevcut en düşük düzeylere çekilmiştir.
- İlaçta tek geri ödeme komisyonu oluşturulmuştur.
- Mobil eczane uygulaması başlatılmıştır.
- İlacı geçtiği her aşamada izleyen İlaç Takip Sistemi (İTS) kurulmuştur.
- Akılcı ilaç kullanımı stratejileri uygulamaya koyulmuştur.
- İlaç prospektüsleri sade ve anlaşılabilir hale getirilmiştir.
- İlaçta KDV oranı %8'e düşürülmüştür.
- SGK ilaç alımları için iskontolar sağlanmıştır.
- İlaç ruhsatlandırma süreçleri AB ile uyumlu hale getirilmiştir.
- Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %60'ını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için) kuralı getirilmiştir.
- Reçete edilen ilaçlar için en ucuz eşdeğer ilacın %10 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir.
- İlaç hammaddelerinin KDV oranı %8'e düşürülmüştür.
- Yatan hastaların tıbbî malzemelerinin hastanelerce temin edilme zorunluluğu getirilmiştir.

C. Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler

2002-2013 döneminde sağlık alanında yapılan reformlarla Türkiye, DSÖ tarafından yapılan sınıflamada orta-üst gelir grubu ülkeleri arasında olmasına rağmen ulaştığı sağlık göstergeleri üst gelir grubu ülkelerle kıyaslanacak seviyeye ulaşmıştır. Uluslararası alanda en önemli sağlık göstergesi olarak kabul edilen doğumda beklenen yaşam süresinde orta-üst gelir grubu ülkeler arasında yer alan Türkiye (76,9 yıl), üst gelir grubu ülkelere (79 yıl) yaklaşmıştır.

Tablo 108. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Uluslararası Göstergeler, (2013)

	Türkiye	DSÖ Bölgeleri (2013 veya en yakın yıl)		
		Avrupa Bölgesi	Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler	Dünya
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (yıl)	76,9	76,0	74,0	70,0
Bebek Ölüm Hızı, (bin canlı doğumda)	7,8	10,0	16,0	35,0
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (bin canlı doğumda)	10,3	12,0	20,0	48,0
Anne Ölüm Oranı, (yüz bin canlı doğumda)	15,9	17,0	57,0	210,0
Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, (%)	16,8	26,6	32,2	17,9
Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi, (%)	74,7	63,0	-	-

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, World Health Statistics 2013-2014, OECD Health Data, World Bank Database

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmıştır. 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1 iken 2013 yılında 8,2'ye çıkmıştır.

- DSÖ en önemli sağlık göstergesi olarak doğumda beklenen yaşam süresini almaktadır. DSÖ, 1998 yılı raporunda Türkiye için doğumda beklenen yaşam süresinin 2025 yılında 75* yıl olacağını tahmin etmişken bu rakama 2009 yılında ulaşmıştır.
- DSÖ 1998 yılı raporunda Türkiye'de bebek ölüm hızı 2025 yılı için binde 16 tahmin edilmişti. 2002 yılında binde 31,5 olan bebek ölüm hızı, 2013 yılında binde 7,8 olarak gerçekleşmiştir.
- 2002 yılında yüz binde 64,0 olan anne ölüm oranı 2013 yılında yüz binde 15,9'a düşürülmüştür. Orta-üst gelir grubu ülkelerde anne ölüm oranı yüz binde 57'dir.
- Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşıları ilave edilmiştir. Aşılama oranları arttırılmıştır. 2002 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi aşılama oranı %93 iken Türkiye'nin bu oranı %78 idi. 2012 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi bu oranı %95 çıkarırken Türkiye'de bu oran 2013 yılında %98'e ulaşmıştır.

* Türkiye bu değere DSÖ verilerine göre 2009 yılında, TÜİK verilerine göre ise 2006 yılında ulaşmıştır.

Tablo 109. Bazı Sağlık Göstergeleri, (2002, 2013)

Gösterge	2002	2013
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	72,5	76,9
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	31,5	7,8
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	40,0	10,3
Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)	64,0	15,9
Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	19,8	16,8
Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%)	0,81	0,22
Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi (%)	39,5*	74,7
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	24,8	26,4
100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	138	174
100 Bin Kişiye Düşen Ebe - Hemşire Sayısı	171	252
Hekim Başına Düşen Ebe - Hemşire Sayısı	2,44	1,44

* 2003 yılı verisidir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, OECD Health Data

D. Ekonomik Göstergelerdeki Gelişmeler

D.1. Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergelerdeki Gelişmeler

2002-2013 döneminde temel sağlık göstergelerinde olduğu gibi sağlıkla ilgili ekonomik göstergelerde de önemli gelişmeler yaşanmıştır.

Tablo 110. Sağlıkla İlgili Uluslararası Ekonomik Göstergeler, (2013)

Gösterge	Türkiye	OECD Ortalaması (2012)	DSÖ Bölgeleri (2011 veya en yakın yıl)		
			Avrupa Bölgesi	Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler	Dünya
Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%)	4,2	6,7	-	-	-
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%)	5,4	9,3	9,0	5,8	9,1
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (ABD \$)	458	-	1.782	226	613
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (ABD \$)	584	-	2.370	408	1.007
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (SGP ABD \$)	793	2.548	2.168	330	619
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP ABD \$)	1.010	3.484	2.886	586	1.053
Kişi Başı GSYH (USD)	10.824	37.804	29.439	6.962	10.358

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, World Bank, World Health Statistics 2013, OECD Health Data

- 2002 yılında kişi başı cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı %19,8 iken 2013 yılında %16,8'e düşürülmüştür.
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile verimlilik arttırılmış ve bu dönemde finansal sürdürülebilirlik sağlanmıştır. 2002-2013 yılları arasında faiz dışı genel kamu harcamalarındaki artış %531 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %399 olmuştur.

Tablo 111. Sağlıkla İlgili Ekonomik Göstergeler, (2002, 2013)

Gösterge	2002	2013
Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%)	3,8	4,2
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (%)	5,4	5,4
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması, 2013 Yılı Fiyatlarıyla (TL)	560	871
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, 2013 Yılı Fiyatlarıyla (TL)	792	1.110
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (ABD \$)	134	458
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (ABD \$)	189	584
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (SGP ABD \$)	329	793
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP ABD \$)	466	1.010

Kaynak: TÜİK

D.2. Diğer Ekonomik Göstergelerdeki Gelişmeler

Tablo 112. Ekonomik Göstergeler, (2002, 2013), (2013 yılı fiyatlarıyla, milyon TL)

Gösterge	2002	2013
GSYH	976.152	1.565.181
Kişi Başı GSYH	14.790	20.580
Merkezi Yönetim Bütçesi	333.122	407.890
Sağlık Bakanlığı'nın Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Pay	9.053	16.607
Sağlık Bakanlığına Ayrılan Toplam Kamu Kaynağı*	14.471	35.376
Kamu Sağlık Harcamaları	36.959	66.228
Toplam Sağlık Harcamaları	52.290	84.390
Faiz Dışı Devlet Harcamaları (Sağlık Harcamaları Hariç)	221.410	519.201
Vergi Gelirleri	166.088	326.169

* Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar için merkezi yönetim bütçesinden ayrılan pay ve hizmet bedeli olarak geri ödeme kuruluşlarınca ödenen tutarlar ve yerel yönetimlerin Sağlık Bakanlığına sağladığı katkıları kapsamaktadır.

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, TÜİK, Sağlık İstatistikleri Yıllığı

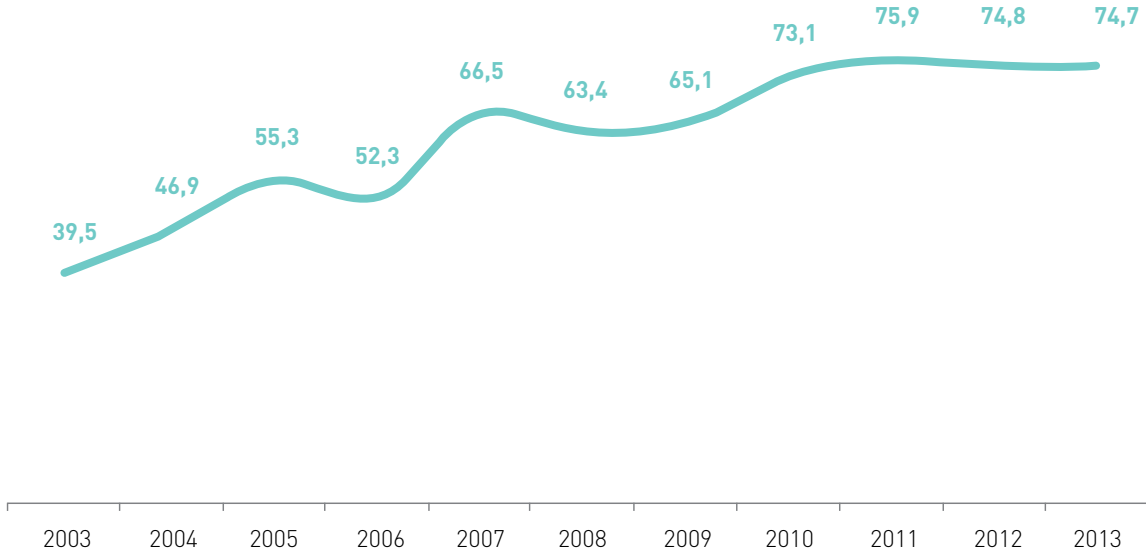
E. Sağlığın Finansmanında Sağlanan Gelişmeler

- Vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastanelerden hizmet alması sağlanmıştır.
- Acil ve yoğun bakım tedavileri tüm hastanelerde ücretsiz hale getirilmiştir.
- Yoksul vatandaşların, kamu sağlık hizmetlerinden bütünüyle faydalanabilmesi sağlanmıştır.
- İlaçta “Referans Fiyat Sistemi” uygulamasına geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri genel işletmecilik ilkeleri doğrutusunda yönetilmeye başlanmıştır.
- Ekonomi koordinasyon kurulu ile sağlık finansmanı ile ilgili birimler arasında uyum ve koordinasyon tesis edilmiştir.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında “Global Bütçe Modeli” geliştirilmiştir.
- 18 yaşın altındaki tüm nüfusun ve eğitim görenlerin GSS kapsamına alınması sağlanmıştır.
- SSK’lı ve BAĞ-KUR’luların sağlık hizmeti alabilmesi için prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.
- İlaçta global bütçe uygulamasına geçilmiştir.
- TÜİK’in katastrofik sağlık harcamaları raporuna göre; Türkiye’de 2002 yılında %0,81 olan katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı 2013 yılında %0,22’ye düşmüştür.

F. Sağlık Hizmetleri Memnuniyetinde Sağlanan Gelişmeler

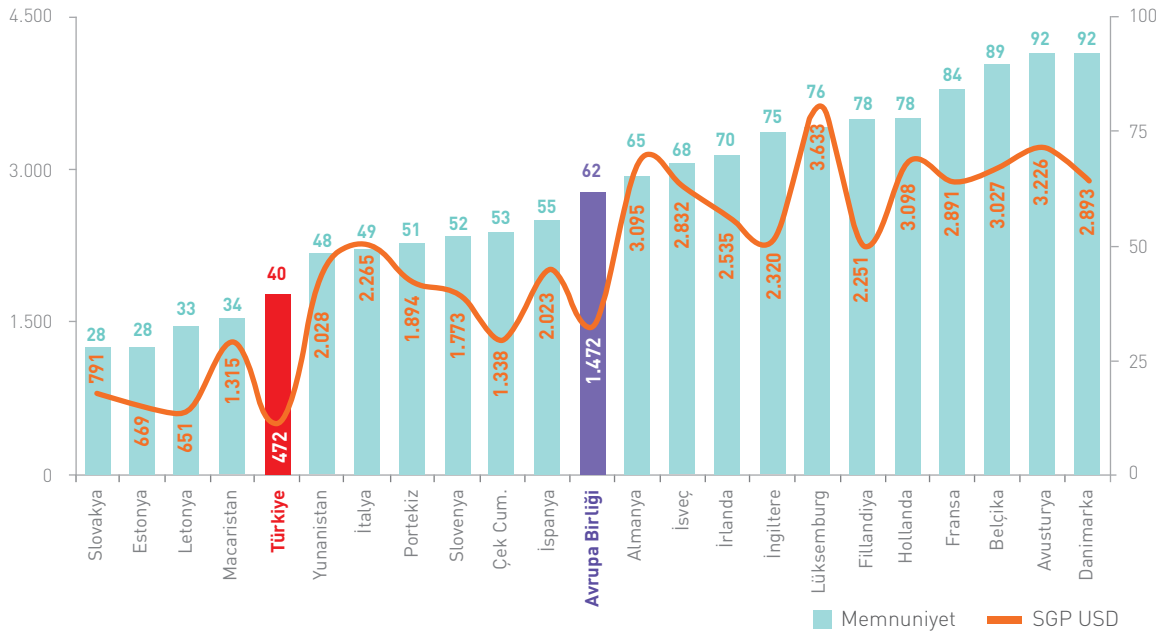
2002-2013 döneminde uygulanan vatandaş odaklı politikalarla sağlık hizmetlerinden memnuniyet önemli ölçüde artmıştır.

Grafik 58. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (2003-2013), (%)



Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması

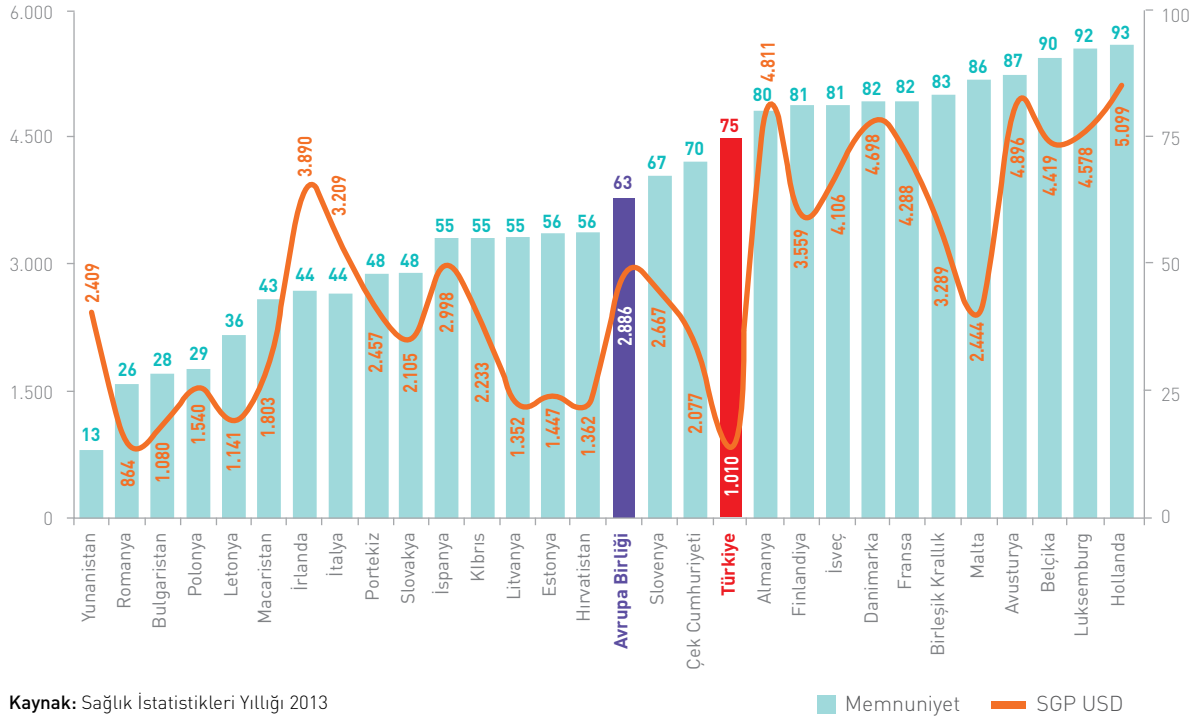
Grafik 59. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2003)



Kaynak: OECD Health Data, Bulletin of the World Health Organization 2009, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması

2003 yılında Türkiye’de satın alma gücü paritesi cinsinden kişi başı 472 ABD doları harcama yapılmaktayken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5 olarak belirlenmiştir. 2013 yılına gelindiğinde bu tutar 1.010 ABD dolarına çıkarılmış ve memnuniyet oranı %74,7’e yükselmiştir.

Grafik 60. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2013)



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

2003 yılında Avrupa Birliği’nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet %62 iken Türkiye’de bu oran %39,5 idi. 2013 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye’de %74,7’e çıkmış, Avrupa Birliği’nde ise %63’t’e kalmıştır.

Sağlık harcaması Türkiye’ye benzeyen Bulgaristan’da (1.080 SGP ABD \$) sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye’nin 1/3’ü (%28) iken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye’ye yakın olan Çek Cumhuriyeti’nin (%70) sağlık harcaması (2.077 SGP ABD \$) Türkiye’nin 2 katının üzerindedir.

Ek

**Sağlık Sisteminde Sağlanan
Gelişmeler
(2003-2013 Dönemi, Detay)**

2003 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼'n¼n 26.11.2002 tarih ve 119 sayılı genelgesi ile ¼deme yapılmadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına y¼nelik mekanizmaların uygulanması sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼'n¼n 11.12.2002 tarih ve 26807 sayılı yazısı ile D¼ner Sermaye B¼tesinden 2003 yılı ihtiyaçları için yapılacak ihalelerde; Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkililerine limite bağlı olmaksızın ihaleye çıkabilme ve t¼m ihalelerde 2 milyon TL'ye kadar s¼zleřme yapma ve ihale tasdik etme yetkisi verilmiştir.
- 29 Ocak 2003 tarihli 25008 sayılı Resm¼ Gazete'de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile 506 sayılı kanun kapsamı dışındaki sosyal g¼venlik kurumlarına tabi personele 2002 yılında birinci basamak sağlık tesislerince verilen muayene, tetkik, tahlil ve tedavi hizmetlerinden tahsil edilmeyenlere %20 iskonto yapılacağı h¼km¼ getirilmiştir.

Mart

- Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri t¼m kırsala yaygınlaştırılmıştır.

Nisan

- Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama g¼nleri organize edilmiştir.
- 01.04.2003 tarihinden itibaren, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı pilot olarak belirlenen 10 adet yataklı tedavi kurumunda performansla dayalı ek ¼deme uygulaması başlatılmıştır. Performansa dayalı ek ¼deme sistemi t¼m birinci basamak sağlık kuruluşlarında da uygulanmaya başlanmıştır.
- "T¼rkiye Sıtma Eliminasyon Programı" revize edilerek sıtmayla m¼cadeleye hız verilmiştir.
- 17 Nisan 2003 tarihinden itibaren devlet memurlarına ¼zel sağlık kurumlarından faydalanabilme imkânı getirilmiştir.
- 2003/5557 sayılı BKK ile insan ve hayvan sağlığı için kullanılan kan ve kan komponentleri, insan gıdası olarak kullanılan mamalar, insan ve hayvan sağlığı için kullanılan antiserumlar, immunglobulinler ve aşıların KDV oranı %18'den %1'e d¼ř¼r¼lm¼řt¼r.

Haziran

- Kan ¼r¼nleri KDV oranı %1'den %8'e çıkarılmıştır.

2003 Yılı Gelişmeleri

Temmuz

- 1 Temmuz 2003 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü ile sigortalıların hem SSK hem de devlet hastanelerini kullanması 6 ilde başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından kırsal ve az gelişmiş bölgelerde sözleşmeye dayalı sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır.
- Vatandaşlarla iletişim kanalları açmak için Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) kurulmuş ve hasta haklarına ilişkin düzenlemelerle, hastaların haklarını arayabilecekleri merciler oluşturulmuştur.
- 10 Temmuz 2003 tarihinde 4924 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile kamu kurum ve kuruluşlarının tabip, diş tabibi ve eczacı kadro ve pozisyonlarına yapılacak açıktan atamaların açıktan atama izni alınmaksızın Sağlık Bakanlığı tarafından sınavsız ve kura ile yapılacağı düzenlenmiştir.

Ağustos

- SSK'lı vatandaşların, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinden hizmet almasına ilişkin, Sağlık Bakanlığı ile SSK arasında protokol imzalanarak 6 Ağustos 2003 tarihinde yürürlüğe girmiştir.
- 06 Ağustos 2003 tarihli 25191 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile suçtan dolayı soruşturma ve kovuşturma geçirenlerin sağlık durumlarının tespiti için resmi sağlık kurumunca verilecek sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir.

Ekim

- 23 Ekim 2003 tarihli 25268 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile Sağlık Bakanlığına ait resmi ambulansların otoyol ve boğaz köprülerinden geçişleri ücretsiz hale getirilmiştir.
- Hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemeler kabul edilmiş ve hastaneler tarafından hasta hakları birimleri kurulmaya başlanmıştır.

2004 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- 1 Ocak 2004 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü ile sigortalıların hem SSK hem de devlet hastanelerini kullanması ülke çapında yaygınlaştırılmıştır.
- 1 Ocak 2004 tarihinden itibaren performansa dayalı ek ödeme sistemi Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır.
- 02 Ocak 2004 tarihli ve 25334 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile insan ticareti mağduru olduğu tespit edilen ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayan yabancı uyruklu hastaların, resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının muhasebesi tek düzen muhasebe sistemi esaslarına göre bunun için yazılan yazılım programı ile tutulmaya başlanmıştır.
- 30 Ocak 2004 tarihli 25448 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı 506 sayılı kanun ve 2925 sayılı kanun kapsamındaki sigortalılar ile işsizlik deneği alan sigortalılar ve bunların bakmakla yükümlü olduklarına 1.7.2003-31.12.2003 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık tesislerinden ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisine sevki yapan sağlık tesisine muayene creti %30, Sağlık Bakanlığına ve SSK’ya bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ayaktan ve yatarak tedavilerde yapılan bütün tetkik ve/veya tahlil işlemlerine ilişkin ücretler btce uygulama talimatında belirtilen fiyatlardan %20 indirimli olarak uygulanır, hükmü getirilmiştir.

şubat

- Maliye Bakanlığının yayımladığı bir genelge ile geri ödeme kararları için bir geri ödeme komisyonu oluşturulmuştur.
- 14 şubat 2004 tarih ve 25373 sayılı Resmî Gazete’de beşeri tıbbî ürünlerin fiyatlandırmasına dair karar yayınlanmıştır.

Mart

- Koşullu nakit transferi başlatılmıştır. Toplumun mahrumiyetten en fazla etkilenen %6’lık kesimi ile (gebeler ve çocuklar) ilgili tıbbî denetimlerden geçmeleri kaydıyla nakit para yardımı yapılmaya başlanmıştır.
- 2004/8301 sayılı BKK ile 1 Mart 2004 tarihinden itibaren ilaçlarda KDV oranı %18’den %8’e dşrlmştir.

2004 Yılı Gelişmeleri

Nisan

- Önceden Sağlık Bakanlığına bağlı olan sağlık meslek liseleri, Milli Eğitim Bakanlığına devredilmiştir.
- “Demir Gibi Türkiye” projesi başlatılmıştır.
- 14 Nisan 2004 tarihinden itibaren ilaç fiyatlandırma kararnamesi ile suistimallere açık maliyet esaslı sistem yerine ürün bazında en ucuz AB ülkesini baz alan referans fiyatlı sisteme geçilerek, 950 ilacın fiyatında %1 ile %80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmıştır.
- 14 Nisan 2004 tarihinden itibaren ilaç fiyat kararnamesi ile döviz kurlarındaki değişiklik ilaç fiyatlarına yansıtılarak, ilaç fiyatları %20 ucuzlatılmıştır.

Mayıs

- Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önleneği ve Kemik Sağlığının Korunması Programı” başlatılmış olup sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak D vitamini desteği sağlanmaya başlanmıştır.
- Çocuk sağlığı alanında yürütölen çalışmalara kaynak teşkil etmesi ve yürütölen rutin hizmetlerin ve özel programların takibi amacıyla Bebek Ölümlü Kayıt-Bildirim Formu hazırlanarak, “Bebek Ölümlerini İzleme Programı” başlatılmıştır.
- 15 Mayıs 2004 tarihli 25463 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile Türkiye İş Kurumu aracılığıyla yetkili sağlık kuruluşuna özüünden kaynaklanan çalışma gücü kaybı tespiti için başvuran sosyal güvencesi olmayan özürlü vatandaşlara bu hizmetler ücretsiz hale getirilmiştir.

Haziran

- 12 Haziran 2004 tarihli 25490 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımız için 112 acil sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir.
- 22 Haziran 2004 tarihli 5193 Resmî Gazete’de yayımlanan optisyenlik hakkında kanun çıkarılmıştır.

Temmuz

- 14 Temmuz 2004 tarihli 5220 sayılı kanunla Sağlık Bakanlığına tahsisli taşınmazların; Sağlık Bakanlığı mutabakatı ile Maliye Bakanlığı tarafından satılarak, satış bedellerinin sağlık kurum ve kuruluşlarının ihtiyacı için Sağlık Bakanlığı bütçesine konulması ile ilgili düzenleme yapılmıştır.

2004 Yılı Gelişmeleri

Ağustos

- 2 Ağustos 2004 tarihinden itibaren de ilaç fiyatları döviz kurundaki artışa paralel olarak %8,7 oranında arttırılmıştır.

Aralık

- Bilinçli anneler ve sağlıklı bebekler projesi geliştirilerek bebek dostu hastane sayısı arttırılmıştır.
- 81 ilde ücretsiz kanser tarama eğitim merkezleri açılmıştır.
- 22 Aralık 2004 tarihinde yapılan yönetmelik değişikliği ile 90 günün aşılması kaydıyla yeşil kart hamili anne ve/veya babanın yenidoğan bebeğinin tedavisi ve aynı süre içinde acil tıbbî müdahale ve tedavi gerektirdiği için hastaneye yatırılan hastaların tedavilerinin karşılanması sağlanmıştır.
- 22 Aralık 2004 tarihinde yapılan yönetmelik değişikliği ile yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi ve ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedelleri, devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır.
- 09.12.2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir.

2005 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- 1 Ocak 2005 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, bütçe uygulama talimatı ile tedavi fiyatlarındaki %18 oranındaki KDV kaldırılmıştır.
- Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma yönetmeliği çıkarılmıştır.

Şubat

- 10 Şubat 2005 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği arasında imzalanan protokol gereği ilaç fiyatlarında ortalama %10 civarında indirim sağlanmıştır.
- SSK eczaneleri kapatılarak, SSK'lıların özel eczanelerden ilaç alabilmesinin önü açılmıştır.
- 19 Şubat 2005 tarihinde Savunma Bakanlığı ve üniversite hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile sağlık hizmet sunumu ile sağlık finansmanı ayrılmıştır.
- 22 Şubat 2005 tarihli 25735 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan bakanlar kurulu kararı 1479 sayılı kanun ve 2926 sayılı kanun kapsamındaki BAĞ-KUR'lular ile bunların bakmakla yükümlü olduklarına Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık tesislerinde verilen koruyucu hizmetlerin ücretsiz olduğu, birinci basamakta verilen muayene hizmetinin yayımlanan bütçe uygulama talimatındaki fiyatlarla, tahlil, tetkik vb. işlemlerin aynı talimatta yayımlanan indirimli fiyatlarla verileceği kararlaştırılmıştır. Yine aynı kararname ile söz konusu sigortalı kişiler ve bakmakla yükümlü olduklarına Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde (onkoloji, göğüs, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri hariç) ayaktan ve yatarak tedavilerde bütün tetkik ve/veya tahlil işlemlerine ilişkin ücretler bütçe uygulama talimatında belirtilen fiyatlardan 1.5.2003-31.12.2003 tarihleri arasında %20 indirimli olarak uygulanmıştır.

Mart

- 1 Mart 2005 tarihinden itibaren Emekli Sandığı'nda eşdeğer grubunda en ucuz ilacın %30'una kadar ödeme yapılmasını içeren muadil ilaç uygulamasına geçilmiştir.
- Kurumsal kriterler ve kalite kriterleri, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki performansa dayalı ek ödeme sistemine eklenmiştir.
- 24 Mart 2005 tarihinde 5324 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan kozmetik kanunu çıkarılmıştır.

2005 Yılı Gelişmeleri

Nisan

- 1 Nisan 2005 tarihinde Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde önemli değişiklikler yapılarak, yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastalara hekim seçmesine imkânı sağlanmıştır. Hasta odalarının tek veya en fazla iki kişilik olacağı hükmü getirilerek koğuş sisteminden içinde banyosu, tuvaleti olan, televizyon ve buzdolabı konforuna sahip, en fazla iki kişilik nitelikli oda sistemine geçilmiştir. Sağlık kurumlarında hasta hakları birimleri ile hasta hakları kurulları oluşturulması zorunlu tutulmuştur.
- 27 Nisan 2005 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan 5335 sayılı kanunla yeşil kartlı hastalardan %20 oranında ilaç katılım payı alınmaya başlanmıştır.
- 27 Nisan 2005 tarihli ve 2598 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 5335 sayılı kanun ile 209 sayılı Döner Sermaye Hakkında Kanun değiştirilerek döner sermayeli işletmelerin, süreklilik arz eden hizmet alımları ile maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbî cihazların hizmet alımı yoluyla temini veya kiralanması için gelecek yıllara yaygın yüklenme yapabilmesi imkânı sağlanmıştır.

Mayıs

- 5 Mayıs 2005 tarihli ve 25806 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde her klinisyen hekime bir muayene odası zorunluluğu getirilmiştir.
- 5 Mayıs 2005 tarihli 25806 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile 112 acil sağlık hizmetleri ile şehir içi veya şehir dışındaki diğer bir sağlık kurum veya kuruluşuna ambulansla sevk tüm vatandaşlar için ücretsiz hale getirilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı yenidoğan işitme taraması program sorumluluğunu devralarak, bütün illerde yenidoğan işitme taraması üniteleri kurulması için çalışmalar başlatılmıştır.

Haziran

- 13 Haziran 2005 tarihinden itibaren yerli hammadde kullanan jenerik ilaçların fiyatlarının orijinal ürünün %80’ine kadar olabileceği hükmü %70’e çekilmiştir.
- 21 Haziran 2005 tarihinde 5371 sayılı kanunda yapılan düzenleme ile 2003 yılında yürürlükten kaldırılan hekimlere yönelik mecburi hizmet uygulaması geri getirilmiştir.
- 21 Haziran 2005 tarihinde 5371 sayılı kanunda yapılan düzenleme ile acil durumlarda acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerinin hastaya müdahale edebilmesinin önü açılmıştır.

2005 Yılı Gelişmeleri

Temmuz

- Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği çıkarılmıştır.
- Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı (HÖDP) başlatılmıştır.
- Sağlık yatırımlarında Kamu Özel Ortaklığı (KÖÖ) modeli için Temel Sağlık Kanununda değişiklik öngören madde, TBMM’de kabul edilmiştir.
- 2005 yılı Temmuz ayından itibaren geçerli olmak üzere ilaç fiyatları döviz kurundaki düşüşe paralel olarak %8,8 oranında indirilmiştir. Eşdeğer ilaç uygulamasının kapsamı genişletilerek, eşdeğer grup sayısı 77’den 333’e çıkarılmıştır.
- 1 Temmuz 2005 tarihinde 5378 sayılı kanunla yürürlüğe giren düzenleme ile tıbbî hizmetlerde kullanılan yardımcı araç ve gereçleri üretmek amacıyla, kurulacak kuruluşların açılış izni ve diğer hususlarda yetki Sağlık Bakanlığına verilmiştir.

Eylül

- 15 Eylül 2005 tarihinden itibaren Düzce’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile sağlığı merkezlerinde her hekime bir muayene prensibi getirilerek, aile hekimlerinin iş yönetiminde etkin olmaları sağlanmıştır. Fiziki şartların geliştirilmesi ve çalışma ortamının iyileştirilmesi için gerekli ödeme kalemleri oluşturulmuştur.
- 2 Eylül 2005 tarihli 25924 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların, kanser tarama ve eğitim merkezlerinde kanser tarama programı çerçevesinde mamografi filmi çekimi ile pap smear testi hizmetlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur.

Aralık

- 27 Aralık 2005 tarih ve 5437 sayılı 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu’nun 31’inci maddesini “c” bendinde; “Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğü ile 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı kanun kapsamında bulunanlar için Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından 31/12/2005 tarihine kadar alınan tedavi hizmetlerinden bedeli ödenmemiş olanların tamamı, bu kanunun yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla terkin edilmiştir. Bu konuyla ilgili gerekli düzenleyici işlemleri yapmaya Maliye Bakanı yetkilidir.” Hükmüne yer verilmiştir. Bu şekilde Devlet Hastanelerinin, SGK ile yeşil kartlılardan 2005 yılı ve öncesine ait tahsil edilemeyen yaklaşık 3,5 Milyar TL alacağı terkin edilmiştir.

2006 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak, kamu hizmetlerinin finansmanında mali disiplin, hesap verebilirlik ve mali saydamlık sağlamak üzere 5018 sayılı "Kamu Malı Yönetimi ve Kontrol Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile Strateji Geliştirme Başkanlıkları kurulmuştur.
- 1 Ocak 2006 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, ilaçlar için tüm kurumların ortak olarak kullanacağı pozitif liste oluşturulmuştur.
- 1 Ocak 2006 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere bir önceki yıl Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Türk Eczacılar Birliği arasında imzalanan ve ilaç fiyatlarında ortalamada %10 civarında indirim sağlayan protokolün süresi bir yıl uzatılmıştır.
- 1 Ocak 2006 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımlanan bütçe uygulama talimatıyla tedavi fiyatlarında 2005 yılına göre ortalamada herhangi bir artış yapılmamıştır.
- "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" başlatılmış ve aşılama programına kızamıkçık, kabakulak, menenjit aşıları dâhil edilmiştir.
- 5510 sayılı kanunun sağlıkla ilgili kısmında; tüm vatandaşlar için sağlık hizmetlerinin kapsamı ve finansmanı tekleştirilmiştir. Devletin prim ödeme gücü olmayanlar için sağlık sigortası primi ödemesi esası getirilerek, ayaktan tedavide muayene katkı payı alınmasını içeren hükümlere yer verilmiştir.

şubat

- 8 şubat 2006 tarihinde yayımlanan 26074 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayan verem hastaları ile temaslılarına veremle ilgili tanı, tedavi, takip ve koruma hizmetlerinin ücretsiz olarak verileceği kararlaştırılmıştır.

Mart

- Sağlık Bakanına birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgelerarası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli şetmelerden uygun görülenlerin merkeze aktaracağı payın oranı %2'den %4'e yükseltme yetkisi verilmiştir.
- 07 Mart 2006 tarihli ve 5471 sayılı yasa ile Sağlık Bakanlığının 2006 yılı bütçe kanunu ile terkin alacaklarının terkin tarihi 31.12.2005'den 31.12.2004 olarak değiştirilmiş ve terkin 2004 yılı ve öncesine ait alacaklara uygulanmıştır. Ayrıca bu yasa değişikliği ile döner sermayeli şetmelerin malî imkânı elverişli olanlarından, malî durumu yetersiz olanlara karşılıksız veya borç olarak kaynak aktarmaya Sağlık Bakanı yetkili kılınmıştır.
- 17 Mart 2006 tarihinde yataklı tedavi kurumları yönetmeliğinde değişiklikler yapılmıştır.

2006 Yılı Gelişmeleri

Nisan

- Tetanos eliminasyon programı kapsamında “Tetanos Aşı Günleri Programı” gerçekleştirilmiştir.

Mayıs

- 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiş ve mevcut sosyal güvenlik kuruluşları (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) birleştirilmiştir.
- 15 Mayıs 2006 tarihinden itibaren, eşdeğer ilaç gruplarında en ucuz ilacın %30 fazlasına kadar ödeme yapılmakta iken bu oran %22'ye d ş r lm ştir.

Haziran

- 16 Haziran 2006 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile vatandaşa farklı standartlarda sunulan sağlık hizmetleri ortak bir standarda kavuşturularak tüm toplumu içine alan zorunlu GSS sistemi kurulmuştur.
- Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmeler için global bütçe, uygulanmaya başlanmıştır.
- Tüberküloz hastaları için “Doğrudan Gözetimli Tedavi” (DGT) uygulaması tüm yurda yaygınlaştırılmıştır.

Temmuz

- Eskişehir ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 1 Temmuz 2006 tarihinden geçerli olmak üzere ise pozitif listedeki ilaç sayısı azaltılmış ve ayaktan tedavide vaka başı ödeme sistemine geçilmiştir.
- Döviz kurlarındaki gelişmelere bağlı olarak ilaç fiyatları %5 arttırılmıştır.

Ağustos

- Döviz kurlarındaki gelişmelere bağlı olarak ilaç fiyatları %5 arttırılmıştır.

Eyl l

- SGK’da ilaç harcaması takip sistemi kurulmuş ve MEDULA sistemi başlatılmıştır.
- Döviz kurlarındaki gelişmelere bağlı olarak ilaç fiyatları %5 arttırılmıştır.

2006 Yılı Gelişmeleri

Ekim

- Bolu ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 2006 yılı Temmuz ayında yürürlüğe konan vaka başı ödeme sisteminin yrrtmesi Danıştay tarafından durdurulmuştur.

Kasım

- Sağlık Bakanlığının organizasyonunda 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde lkemizde “Dünya Sağlık rgt Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı ” düzenlenerek, Avrupa Obezite ile Mücadele şartı Sağlık Bakanımız Sayın Prof. Dr. Recep AKDAğ tarafından imzalanmıştır. Avrupa Obezite ile Mücadele şartı doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” hazırlanmıştır.

Aralık

- Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- Çocuklarımızın özellikle nörolojik gelişimi açısından hayati önemi haiz konjenital hipotiroidi taramaları başlatılmıştır.
- 1999 yılı Marmara depremi sonrası profesyonel medikal kurtarma ekiplerinin eksikliğinin giderilebilmesi için 2004 yılında Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde kurulmuştur. İl rgtlenmesi olarak il sağlık müdürlükleri bünyesinde afetlerde sağlık hizmetleri birimleri 2005 yılında kurulmuş olup buna bağlı olarak 2006 yılı sonunda Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulan il sayısı 81’e ulaşmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Ana-ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün 19 Aralık 2006 tarih ve 2006/130 sayılı genelgesi ile Türkiye genelinde yenidoğanların fenilketonüri ve konjenital hipotiroidi yönünden taranması amacıyla neonatal tarama programı başlatılmıştır.

2007 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlük tarihi, 2007 yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunuyla 1 Temmuz 2007 olarak belirlenmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünün 31 Ocak 2007 tarih ve 2007/5 sayılı genelgesi ile Yenidoğan İşitme Taraması Üniteleri Çalışma Yönergesi çıkarılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri döner sermaye işletme gelirlerinden kesilen hazine payı oranı %15'den %1'e indirilmiştir.
- Elazığ ve Isparta illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Mart

- Kar paletli ambulanslar ve 4 deniz ambulansı hizmete alınmıştır.
- Samsun ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 28 Mart 2007 tarihinde 5614 sayılı Kanunla yapılan düzenleme ile devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan hekimlerin bulundukları ilde sözleşmeli aile hekimi olarak çalışabilmelerinin önü açılmıştır.

Nisan

- 11 Nisan 2004 tarih ve 5624 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu çıkartılarak, kan ve kan ürünlerinin güvenli ve kolay teminine yönelik bölge temelli kan merkezleri sistemine geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığının 4 Nisan 2007 tarih ve 2007/25 sayılı genelgesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerin toplu alım yapmasıyla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Düzenleme ile il bazında Bakanlığa bağlı tüm döner sermayeli işletmelerin veya birkaç işletmenin tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemesi, ilaç ve büro malzemeleri gibi merkezi olarak satın alınmasında fayda görülen mal alımları ile hizmet alımlarının, ihtiyaç duyulması halinde bedelleri her döner sermaye işletmesinin kendi bütçesinden karşılanmak kaydıyla toplu olarak yapılabilmesi için 81 il sağlık müdürüne, limite bağlı olmaksızın ihaleye çıkabilme, ihaleleri tasdik ve ihalelerle ilgili sözleşme yapma yetkisi verilmiştir.
- 27 Nisan 2007 tarihinde yayımlanan 2007/12013 sayılı bakanlar kurulu kararı ile sosyal güvenlik kuruluşlarının birinci basamak hizmetlerini Sağlık Bakanlığından doğrudan hizmet alım suretiyle ile temin etmeleri halinde Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilen hizmetlerin sosyal güvencesi olmayanlara ücretsiz verileceği kararlaştırılmıştır. Yani birinci basamak sağlık hizmetleri ülkedeki herkes için ücretsiz hale getirilmiştir. Yine aynı kararname ile Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sosyal güvenlik kurumlarından 2007 yılı alacaklarının sağlanan mutabakatın üzerinde kalanlarının terkin edileceği kararlaştırılmıştır.

2007 Yılı Gelişmeleri

Mayıs

- İzmir ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 20 Mayıs 2007 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan 5655 sayılı Kanunla 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlük tarihi 1 Ocak 2008 şeklinde değiştirilmiştir.
- 25 Mayıs 2007 tarihli mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğiyle de büyük ölçüde 2006 yılı fiyatları korunarak, pozitif liste uygulamasına devam edilmiştir.

Haziran

- 03.06.2007 tarihinde 5683 sayılı Kanun ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen madde ile Toplu Konut İdaresi Başkanlığıyla yapılacak protokole istinaden sağlık tesisi ve hizmet binalarının TOKİ aracılığıyla yaptırılabilceği hükme bağlanmıştır.

Temmuz

- SGK ve TEB arasında bir yıl süreli yeni bir protokol imzalanarak ilaçta fiyat indirim uygulamasına aynı şekilde devam edilmiştir.
- 9 Temmuz 2007 tarihinde yayımlanan 2007/12377 sayılı bakanlar kurulu kararı ile sosyal güvenlik kuruluşlarının birinci basamak hizmetlerini Sağlık Bakanlığında doğrudan hizmet alım suretiyle ile temin etmeleri halinde Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilen ve sözleşme kapsamında olmayan tüm hizmetlerin sosyal güvenlik kapsamındakilere ve bütün hizmetlerin sosyal güvenlik kapsamında olmayanlara ücretsiz verileceği kararlaştırılmıştır.

Ağustos

- Sinop ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Eylül

- 22 Eylül 2007 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ uyarınca fiyat değerlendirme komisyonu toplanarak yeni dönemde ilaç fiyatlarının tespitine esas teşkil edecek baz döviz kurunun belirlenmesiyle ilaç fiyatlarında %7,77 oranında düşüş sağlanmıştır.

2007 Yılı Gelişmeleri

Kasım

- Bartın ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Aralık

- Sağlık Bakanlığı bağlı tüm hastanelerde tam otomasyon sistemine geçilmiştir.
- Amasya ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçeden yapılan demeler hastane performansına ve yapısal özeliklerine bağlı objektif kriterlere göre yapılmaya başlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri bakanlıkça belirlenen finansal risk kriterlerine göre yakından izlenmeye başlanmıştır. Finansal olarak riskli görülen hastanelere mali analiz yapılarak, mali durumlarını düzeltmeleri için özel eylem planları uygulanmıştır.

2008 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca yayımlanan 02 Ocak 2008 tarih ve 2008/1 sayılı genelge ile Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşların birbirlerinden mal ve hizmet alabilmesine y6nelik d6zenleme yapılmıştır.
- 3/1/2008 tarihli ve 5727 sayılı Kanun ile “T6t6n 6r6nlerinin Zararlarının 6nlenmesi ve Kontrol6 Hakkında Kanun”da değişikliğe gidilerek, t6t6n 6r6nlerinin;
 - kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında,
 - koridorları da d6hil olmak 6zere her t6rl6 eğitim, sağlık, 6retim, ticaret, sosyal, k6lt6rel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı 6zel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,
 - taksi hizmeti verenler d6hil olmak 6zere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında, okul 6ncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, 6zel eğitim ve 6ęretim kurumları d6hil olmak 6zere ilk ve orta 6ęrenim kurumlarının, k6lt6r ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,
 - 6zel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde, t6ketilmesi yasaklanmıştır.
- orum, Manisa, Bayburt, Osmaniye, Karaman illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- Maliye Bakanlığının 31.01.2008 tarihli onayı ile 6niversite hastaneleri d6ner sermaye işletme gelirlerinden kesilen hazine payı oranı 01.01.2008 tarihinden itibaren uygulanmak 6zere %15’den %5’e indirilmiştir.

2008 Yılı Gelişmeleri

şubat

- Kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın ülke düzeyinde dengeli, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının yapılandırılmaları, ruhsatlandırma işlemleri, faaliyetleri ve faaliyetlerine son verilmesi, denetimleri ve diğer hususlar ile ilgili usul ve esasları düzenlemek üzere "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan zel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" ıkarılmıştır. Yönetmelik ile ruhsatlandırma prosedürleri yenilenmiştir.
- "Beşeri Tıbbi rnler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği"nde yapılan bir değişiklikle ürünler üzerinden kupür kaldırılarak, yerine "karekod" adıyla yeni bir tanımlayıcı konulmuştur.
- İlaçların hatalı kullanılmasını en aza indirmek için İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından 26 şubat 2008 tarihinde "Beşeri İlaçların Ambalaj ve Kullanma Talimatının Okunabilirliğine İlişkin Kılavuz" yayımlanmıştır.
- Karabük ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 18 şubat 2008 tarihinde yayımlanan 2008/13284 sayılı bakanlar kurulu kararı Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sosyal güvenlik kurumlarından 2008 yılı alacaklarının sağlanan mutabakatın üzerinde kalanlarının terkin edileceği kararlaştırılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yayımlanan 25 şubat 2008 tarih ve 2008/14 sayılı genelge ile pentavalan aşılar, rutin bağışıklama programına alınmıştır.
- 5683 sayılı Kanun ile 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen maddeye istinaden 19.02.2008 tarihinde sağlık tesislerinin TOKİ aracılığıyla yapılmasına ilişkin protokol Sağlık Bakanlığı ve Toplu Konut İdaresi Başkanlığı tarafından imzalanmıştır. Bu protokole göre TOKİ tarafından yapılacak sağlık tesis bedellerinin %30'u devredilecek arsa bedelleriyle, arta kalan tutarın ise 7 yılda ödenmesi kararlaştırılmıştır.

Nisan

- Ulaşım problemi olan yerlerdeki anne adaylarını doğum öncesi merkezi yerleşimlerde misafir ederek sağlıklı doğum yapmalarını sağlamak amacıyla Misafir Anne Projesi başlatılmıştır.

2008 Yılı Gelişmeleri

Mayıs

- Bolu ilinde pilot olarak “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmet Modeli” uygulanmaya başlanmıştır.
- Organ ve Doku Dağıtımına” ilişkin usul ve esasları belirlemek; organ ve doku nakli hizmetleri ile ilgili merkezlerin ve bu merkezlerde görevli personelin görev ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemek üzere “Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi” çıkartılmıştır.
- Adana ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Haziran

- 26.06.2008 tarih ve 26918 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 2008/13 sayılı Başbakanlık genelgesi ile acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan tüm sağlık kuruluşlarına, acil vakaları hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul etme ve gerekli tıbbî müdahaleyi kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapma zorunluluğu getirilmiştir.
- 4 Haziran 2008 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan 2008/13728 sayılı bakanlar kurulu kararıyla özel sağlık hizmeti sunucularının otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri dışındaki işlemler için sigortalılardan en fazla SGK tarafından ödenen bedelin %30’una kadar ilave ücret talep edebilecekleri düzenlenmiştir.
- 06 Haziran 2008 tarihli ve 26898 sayılı (mükerrer) Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5766 sayılı Kanun ile üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tedavi giderleri belediye bütçelerinden karşılanan personele sundukları tedavi hizmetleri karşılığı, 31.3.2008 tarihinden önce (31.3.2008 dâhil) düzenledikleri fatura bedellerinden, tahsil edemedikleri tespit edilen alacaklarının %75’inin belediyelerce ödenmesi halinde geri kalan kısmının terkin edileceği düzenlenmiştir.
- 13 Haziran 2008 tarihinden Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan düzenleme ile aile hekimliğine geçen illerde %4 olarak alınan Sağlık Bakanlığı merkez payının alımından vazgeçilmiştir.
- Üniversite hastanelerinin (vakıf üniversiteleri hariç), memurlar ve yeşil kartlı hastalara sundukları tedavi hizmetleri karşılığı, 31.3.2008 tarihinden önce (31.3.2008 dâhil) düzenledikleri fatura bedellerinden, tahsil edemedikleri tespit edilen alacaklarının, Maliye Bakanlığı tarafından %85’inin ödenmesi halinde geri kalan kısmının terkin edileceği düzenlenmiştir.

2008 Yılı Gelişmeleri

Temmuz

- Burdur ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 28 Temmuz 2008 tarihinde ilaç fiyatları %8 arttırılmıştır.

Ağustos

- Kırıkkale ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 19 Ağustos 2008 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan 5797 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yapılan Değişiklik ile yeşil kart ve genel bütçeli kuruluşlar kapsamında yer alan kişilerin sağlık harcamalarının SGK' ya devrinin 3 yıl içinde tamamlanması hükme bağlanmıştır.
- 8 Ağustos 2008 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü maddesinin (f) bendinin değişik 2. alt bendi ve 72. maddesi gereği oluşturulan ödeme komisyonunun çalışma usul ve esaslarını belirleyen yönerge yayımlandı. Yönerge ile ödeme komisyonu, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü başkanlığında, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü bünyesindeki daire başkanlıklarından biri İlaç ve Eczacılık Daire Başkanı olmak üzere kurum başkanınca görevlendirilecek 3 daire başkanı ile Maliye Bakanlığının ve Sağlık Bakanlığının görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde 2 şer, Kalkınma Bakanlığının ve Hazine Müsteşarlığının görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde birer temsilcinin katılımıyla oluşturulmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca, 16 Nisan 2012 tarihinde bu yönerge yürürlükten kaldırılarak yeni yönerge yayımlanmıştır.

2008 Yılı Gelişmeleri

Ekim

- 25 Mayıs 2007 tarihli mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanarak 15 Haziran 2007 tarihinde yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin uygulanmasına 1 Ekim 2008 tarihine kadar devam edilerek bu tarihe kadar olan döneminde tedavi fiyatlarında herhangi bir artış olmaması sağlanmıştır.
- 29 Eylül 2008 tarihli mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Yeni tebliğde mevcut tedavi fiyatları büyük ölçüde korunarak, sadece A grubu olarak nitelendirilen ve fiyatları maliyetlerine göre düşük kalmış olan riskli ameliyatların fiyatları arttırılmıştır. Yeni Tebliğle ayrıca ayaktan tedavide birinci basamak hariç katılım payı uygulaması getirilmiştir. Tebliğle aile hekimliği uygulanmakta olan illerden dördünde (Bayburt, Isparta, Gümüşhane, Denizli) pilot olarak sevk zinciri uygulaması getirilmiş ve 2009 yılında sevk zinciri uygulamasının aile hekimliğinin uygulanmakta olduğu bütün illere yaygınlaştırılacağı ilan edilmiştir. Doğum işlemlerinde normal doğumun teşvik edilmesi amacıyla sezaryen fiyatı düşürülerek, normal doğum fiyatı yükseltilmiştir. Ayrıca, fizik tedavi ücretleri, fako ameliyatlarının ortalama fiyatı, özel hastanelerin ayaktan muayene ücretleri düşürülerek, elektronik olarak takibi sağlanabilecek bazı kısıtlayıcı tedbirler getirilmiştir.
- Helikopter ambulanslar Türkiye’de ilk olarak Ankara’da 28 Ekim 2008 tarihinde faaliyet göstermeye başlamıştır.
- 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı Kanunları yürürlükten kaldırılmış ve bu 3 kanuna tabi olanlar tek çatı altında toplanarak GSS uygulaması başlatılmıştır. 18 yaşın altında tüm nüfus ve eğitim görenler GSS kapsamına alınmıştır.
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimliği muayeneleri hariç 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla sağlık kurumlarındaki ayaktan tedavilerde, hekim ve diş hekimi muayenelerinde katılım payı alınmaya başlamıştır. İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 3 TL, eğitim araştırma hastanelerinde 4 TL, üniversite hastanelerinde 6 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 10 TL muayene katılım payı alınmaya başlanmıştır.
- Özel Hastanelerin yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp cerrahi işlemlerinden fark alınması yasaklanmıştır.
- 5510 sayılı kanunun 67’nci maddesi ile sigortalı olsun veya olmasın herkesin salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımından ücretsiz yararlanması sağlanmıştır.
- Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilmek imkânı sağlanmıştır. SSK’lı ve BAĞ-KUR’luların sağlık hizmeti alabilmesi için 120 gün olan prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.
- Neonatal Tarama Programı ile taranan hastalıklara 2008 yılı Ekim ayı sonunda Biyotinidaz Eksikliği eklenerek toplam kanında taranan hastalık sayısı 3’e çıkarılmıştır.
- Biyotinidaz Tarama Programı başlatılmıştır.
- Çankırı, Tunceli ve Yalova illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

2008 Yılı Gelişmeleri

Kasım

- Bilecik, Kastamonu, Erzurum, Kırşehir ve Kayseri illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- 2005 yılında başlatılan “Her İle Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi” kampanyası kapsamında en son 06.11.2008 tarih ve 41873 sayılı makam oluru ile şırnak’ta açılarak her ilde bir ADSM hizmete girmiştir.
- 2008 yılı Kasım ayından itibaren Konjuge Pnömokok aşısının kullanımı başlatılmıştır.
- 29 Eylül 2009 tarih ve 27012 sayılı 1. mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile 1 Kasım 2009 tarihinden itibaren Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli illerinde zorunlu sevk zinciri pilot uygulaması başlatılmıştır. Ayrıca aynı SUT hükümlerine göre 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren de aile hekimliğine geçilen tüm illerde sevk zinciri uygulanacağı düzenlenmiştir. Ancak önce 17 Ocak 2009 tarih ve 27113 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan SUT değişikliği ile pilot uygulama yapılan 4 ilde sevk zinciri zorunluluğu kaldırılmış ve uygulama 1 Temmuz 2009 tarihine ertelenmiş daha sonra da Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünün 30 Haziran 2009 tarih ve 2009/85 sayılı genelgesi ile aile hekimliğine geçilen illerde sevk zinciri zorunluluğu süresiz ertelenmiştir.
- 25 Kasım 2008 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda stok takibi ve kontrolü için MKYS kullanımı zorunlu hale getirilerek bütün Türkiye’de alınan tıbbî cihaz, malzeme ve ilaçların fiyat ve miktarları bütün hastaneler tarafından rahatlıkla izlenebilir hale getirilmiştir.

Aralık

- 5 Aralık 2008 tarihinde 27075 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 5812 sayılı kanun ile 4734 sayılı kanunda yapılan düzenleme ile sağlık hizmeti sunan bu kanun kapsamındaki idarelerin teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımları kamu ihale kanunundan istisna edilmiştir.
- 5 Aralık 2008 tarihinde yapılan 4734 sayılı kanunun 22. Maddesinin f bendi değiştirilerek özelliğinden ve belli süre içinde kullanılma zorunluluğundan dolayı stoklanması ekonomik olmayan veya acil durumlarda kullanılacak olan ilaç, aşı, serum, anti-serum, kan ve kan ürünleri ile ortez, protez gibi uygulama esnasında hastaya göre belirlenebilen ve hastaya özgü tıbbî sarf malzemeleri, test ve tetkik sarf malzemeleri alımlarının doğrudan temin ile alımı kolaylaştırılmıştır.

2009 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- Sağlık Bakanlığı ile SGK sağlık hizmet 6demelerinin hizmet alım s6zleşmesi ile alınıp 6demesi uygulamasına geçmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden sonra Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve 6çüncü basamak sağlık hizmet sunucularında da SGK'ya fatura ve kanıtlayıcı belge gönderilmesi sisteminden vazgeçilmiştir.
- Rize ve Trabzon illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- İlaç harcamalarında sürdürülebilirlik ve öngörülebilirlik sağlamak amacıyla ilaç sektörü ile 2010-2012 yılı için global bütçe yapılması hususunda anlaşılmıştır. (İlaç global bütçesi 2010 yılı için 14.600 milyon TL, 2011 yılı için 15.562 milyon TL, 2012 yılı için 16.669 milyon TL olarak belirlenmiştir).

şubat

- "Sağlık Hizmeti Sunan 4734 sayılı Kamu ihale Kanunu kapsamındaki idarelerin Teşhis ve Tedaviye Y6nelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımlarına ilişkin Y6netmelik" 7.2.2009 tarihli ve 27134 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. S6z konusu y6netmelikle sağlık hizmeti sunan ve 4734 sayılı kanun kapsamında bulunan idarelerin teşhis ve tedaviye y6nelik olarak birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımlarının esas ve usulleri belirlenmiştir.
- 28 Haziran 2009 tarihli ve 27155 sayılı mükerrer Resmî Gazete'de yayımlanan 5838 sayılı Kanunla 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 97' inci maddesinde yapılan değişiklikle faturaların teslimine ilişkin hususlar d6zenlenerek fatura bedelinin tamamının fatura teslim tarihinden itibaren, 60 g6n içinde sağlık hizmet sunucularına avans olarak 6denmesine imkân sağlanmıştır.
- Sosyal yardım başvurusu yapan vatandaşlarımızın muhtaçlıklarını ve kişisel verilerini merkezi veri tabanlarından temin/tespit etme ve mükerrer yardımların 6nlenmesine y6nelik olarak kurumlar arası (online) veri paylaşımını sağlama amacıyla Sosyal Yardımlaşma Dayanışma Genel M6d6rl6ęü (SYDGM) tarafından 6 aylık 6alışma ile 2009 yılı şubat ayında Sosyal Yardım Bilgi Sistemi (SOYBİS), bir e-devlet uygulaması olarak hayata geçirilmiştir.

2009 Yılı Gelişmeleri

Mart

- Strateji Geliştirme Başkanlığının 27 Mart 2009 tarih ve 2009/23 sayılı genelgesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda MKYS'den fiyat sorgulama ve yaklaşık maliyet belirleme zorunlu hale getirilmiştir. Azami stok uygulaması başlatılarak stok seviyeleri en fazla 4 ayla sınırlandırılmıştır. Bu sayede stok seviyeleri önemli ölçüde azaltılmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda gereksiz stokların eritilmesi ve miadı geçme riski taşıyan ürünlerin zayii olmasının önlemesi için MKYS sisteminde "Stok Fazlası Taşınır Modülü" ve "İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü" oluşturularak stok maliyetlerinde önemli tasarruflar sağlanmıştır.

Nisan

- 3 Nisan 2009 tarihinde Danıştay tarafından muayene katılım payı alınmasına ilişkin düzenlemenin yürütmesi durdurulmuştur.
- 28 Nisan 2009 tarihinde 27213 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik ile yataklı tedavi kurumlarında görev yapan devlet memurlarının hasta için çıkarılan yemeklerden ücretsiz yararlanabilmesi düzenlenerek bu problem özömlenmiştir.

Mayıs

- Strateji Geliştirme Başkanlığınca yayımlanan 12 Mayıs 2009 tarih ve 2009/32 sayılı genelge ile; hizmet alımıyla çalıştırılacak personelle ilgili sayı ve ücret standartları geliştirilmiştir. Buna göre, Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda hizmet alımı kapsamında çalıştırılabilecek işçi sayısının tespitinde; Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde geliştirilen yeni sağlık hizmeti sunumu modeline uygun, gelire, hizmet sunumuna, hasta potansiyeline, hizmet sunulan mekânın büyüklüğüne, kadrolu ve/veya sözleşmeli olarak çalışan mevcut personel sayısına göre değişebilen yeni ölçütler belirlenmiştir. Yine aynı şekilde, hizmet alımları kapsamında çalıştırılan işçilere asgari ücretin üzerinde öngörölecek ücretlerde kurumlarımız arasında uygulama birliğinin sağlanması amacıyla bazı standartlar geliştirilerek personel alıştırılmasına dayalı hizmet alımlarında ödenebilecek kâr oranı %20'den %8'e düşürölmüştür. 4 Haziran 2010 tarih ve 2010/43 sayılı genelge ile bu oran %5 olarak yeniden belirlenmiştir.

2009 Yılı Gelişmeleri

Haziran

- 25 Haziran 2009 tarih ve 5917 sayılı yasanın 14. maddesi ile 209 sayılı kanuna eklenen geçici 4. madde ile; niversite hastaneleri (vakıf niversiteleri hariç) ile Sağlık Bakanlığı hastanelerince; sağlık hizmeti verildiği dönemde herhangi bir nedenle sosyal güvencesi olmayan kişilere sunulan tedavi hizmeti karşılığı olarak 1.1.2009 tarihinden önce düzenlenmiş olan fatura bedellerinden, tahsil edilememiş alacak tutarlarının %50'sinin altı ay içinde ilgililerce veya taksitle ödenmesi halinde, geri kalan kısmının ferileriyle birlikte terkin edileceği düzenlenmiştir. Tahsil edilemeyen fatura bedeli 100 Türk Lirasından az ise doğrudan terkin edileceği hükmü getirilmiştir.

Temmuz

- Uşak ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- Strateji Geliştirme Başkanlığınca yayımlanan 23 Temmuz 2009 tarih ve 2009/45 sayılı genelge ile; "İl Stok Havuzu" oluşturularak illerde "Stok Koordinasyon Ekipleri" ile "Merkezi Satın Alma Birimleri" kurulmuştur. İldeki bütün stoklar il stok havuzuna dâhil edilmiştir. Böylece ilde stok fazlası bulunan ürünler için tekrar satın alma yapılması nlenerak büyük tasarruflar sağlandı. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kk hastanelerin satın alım yapması sınırlandırılarak ihtiyaçlarının büyük hastanelerce karşılanması uygulamasına geçilmiştir. Bu düzenleme ile ilaç ve tıbbi malzeme satın alma yapan hastane sayısı 835'den 312'ye dşrlmştir.
- Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ilaç ve tıbbi malzeme alımlarının il düzeyinde toplu olarak yapılacak erve anlaşmalarla karşılanması zorunlu hale getirilmiştir.

Ağustos

- Eş değer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin ödenmesinde dikkate alınan %22 oranı %15 olarak değiştirilmiştir.
- 28.08.2009 tarih ve 50 sayılı genelge ile bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme çalışmaları başlatılmıştır.

Eyll

- Sağlık Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti arasında, 18 Eylül 2009 tarihinde imzalanan "Eczane Bulunmayan Yerleşim Bölgelerinde Yaşayan Halka Yerinde İlaç Teminine İlişkin Protokol" ile eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulaması başlatılmıştır.

2009 Yılı Gelişmeleri

Ekim

- 01.10.2009 tarihi itibarıyla, sağlık kurumlarındaki ayaktan tedavilerde, hekim ve diş hekim muayenelerinde alınan katılım payı, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinde 2 TL, ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 8 TL, eğitim araştırma hastanelerinde 8 TL, üniversite hastanelerinde 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL olarak yeniden belirlenmiştir. Reçete düzenlenmez veya düzenlenen reçete alınmaz ise; birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimlerindeki muayenelerden alınacağı belirtilen 2 TL tutarındaki muayene katılım payı alınmaması, diğer sağlık hizmeti sunucularındaki muayenelerden alınacağı belirtilen katılım paylarından da 3 TL indirim yapılması uygulamasına geçilmiştir.
- 2009 yılı programında “Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik tedbirler alınacaktır” önceliği başlığı altında yer alan 10 no’lu tedbir uyarınca, sağlık hizmetlerinde kalite-maliyet etkinliğinin sağlanması amacıyla, sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesini, değerlendirilmesini ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik çalışmaları yapmak üzere Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu (SHİDK, Komisyon) kurulması öngörölmüştür. Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu Kurulması Hakkında Protokol, 8 Ekim 2009 tarihinde Komisyonun tarafları olan DPT, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarları ile SGK ve TÜİK Başkanları tarafından imzalanmıştır. Komisyon çalışmalarına katılmak üzere, tüm taraflardan 2 asil ve 2 yedek olmak üzere 4 temsilcinin bildirilmesi istenmiş ve tüm komisyon toplantılarının katılımcıları kayıt altında tutulmuştur. Komisyonun faaliyet alanı; sağlık harcamalarına ilişkin verileri derleyip düzenli bir şekilde sunulmasını sağlamak, doğru ve sağlıklı bilgiler ile objektif analizler içeren raporlar hazırlayarak sağlık politikalarıyla ilgili karar alıcıları bilgilendirmek ve gerekli stratejilerin oluşturulabilmesini sağlamaya yönelik önerilerde bulunmak şeklinde belirlenmiştir.
- Bursa ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

2009 Yılı Gelişmeleri

Aralık

- 3 Aralık 2009 tarih ve 27421 mükerrer sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Kararda Değişiklik Yapılması Hakkında Karar” ile; ilaç global bütçe hedeflerinin tutturulmasına ilişkin olarak, 4 Aralık 2009 tarihinden itibaren;
- Orijinal ilaç olup jeneriğı piyasada olan ilaçların imalatçı fiyatı referans fiyatın %100 iken %66 ya çekilmiştir.
- Orijinal olup jeneriğı olmayan veya jeneriğı piyasada olmayan ilaçlarda, %100 imalatçı fiyatın alınmasına devam edilmiş ancak SGK tarafından uygulanan kamu iskontosu baz oranı %11’den %23’e çıkarılmıştır.
- Jenerik ilaçların fiyatının tespitinde imalatçı referans fiyatın %80’i fiyat alırken, yapılan düzenleme ile bu oran %66’ya çekilmiştir.
- Daha önce 20 yıllık statüsünde olan ilaçlarda referans fiyat dikkate alınarak fiyat tespiti yapılmazken, yapılan düzenleme ile referans fiyat alması sağlanmış ve referans imalatçı fiyatın %100’ü alınması kararlaştırılmıştır.
- Uygulama ile hem ilaç fiyatları hem de depocu ve eczacıların kâr marjları düşürülmüştür.
- 8 Aralık 2009 tarih ve 27426 mükerrer sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile; Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dâhil SGK tarafından belirlenen ölçütlere göre (hizmet kalite standardı, hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliğı, hastane hizmet dilim endeksi, hastane kapasitesi, çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar vb.) sınıflandırılan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %70’ine kadar ilave ücret alabilecekleri hükmü getirilmiştir.
- 17 Aralık 2009 tarihinde yayımlanan 2009/15712 sayılı bakanlar kurulu kararı Sağlık Bakanlığına bağı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sosyal güvenlik kurumlarından 2009 yılı alacaklarının sağlanan mutabakatın üzerinde kalanlarının terkin edileceğı kararlaştırılmıştır.
- İlaç Takip Sistemi (İTS) pilot uygulaması başlatılmıştır.

2010 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- SGK tarafından özel hastanelerin puanlandırılması ve ilave ücret alınması hakkında yönerge ile özel hastaneler sınıflandırılmış ve sınıflar itibarıyla %30 ile %70 arasında değışiklik gösteren fark ücretleri belirlenmiştir.
- Devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık ödemeleri SGK'ya devredilmiştir.
- Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Personelinin Tam Gün Çalışmasına dair kanun kabul edilerek, tam gün uygulaması için üniversitelere 1 yıl, diğer kurumlara 6 ay süre verilmiştir.
- Sağlık Personeli için nöbet saat ücretleri arttırıldı. Aylık azami 80 saat olan ödeme sınırı 130 saate çıkarıldı. Nöbet ücreti alabilecek personele sağlık personeli dışındaki personelde eklendi. Nöbet ücretinin ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde ödenebilmesinin önü açılmıştır.
- Hekimlerin performansa bağılı aldıkları ek ödemelerin bir miktarının maaş gibi garanti olarak peşin bir şekilde ödenmesi sağlanmıştır. Bu tutarlardan SGK primi kesilerek hekimlerin ikinci bir emekli maaşı almalarının imkânı sağlanmıştır.
- 21 Ocak 2010 tarihinde 5947 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile hekimlere yönelik olarak, Tıbbî Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası uygulaması getirilmiştir.
- 21 Ocak 2010 tarihinde 5947 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile Sağlık Bakanlığı ve bağılı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar ile üniversitelerin ilgili birimleri, karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilmelerine imkan tanınmıştır.
- 21 Ocak 2010 tarihinde 5947 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile; Türkiye Kızılay Derneğine (KIZILAY) ait olup 1/5/2009 tarihi itibarıyla ruhsatlı olarak işletilmekte bulunan hastane ve tıp merkezlerinin, bu kanunun yayımından itibaren altı ay içinde Sağlık Bakanlığı ile Kızılay arasında yapılacak protokolle Sağlık Bakanlığına devredileceği hükme bağlandı. Sağlık Bakanlığına 3 hastane 26 tıp merkezi devredilmiştir.

2010 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- 21 Ocak 2010 tarihinde 5947 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile; öğretim elemanları; ilgili kurumların talebi ve kendisinin muvafakati, üniversite yönetim kurulunun uygun görmesi ve rektörün onayı ile ihtiyaç duyulan konularda, özlük işlemleri kendi kurumlarınca yürütölmek kaydıyla, diğerk kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilenlerin, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim kurumlarındaki aylık ve diğerk ödemeler ile öteki hakları devam eder. Yükseköğretim Kurulu, bağılı birimleri ve üniversitelerarası kurul ile adli tıp kurumunda görevlendirilenler hariç olmak üzere bu fıkra uyarınca görevlendirilenler döner sermayeden yararlanamaz hükmü getirilmiştir.
- 21 Ocak 2010 tarihinde 5947 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile yükseköğretim kurumlarının tıp ve diş hekimliğı fakölteleri ile sağıık uygulama ve araştırma merkezlerinde ihtiyaç duyulması halinde ilgilinin isteğı ve kurumlarının muvafakatiyle diğerk kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağıık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilir. Belirli bir vaka ve iş için görevlendirilenlere, kadrosunun bulunduğu kurumdaki döner sermaye işletmesinden yapılan ödemenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla görevlendirildiğı sağıık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden, bu maddede belirtilen esaslar çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek üzere döner sermayeden ek ödeme yapılır şeklinde düzenleme yapılmıştır.
- 21 Ocak 2010 tarihinde 5947 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile Tıp ve diş hekimliğı faköltelerinde çalışanların ek ödeme tavanları yeniden düzenlenerek mesai dişı çalışanlar içinde ek ödeme yapılabilmesi imkânı sağlandı. Ayrıca üniversite yöneticilerinin ek ödeme tavanları da yeniden düzenlenmiştir.
- Gerçekleştirilen düzenleme ile 2010 yılında üniversite hastanelerine 209 milyon TL ve 2011 yılında da 168 milyon TL olmak üzere 22 üniversiteye toplam 377 milyon TL finansal destek sağlanmıştır.
- Bulaşıcı hastalıkların takip edilmesi amacıyla Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi (EUYS) çalışmaları başlatılmıştır.
- Üniversite hastaneleri döner sermaye işletme gelirlerinden kesilen hazine payı oranı %5'den %3'e indirildi. Sağıık Bakanlığında ise %1'den %3'e çıkarılmıştır.
- Sakarya, Kütahya, Nevşehir, Artvin ve Erzurum illerinde aile hekimliğı uygulamasına geçilmiştir.

2010 Yılı Gelişmeleri

şubat

- Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki yönerge ile evde sağlık hizmetleri uygulaması kapsamında yatağa bağımlı hastaların yaşadıkları ev ortamlarında kaliteli, etkin, ulaşılabilir ve güvenli sağlık hizmetleri alması sağlanmıştır. Bu uygulama ile hastane yataklarının gereksiz yere kullanımının önüne geçilerek sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin azaltılması sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerinde hasta randevularını almak üzere Erzurum ve Kayseri illerinde 23 şubat 2010 tarihinde “Merkezi Hastane Randevu Sistemi” pilot uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanına birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgelerarası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli işletmelerden uygun görülenlere merkeze aktaracağı payın oranı %4'den %6'ya yükseltme yetkisi verilmiştir.

Mart

- Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hastane yöneticileri için “Yönetici Performansı” uygulaması başlatılmıştır.

Nisan

- Uzak mesafelerden hasta taşınabilmesi için ambulans helikopterlerin ardından uçak ambulanslar da hizmete başlamıştır.
- Kilis ve Iğdır illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Mayıs

- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığının 28 Mayıs 2010 tarih ve 2010/37 sayılı genelgesi ile; Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ihtiyaç taleplerinin yerindeliliğini ve miktarını kontrol etmek üzere “İhtiyaç Tespit Komisyonları” oluşturulmuştur.
- Niğde ilinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

2010 Yılı Gelişmeleri

Haziran

- Ordu, Kırklareli, Giresun ve Konya illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliřtirme Başkanlığınca yayımlanan 04 Haziran 2010 tarih ve 2010/43 sayılı genelge ile personel alıştırılmasına dayalı hizmet alımlarında ödenebilecek kâr oranı %8'den %5'e dūřürölmüřtür.
- 9 Haziran 2010 tarihinde yayımlanan 2010/948 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile kanserli hastalar için kullanılacak morfin türü ağrı kesicilerin Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilerek herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarınca ücretsiz dağıtımı yapılabilmesine imkân sağlanmıştır.

Temmuz

- 23 Temmuz 2010 tarihli ve 6009 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun geçici 9 uncu maddesi uyarınca mali durumu bozuk olan üniversite hastanelerine 377 milyon TL Hazine yardımı yapılmasına karar verilerek, bu yardımın 209 milyon TL'si 2010 yılı sonuna kadar 168 milyon TL'si ise 2011 yılında yapılmıştır.
- 31 Temmuz 2010 tarihli ve 27658 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş düzenleme ile Sağlık Bakanlığı kurumların AR-GE ihtiyaçlarının kamu ihale kanununa tabi olmadan özel bir düzenleme ile karşılanabilmesine yönelik düzenleme yapılmıştır.
- Çanakale, Malatya, Mersin, Bingöl, Ankara ve Aksaray illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

2010 Yılı Gelişmeleri

Ağustos

- Yozgat, Tokat, Ardahan ve Batman illerinde aile hekimliğı uygulamasına geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından 2 Ağustos 2010 tarihinde yapılan düzenleme ile 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun ile 209 sayılı Kanuna eklenen madde ile düzenlenen hekimlerin ek ödemelerinin bir kısmının tıpkı maaş gibi peşin olarak ödenmesi ve bunlardan emeklilik için sigorta primi kesilerek hekimlerin emekli olduklarında bu primlere paralel olarak ikinci emekli maaşı bağlanması uygulaması başlatılmıştır.
- Buna göre Sağlık Bakanlığındaki klinik şef ve şef yardımcılara en yüksek devlet memuru aylığının (ek gösterge dâhil) %410'u, uzman tabip, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile uzman dış tabiplerine %335'i ve pratisyen tabip ve dış tabiplerine ise %180'i oranında, her ay herhangi bir katkıya bağlı olmaksızın döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılacağı, bu ödemeye hak kazanılmasında ve ödenmesinde aylıklara ilişkin hükümler uygulanacağı, bu madde kapsamında yapılan aylık ek ödeme tutarının, 5'inci madde kapsamında aynı aya ilişkin olarak yapılacak olan ek ödeme tutarından mahsup edileceğı, bu maddeye göre yapılan ek ödemenin 5 inci madde kapsamında aynı aya ilişkin olarak yapılacak ek ödemeden fazla olması halinde aradaki farkın geri alınmayacağı ve bu madde kapsamında ödeme yapılanlara 375 sayılı kanun hükmünde kararnamenin ek 3 üncü maddesi hükümlerine göre ek ödeme yapılamayacağı uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Ağustos 2010 tarihinde yapılan düzenleme ile Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda laboratuvar ihtiyaçlarının etkin ve verimli karşılanması amacıyla 629 kurumun laboratuvar ihtiyaçlarının sağlık müdürlüklerince toplu alım yoluyla karşılanması zorunlu tutulmuştur.
- 10 Ağustos 2010 tarih ve 27668 sayılı Resmî Gazete'de; kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının, acil vakaların kabulü, gerektiğinde başka bir sağlık kurumuna nakli ve tedavi masraflarının karşılanması hususlarında daha önce yayımlanan 2008/13 sayılı genelgenin herhangi bir aksaklığa meydan verilmeyecek şekilde uygulanabilmesi, uygulamada karşılaşılan bazı tartışmalı konuların açıklığa kavuşturulması amacıyla ilave düzenlemeler yapılarak 2010/16 sayılı Başbakanlık genelgesi yayımlanmıştır.

Eylül

- Hakkâri, Siirt, Bitlis, Tekirdağ, Zonguldak ve Muş illerinde aile hekimliğı uygulamasına geçilmiştir.

2010 Yılı Gelişmeleri

Ekim

- 13 Ekim 2010 tarih ve 27728 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve yeşil kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” hükümleri ile;
 - Yeşil kartlı vatandaşların diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları sağlanmıştır.
 - Yeşil kartlı vatandaşların özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmesinin önü açılmıştır.
 - Ayakta tedavi kapsamında reçete edilen tıbbî cihaz ve malzemeler, SGK tarafından uygulanmakta olan birim fiyatları geçmeyecek şekilde yeşil kart sahipleri içinde ödenmeye başlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığının 11 Ekim 2010 tarihli ve 41128 sayılı olurları ile ilköğretim çağında yaygın olarak görülen boğmaca vakalarını engellemek üzere ilköğretim birinci sınıflara asellüler boğmaca aşısını da içeren dörtlü karma aşı uygulanmaya başlanmıştır.
- Kars, Ağrı, Afyonkarahisar, Şırnak, Mardin, Balıkesir, Van ve İstanbul illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından 12 Ekim 2010 tarihinde yapılan düzenleme ile satıcılara yapılacak ödemelerinin en geç 90 gün içinde tamamlanmasına yönelik tedbir alınması istenerek muayene ve kabul işlemlerinin en geç 10 iş günü içinde tamamlanması ile ödeme emri belgelerinin muayene ve kabul işlemlerinin tamamlanmasını izleyen iş gününden başlamak üzere en geç 10 iş günü içinde bitirilmesi istendi. Ayrıca işletmelerde “Satın Alma Ödemeleri Takip Komisyonu”nun kurularak ödemelerin düzenli yapılması için “Ödeme Süreçleri Takip Tablosu”nun oluşturulması istenmiştir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından 13 Ekim 2010 tarihinde yapılan düzenleme ile taşınırın devri, satışı ve hurda işlemleri ile ilgili düzenleme yapılmıştır.

2010 Yılı Gelişmeleri

Kasım

- 2 Kasım 2010 tarih ve 27747 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile; kanserli hastaların; herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilip dağıtımı yapılacak ağrı tedavisinde kullanılan Morfin Sülfat (MS) Contin tablet, Morfin Sülfat (MS) Immediate Release tablet – kapsül ve Elixirs (Roxanol) isimli ilaçlardan ücretsiz yararlanması sağlanmıştır.
- Sivas ve Kahramanmaraş illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Aralık

- Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Aydın, Muğla, Kocaeli ve Antalya illerinde aile hekimliği uygulamasına geçildi. Böylece tüm Türkiye’de 13.12.2010 tarihi itibarıyla aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- İlaç global bütçe hedeflerinin tutturulmasına ilişkin olarak, 18 Aralık 2010 tarihinde ilaç firmaları ile yapılan protokolde, beşeri ilaç fiyat kararnamesinde muaf olan gruplar hariç olmak üzere ve orijinal olup jeneriği olmayan veya jeneriği piyasada olmayan ilaçlarda mahsuplaşma uygulanarak tüm gruplara ilave %9,5 iskonto uygulanmasına karar verilmiştir.
- 20 Aralık 2010 tarihinde yayımlanan 2010/1178 sayılı bakanlar kurulu kararı Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sosyal güvenlik kurumlarından 2010 yılı alacaklarının sağlanan mutabakatın üzerinde kalanlarının terkin edileceği kararlaştırılmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- Tedavi Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ğ¼n¼n 24 Ocak 2001 tarih ve 2011/4 sayılı genelgesi doğrultusunda; bağışlanan organları en kısa s¼rede uygun hastaya ulaştırmak ve olası suistimal ve spekulasyonları önlemek için Sağlık Bakanlığı tarafından “Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi” kurulmuştur.
- Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri döner sermaye işletme gelirlerinden kesilen hazine payı oranı %3’den %1’e indirilmiştir.
- “T¼rkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı” uygulanmaya başlanmıştır.

şubat

- Sağlık Personelinin Tam G¼n Çalışmasına Dair Kanun çerçevesinde 2011 yılı şubat ayından itibaren üniversitelerin artık özel muayene katkısı olarak hastalardan ekstra ücret talep edemeyecek olmaları nedeniyle oluşabilecek mali sıkıntının önlenmesi amacıyla, 2011 yılına mahsus olmak üzere yıllık 448 milyon TL’lik “öğretim üyesi” üniversitelere b¼tçeden aktarılmıştır.
- 13 şubat 2011 tarih ve 27845 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 2011/1333 sayılı bakanlar kurulu kararı ile sayısı 250.000’i geçmeyecek şekilde herhangi bir sosyal g¼vencesi olup olmadığına bakılmaksızın, birinci, ikinci ve üç¼nc¼ basamak sağlık kurum ve kuruluşlarınca uygulanacak sigarayı bırakma tedavisi alan hastalar için kullanılacak ilaçların ücretsiz dağıtımı sağlanmıştır.
- 18 şubat 2011 tarih ve 27850 sayılı Resmî Gazete’de; Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimlerinin birlikte kullanımına ve iş birliğine ilişkin usul ve esaslar ile ilgili mevzuat h¼k¼mleri çerçevesinde döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemelere ilişkin esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan yönetmelik yayımlanmıştır. Yönetmelik ile birlikte kullanılacak sağlık tesisleri için Bakanlık ve YÖK’¼n uygun gör¼ř¼ alınarak, il valisi ve üniversite rektörü arasında birlikte kullanım protokol¼ akdedileceği, Protokol¼n imzalanmasından itibaren en geç 6 ay içinde birlikte kullanıma geçileceği, protokol¼n s¼resi 4 yıldan az olamayacağı, s¼renin bitiminden 6 ay önce taraflardan biri sona erdirmeye bildirimi yapmadıkça protokol 2 yıllık s¼relerle uzatılmış sayılacağı düzenlenmiştir. Bu kapsamda, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Ordu Üniversitesi, Sakarya Üniversitesi, Rize Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Muğla Üniversitesi, Erzincan Üniversitesi, Adıyaman Üniversitesi, D¼ml¼pınar Üniversitesi ve Hitit Üniversitesi olmak üzere toplam 13 üniversite ile ortak kullanıma geçilmiştir.
- Vatandaşlarımızın ilaca ait her türlü bilgiyi rahatça anlayabilmesi için prospekt¼sleri sade ve anlaşılabilir h¼le getirilmiştir.
- 25.02.2011 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan 6111 sayılı yasa ile trafik kazaları sebebiyle üniversitelere bağlı hastaneler, diğer tüm resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilecek tedavi giderleri kazazedenin sosyal g¼vencesi olup olmadığına bakılmaksızın SGK tarafından karşılanması sağlanmıştır. Aynı yasa ile Sağlık Bakanlığına bağlı Trafik Döner Sermaye İşletmesi M¼d¼rl¼ğ¼n¼n 6 ay içinde tasfiye edilmesi h¼k¼m altına alınmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri

Mart

- Sağlık Bakanlığı 21.03.2011 tarihinde yaptığı düzenleme ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından aldığı %4'lk merkez payını %6'ya çıkarmıştır.

Nisan

- Sağlık Bakanlığına bağlı şletmelerin gelir kalemlerine; Gelir Vergisi Kanununun 70 inci maddesinde belirtilen mal ve hakların kiralanması, uzmanlık belgesi, sertifikasyon ve sınav hizmetleri ile gecikme zamları ve faiz gelirleri de eklenmiştir.
- 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununa eklenen madde ile hakkında inceleme, soruştırma ve teftiş işlemi devam eden faturalar hariç diğer tüm fatura reçete ve eki belgeler mali yılı izleyen beşinci yılın sonunda imha edilmesi sağlanmıştır.
- 26 Nisan 2011 tarihinde 6225 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile meslek tanımı olmayan sağlık mesleklerinin tanımı yapılmıştır. Klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, odyometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyonist, radyoterapi teknikeri, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), iş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri), elektronörofizyoloji teknikeri ve mamografi teknikerliği gibi meslekler sağlık meslek tanımı içine alınmıştır.
- 26 Nisan 2011 tarihli 27916 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6225 sayılı Kanunun 6' inci ve 7'inci maddelerinde yapılan düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanununun 70 inci maddesi kapsamında elde edilecek kira gelirleri; kurumlar vergisinden muaf, katma değer vergisinden ise istisna edilmiştir.
- 26 Nisan 2011 tarihli 27916 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6225 sayılı kanun ile 5302 sayılı kanunda değişiklik yapılarak "Bu fıkra kapsamında belirli bir projenin gerçekleştirilmesi amacıyla il özel idaresine aktarıldığı halde, aktarıldığı mali yılı takip eden yılsonuna kadar tahsis edildiği proje için kullanılamayacağı anlaşılan denekler, ilgili Bakanın onayı ile bu fıkra kapsamında değerlendirilmek ve başka bir projede kullanılmak üzere aynı veya başka bir il özel idaresine veya ilgili mevzuatı çerçevesinde kullanılmak üzere toplu konut idaresine aktarılabilir." hükmü ilave edildi. Böylece zel idarelerde atıl olarak bekleyen nakit kaynakların kullanımı kolaylaştırılmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri

Nisan

- 26 Nisan 2011 tarihli 27916 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 6225 sayılı kanunun ile 209 sayılı kanuna eklenen geçici madde ile:

- “Vakıf üniversiteleri hariç olmak üzere üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı ve diğerk kamu idarelerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında vefat eden ve tedavi giderleri sosyal güvenlik kurumunca karşılanmayanlardan, hizmet bedelini ödemekle yükümlü olduğu halde ödeme gücü bulunmadığı tespit edilenlerin, bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce tahsil edilmemiş hizmet bedelleri, feri’leriyle birlikte terkin edilir.” Hükmü eklenerek kamu hastanelerinde vefat eden fakat ödeme gücü bulunmayan vatandaşların hastane borçları terkin edilmiştir.

- “Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca; sağlık hizmeti verildiği dönemde herhangi bir nedenle ilgili mevzuatı kapsamında sosyal güvenlik sağlık yardımından yararlanamayan gerçek kişilere sunulan sağlık hizmet bedellerinden 31.12.2010 tarihine kadar tahsil edilememiş alacak tutarlarının %50’sinin bu kanunun yayımı tarihinden itibaren 1 yıl içinde ilgililerce defaten veya taksitle ödenmesi halinde, geri kalan kısmı feri’leriyle birlikte terkin edilir. Öyle ki; alacak tutarı 250 Türk Lirası ve altında ise resen terkin edilir; alacak tutarının yarısının 250 Türk Lirasının altında olması halinde 250 Türk Lirası terkin edilerek bakiye kısım tahsil edilir.” Hükmü eklenerek Sağlık Bakanlığı hastanelerine borcu olan vatandaşların 31 Aralık 2010 tarihine kadarki borçları yarısını 1 yıl içinde ödemeleri şartıyla terkin edildi. Ayrıca 250 TL altındaki vatandaş borçları resen terkin edilmiştir.

- “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti tarafından tedavi edilmek üzere Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere gönderilen hastaların tedavi bedellerinden 31.12.2010 tarihine kadar ödenmemiş olanlar terkin edilir.” Hükmü ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti tarafından tedavi edilmek için Türkiye’ye gönderilen kişilerin ödenmeyen tedavi bedelleri 31 Aralık 2012 tarihi itibarıyla terkin edilmiştir.

Mayıs

- Çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla Çocuk İzleme Merkezleri (ÇİM) kurulmaya başlanmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri

Haziran

- Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Haziran 2011 tarihinde yapılan dzenleme ile işletmelerin Devlet Malzeme Ofisinden yapacakları alımlar için suistimalleri önleyecek yeni kurallar getirilmiştir.
- 7 Haziran 2011 tarihinde yayımlanan 2011/2002 sayılı bakanlar kurulu kararı ile vakıf üniversiteleri hariç üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde vefat eden ve sosyal güvenceden yararlanamayan ve ödeme gücü olmayan kişilerin borçlarının terkin edileceği kararlaştırılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı arasında 15 Haziran 2011 tarihinde yapılan 10 yıllık protokol ile sağlık kurumlarındaki ticari alanların ve aile hekimliği merkezlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından kiraya verilebilmesinin önü açılmıştır. Bu anlaşmaya göre anlaşma tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların ticari alanlarından Maliye Bakanlığının elde ettiği yıllık kira geliri Sağlık Bakanlığı tarafından 4 taksitte ödenecek ayrıca bunun üstündeki gelirin %30'u kadar Maliye Bakanlığına pay verilecektir. Söz konusu yıllık tutar belirlenirken aile hekimliği merkezlerinden elde edilen kira gelirleri hesaba dâhil edilmiştir.

Ağustos

- 20 Ağustos 2011 tarihli ve 28031 sayılı Resmî Gazete'de Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik yayımlanarak 112 personelinin mesaipleri boyunca yiyecek ihtiyaçlarının ücretsiz olarak temin edilmesi uygulaması başlatılmıştır.
- 27.08.2011 Tarih ve 28038 sayılı Resmî Gazete'de Trafik Kazaları Nedeniyle Sunulacak Sağlık Hizmet Bedellerinin Tahsiline İlişkin Yönetmelik Yayınlanmıştır.

Eylöl

- 26 Eylöl 2011 tarihinde, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından, uzaktan eğitim yöntemi ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında (sağlık müdürlükleri) görevli yöneticilere yönelik uygulanan "Sağlık Yöneticiliği Sertifika Programı" başlatılmıştır.
- 28.9.2011 tarihli ve 28068 sayılı Resmî Gazete'de, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanarak, özel hastanelerde kadro devrine ilişkin hususlar yeniden dzenlenmiştir.
- 2011-2023 dönemini kapsayan "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı"nı yayımlanmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri

Ekim

- 11 Ekim 2011 Tarihli 663 sayılı KHK ile Türkiye'de hekimlik yapabilmek için Türk vatandaşı olma şartı kaldırılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Ekim 2011'da yapılan düzenleme ile Tıbbî Cihaz Hizmet ve Tıbbî Hizmet Alımlarında Yaklaşık Maliyet Tespiti için yeni düzenlemeler yapılarak, bunun hesaplanabilmesi için bir program geliştirilmiştir.

Kasım

- 5.11.2011 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren SUT değişikliği ile birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (Beş) TL arttırıldı. Arttırılan 5 TL'lik tutar; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise, eczanelere müracaat aşamasında eczanelerce kişilerden tahsil edilmeye başlanmıştır.
- 5 Kasım 2011 tarihinden itibaren:
 - Orijinal ilaç olup jeneriği piyasada olan ilaçların imalatçı fiyatı referans fiyatın %66 iken %60'ya çekilmiştir.
 - Tüm ilaçlarda %32,5 olan kamu iskontosu 7,5 puan arttırılarak %40'a çıkarılmıştır.
 - Orijinal olup jeneriği olmayan veya jeneriği piyasada olmayan ilaçlarda uygulanan kamu iskontosu baz oranı %41'e çıkarılmıştır.
 - Jenerik ilaçların fiyatının tespitinde imalatçı referans fiyatın %66'sı fiyat alırken, yapılan düzenleme ile bu oran %60'ya çekilmiştir.
 - Daha önce 20 yıllık statüsünde olan ilaçlarda referans fiyatın %100'ünü alırken yapılan düzenleme ile referans imalatçı fiyatın %80'ni alınması kararlaştırılmıştır.
- 5 Kasım 2011 tarihinden itibaren, raporlu hastanın ilaç bitimine 7 gün kala ilaç yazdırabilmesi kuralındaki gün sayısı 15'e çıkarılmıştır.
- 10 Kasım 2011 tarihinden itibaren aynı eşdeğer grubu içindeki ilaçlarda uygulanan %15 bandının (en ucuz birimli ilacın %15 fazlasına kadar ödenmesi) %10'a düşürölmesine karar verilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Teşkilat yasası yenilendi. Değişiklik ile Bakanlık teşkilatı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.
- 11.11.2011 tarih ve 2011/59 sayılı genelge ile özel sağlık kuruluşlarının yapacakları tanıtım ve bilgilendirmelerle ilgili düzenlemeler yapılmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri

Aralık

- 17 Aralık 2011 tarihli ve 28145 sayılı Resmî Gazete'de, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ yayımlandı. Bu değişiklik neticesinde, kamu kurum iskontolarında yapılan ilave iskonto uygulamaları nedeniyle eczane stoklarında meydana gelebilecek stok zararlarının firmalar tarafından ecza depolarına, depolar tarafından da eczanelere ödenmesi ve bu kapsamda yapılacak işlemler açısından eczacılar tarafından ilaç takip sistemine yapılan bildirimlerin esas alınması hükme bağlanmıştır.
- 31.12.2011 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren SUT değişikliği ile özel sağlık kuruluşlarında her bir hekimin günlük muayene edeceği hasta sayısı 60 ile sınırlandırıldı. Değişiklik ile ayrıca, ayaktan başvurularda özel sağlık hizmeti sunucuları için günlük muayene sınırı, acil branşından başvurular hariç olmak üzere, hekimlerin çalışma saatlerinin 6 ile çarpılması ile bulunacağı şeklinde düzenlenmiştir.

2012 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- 02 Ocak 2012 tarihinde yayımlanan 2012/2688 sayılı bakanlar kurulu kararı ile Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sosyal güvenlik kurumlarından alacaklarının sağlanan mutabakatın üzerinde kalanlarının terkin edileceği kararlaştırılmıştır.
- 21 Ocak 2012 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren SUT değişikliği ile acil müracaatlarda triaj muayenesine göre ayaktan tedavide katılım payı alınmasına başlanmıştır.
- Yeşil kart programı, GSS kapsamına alınmıştır.
- Klinik şef ve şef yardımcıları eğitim görevlisi unvanını almıştır.

şubat

- 01.02.2012 tarih ve 28191 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Organ ve Doku hizmetleri Yönetmeliği ile Kompozit doku nakilleri ile ilgili uygunluk kriterleri belirlenmiştir.

Mart

- 1.03.2012 tarih ve 6283 sayılı kanunla 5510 sayılı Kanunun 68'inci maddesinde yapılan değişiklik ile aile hekimlerince yazılan reçetelerden de katkı payı alınmaya başlanmıştır. Ayrıca reçetelerde yer alan üç kutu veya üç kaleme kadar ilaçlar için 3 lira, sonraki ilave her ilaç için 1 lira katılım payı alınması uygulaması başlanmıştır.
- 24 Mart 2012 tarihinden itibaren ilaç üretiminde kullanılan ithal ilaç hammaddelerinden alınan KDV oranının %8'e düşürölmüştür.
- 17 Mart 2012 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan 2012/2939 sayılı bakanlar kurulu kararı ile özel hastanelerin hastalardan alabileceği ilave ücretlerin üst sınırının %70'ten %90'a çıkarılmıştır.
- Sağlık Bakanlığına devredilen SSK hastanelerine ait taşınmaz bedelleri 3 milyar 24 milyon TL olarak kesinleştirilmiştir. Bu bedelin 901,5 milyon TL'si 2008 Haziran ayında, 739,4 milyon TL'si 2009 Mart ayında, 150,4 milyon TL'si 2010 Aralık ayında, 54,3 milyon TL'si 2011 Aralık ayında kamulaştırma bedeli olarak ödenmiştir. Kamulaştırma bedeli olarak toplam 1 milyar 845 milyon TL ödenmiştir. Bakiye kalan tutar Maliye Bakanlığı tarafından SGK'ya yapılan hazine yardımlarıyla karşılamıştır.

Nisan

- Saha epidemiyoloji eğitim programı başlatılmıştır.

2012 Yılı Gelişmeleri

Mayıs

- 29.05.2012 tarihli Hakem Kurulu Kararı ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında bir takım düzenlemeler yapılmıştır.
- Buna Göre;
 - Sözleşmeli personelin yataklı tedavi kurumlarında ücretsiz yemek yemelerine imkân tanınmıştır.
 - Asli görevleri yanında sürekli olarak arz edecek şekilde ambulans şoförlüğü görevini de yürüten personele (acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, toplum sağlığı teknisyeni) ilave 10 performans puanı verilmiştir.
 - Denge tazminatı tutarı, her ay maaş ödemesi ile birlikte peşin olarak ve herhangi bir şarta bağlı olmaksızın ödenmeye başlandı. Yıllık izin, rapor gibi nedenlerle döner sermaye gelirine herhangi bir katkıda bulunmasa bile, anılan personele bu tutar peşin olarak ödenmeye devam edileceği kararlaştırılmıştır.
 - 112 hizmetlerinde çalışan hekim dışı personelin ek ödeme tavanı %150 'den %200' e çıkarılmıştır.
 - 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ek 33 üncü maddesi uyarınca ödenen nöbet ücretleri dini bayram günleri için %20 arttırımlı ödenmeye başlanmıştır.
 - 1.7.2012 tarihinden geçerli olmak üzere, hekimlere 209 sayılı Kanunun ek 3 üncü maddesinin birinci fıkrası uyarınca her ay yapılacak döner sermaye sabit ek ödemesinin net tutarının, 375 sayılı kanun Hükmünde Kararnamenin ek 9 uncu maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibarıyla belirlenmiş olan ek ödeme net tutarından az olamayacağı hükme bağlanmıştır.
 - Sağlık Müdür Yardımcısı, şube Müdürü, Hastane Müdürü veya Hastane Müdür Yardımcılığına vekâlet edenlere yapılacak ek demeler vekâlet edilen kadronun matrahı üzerinden hesaplanmaya başlanmıştır.
 - Bir mali yıl süresince mali hakların tutarı olarak ödenen toplam meblağın; 375 sayılı KHK ile Bir mali yıl süresince ödenmesi gereken meblağdan daha az olması durumunda aradaki fark mali yılın sonunda döner sermaye btcesinden ödenmesi hükme bağlanmıştır.
 - Memur, hemşire, ebe, sağlık memuru vb. kadrolarda bulunan personelden taşınır kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapanların mali sorumluluk zammı almasına imkân tanınmıştır.
 - 14.05.2012 tarih ve 2012/23 sayılı genelge ile Sağlık çalışanına karşı şiddeti önlemek için "Beyaz Kod Sistemi"ni başlatılmıştır.

2012 Yılı Gelişmeleri

Haziran

- 28 Haziran 2012 tarihinde yayımlanan 2012/3304 sayılı bakanlar kurulu kararı ile Sağlık Bakanlığı tarafından obezite ile mücadele için aile hekimleri kanalıyla ücretsiz olarak 2 milyon adet adım ölçer cihazı dağıtımı kararlaştırılmıştır.

Temmuz

- 5510 sayılı kanunun 73 üncü maddesine, 12/7/2012 tarihli ve 28351 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6353 sayılı kanun ile yeni fıkralar eklenerek; 3713 Sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamına giren olaylar sebebiyle malullük aylığı bağlanmış kamu görevlileri, er ve erbaşlar, geçici veya gönüllü köy korucuları, öğrenciler ile sivil vatandaşların ve 3713 sayılı kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinin sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçlerin herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin sosyal güvenlik kurumunca karşılanacağı hüküm altına alınmıştır.
- 4 Temmuz 2012 tarihinde 6354 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde sözleşmeli eğitim görevlisi olarak çalıştırılabilme imkânı getirilmiştir.
- 4 Temmuz 2012 tarihinde 6353 sayılı kanunla yapılan düzenleme ile Türk vatandaşı olup, üniversitelerin (Gülhane Askeri Tıp Akademisi dâhil) tıp fakültelerinin beşinci yılını tamamlayıp altıncı yıla geçen öğrencilerine intörn eğitimi döneminde öğretim üyesi rehberliğinde yaptıkları uygulama çalışmalarını karşılığında ilgili kurumların bütçesinden on iki ay süreyle 4.350 gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarda aylık ücret ödenmesi hükmü getirilmiştir.
- Aile hekimlerine mesai dışında nöbet görevi verilerek nöbet ücreti ödemesi yapılmaya başlanmıştır.

Ağustos

- Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 1 Ağustos 2012 tarih ve 2012/23 sayılı genelge kapsamında; Sağlık Bakanlığı 2011 yılı global bütçesini aşan hizmet bedellerinden 1.466.000.000TL'lik tutar terkin edilmiştir.

2012 Yılı Gelişmeleri

Ekim

- 4 Ekim 2012 tarih ve 24831 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM)'lerin çalışma ve yaygınlaşma sürecinin sağlıklı ve amacına uygun bir şekilde yürütülmesi için gerekli tedbirleri görüşüp karara bağlamak ve bu konuda kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonu sağlamak üzere; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı ya da yardımcısının başkanlığında; Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Adli Tıp Kurumu Başkanlığı temsilcilerinin (bakanlıklardan müsteşar yardımcısı, başkanlıklardan başkan yardımcısı düzeyinde) katılımıyla ÇİM Yönetim ve Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur.
- 5 Ekim 2012 tarih ve 547 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge yürürlüğe konulmuştur.

Kasım

- 663 sayılı KHK ile öngörüldüğü şekilde Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılanmıştır. Taşra teşkilatında il sağlık müdürlüklerine ilaveten ilçe sağlık müdürlükleri oluşturulmuştur. Halk sağlığı kurumu için illerde halk sağlığı müdürlükleri, Kamu Hastaneleri Kurumu için genel sekreterlikler oluşturulmuştur. 2 Kasım 2012 tarihi itibarıyla Türkiye genelinde kamu hastane birlikleri hayata geçmiştir. Yeni uygulama ile genel sekreterlikteki tüm personel ile hastane ve ağız diş sağlığı merkezlerindeki yöneticilerin tümü sözleşmeli hale getirilmiştir.

Aralık

- Kanseri erken tarama harcamalarının Sağlık Bakanlığı global bütçesine eklenmesi kararlaştırılmıştır. Bu kapsamda 2013 yılı global bütçe tutarına 152 milyon TL eklenmiştir.

2013 Yılı Gelişmeleri

Ocak

- Birinci Basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi ve Aile hekimliği sisteminde çalışanların çalışma usul ve esaslarını düzenleyen “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.
- Sağlık tesislerinin enerji kaynaklarının daha etkin yönetimini sağlamak ve enerji giderini azaltmak amacıyla Sağlıkta Enerji Verimliliği (SEVER) projesi çalışmalarına başlandı.

Şubat

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlandı.

Mart

- Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel Ortaklığı Modeliyle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet alınması Hakkında Kanun Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- AB ülkelerinde yayımlanan İyi Dağıtım Uygulamaları Kılavuzu (GDP Kılavuzu)’nun ülkemize uyarlanması ile ilgili çalışma başlatıldı.
- Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü iş birliği ile Kurumumuz sağlık tesislerinde uzun süreli tedavi gören hasta/hasta yakını ve hastane çalışanlarına yönelik kişilerin moral ve motivasyonunu artırmak amacıyla planlanan “Öğrenen Hastane Projesi” için çalışmalar başlatılıp bu kapsamda 13 il ve 15 sağlık tesisimizde pilot uygulama yapıldı.

2013 Yılı Gelişmeleri

Nisan

- Avrupa Birliği standartları ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde, insanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılması ve gönüllülerin haklarının korunmasına dair usûl ve esaslar içeren Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik 13 Nisan 2013 tarihli Resmî Gazete’de yayımlandı.
- Beşeri Tıbbı Ürünlerin İmalathaneleri Hakkında Yönetmelik 27 Nisan 2013 tarihli Resmî Gazete’de yayımlandı.

Mayıs

- 112 acil sağlık personeli giyecek yardım bedellerinin arttırılması sağlanmıştır.
- Akılcı ilaç kullanımını destekleyecek faaliyetlerin yürütölmesi için koordinasyon ve işbirliğini sağlamak ve etki edilen taraflarda AİK yönünde davranış değişikliği oluşturmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlandı.
- Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyelerinin mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için SGK tarafından belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin üniversite yönetim kurulu kararıyla öğretim üyelerinin unvanları itibarıyla belirlenen miktarda ilave ücret alınabilmesine yönelik kanun değişikliği yapıldı.

Haziran

- Tıbbî Cihaz Takip Sistemi ve Kozmetik Takip Sistemi yazılım programlarının geliştirilebilmesi için ilgili çalışmalara başlandı ve yazılım için TÜBİTAK ile protokol imzalandı.

2013 Yılı Gelişmeleri

Temmuz

- Klinik araştırmalar veri tabanı kurulması amacıyla Sağlık Bakanlığı ile TUCRIN arasında bir işbirliği protokolü imzalandı.
- Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge 23.7.2013 tarihinde yürürlüğe girmiştir.
- 2014-2018 yıllarını kapsayan 10. Kalkınma Planı Yayınlanmış sağlık alanında bu dönemde yapılması planlanan hedefler belirtilmiştir.
- 10. Kalkınma Planında sağlığa ilişkin 2 adet Öncelikli Dönüşüm Programı mevcuttur.

1- Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı

- Yurtiçi tıbbî cihaz ve tıbbî malzeme ihtiyacının yüzde 20'sinin yerli üretimle karşınlanması
- Yurtiçi ilaç ihtiyacının değer olarak yüzde 60'ının yerli üretimle karşınlanması

2- Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Programı

- Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması
- Termal turizmde 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turiste hizmet sunulması
- Termal turizmde 3 milyar dolar gelir elde edilmesi
- Medikal turizmde dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması
- 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi
- Medikal turizmde 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi
- İleri yaş turizminde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması
- İleri yaş turizminde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi
- İleri yaş turizminde 750 milyon dolar gelir elde edilmesi

2013 Yılı Gelişmeleri

Ağustos

- 26.08.2013 tarih ve 28037 sayılı Resmî Gazete’de “Beşeri Tıbbî Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik” yayımlandı.
- Sağlık Bakanlığı ile Çevre ve Şehircilik Bakanlığı’nın koordinatörlüğünde diğer kamu binalarına da örnek olması amacıyla “Kamu-Özel Elele Enerji Verimliliğine Projesi” hayata geçirildi.

Ekim

- 12.10.2013 tarih ve 28793 sayılı Resmî Gazete’de 2009/15627 sayılı bakanlar kurulu kararı ile özel hastane fark ücreti tavanı %90 dan %200’e yükseltilmiştir.

Kasım

- Piyasada bulunan kozmetik ürünlerin iddialarında dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik kılavuz 15.11.2013 tarihinde makam onayı ile yürürlüğe konuldu.
- Reçete Bilgi Sistemi (RBS) ile Kasım 2013’ten itibaren tüm aile hekimlerine kendi yazdıkları reçeteleri ile ilgili geri bildirim verilmeye başlandı.

Aralık

- Hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği hizmet sunum standartları ve yerinde değerlendirme kriterleri oluşturuldu.

Kaynaklar

- Akar, Ç. (2010). Sağlık Bakanlığı 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumları 2008 Yılı Finansal Tablo Konsolidasyonu Raporu. Ankara
- Akar, Ç. ŞAHİN, İ. (2007). Devlet Üniversite Hastanesi 2004 Yılı Maliyet Analizleri Raporu. Ankara
- Akdağ, R. ve Erkoç, Y. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011. Ankara
- Atasever, M. (1998). Hizmet İşletmelerinde İş Yeri Düzenlemesi "Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanelerinde Bir Uygulama". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum Atatürk Üniversitesi
- Ateş, M. (2011). Sağlık Sistemleri (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi
- Atlı, H. ve Ateş, M. (2012). Sağlık İşletmeciliği (2. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi
- Büyükmirza, H.K. (2012). Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Sistemi Oluşturulması Projesi. Ankara
- Dayı, F. (2013). Sağlık İşletmelerinde Uygulamalı Finansal Analiz. Ankara
- Dinç, G. (2009). Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. Manisa
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi
- Kiper, M. (2013). Dünyada ve Türkiye’de Tıbbî Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi (1. Baskı). Ankara: Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı
- M. Tarcan. (2004). Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları:1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi
- OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. (2004). Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara
- OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE. (2008). OECD ve Dünya Bankası
- Özşarı, S. (2013). Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul
- Sağlık Bakanlığı Kesin Hesap Cetvelleri 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Ankara
- Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014. (2010). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017. (2012). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Sağlık İstatistikleri 2002. (2003). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Sağlık İstatistikleri 2003. (2004). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Sağlık İstatistikleri 2004. (2005). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Sağlık İstatistikleri 2011. (2012). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Sağlık İstatistikleri 2012. (2013). Sağlık Bakanlığı. Ankara

- Şahin, B. (2014). Türkiye’de Hane Halkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması. Ankara
- Şahin, İ. (2012). Sağlık Bakanlığı 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumları 2008, 2009 ve 2010 Yılları Finansal Tablo Konsolidasyonu, Teknik ve Verimlilik Analizi Projesi, Rapor No: 5. Genel Değerlendirme ve Sonuç Raporu. Ankara
- Tokat, M. (2001). Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara
- Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması-Tasarım ve Kazanımlar. (2013). Dünya Bankası, Beşeri Kalkınma Sektörü Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Rapor No:77029-TR
- Top, M, TARCAN, M. (2004). Liberal Düşünce Dergisinin, Cilt 9, Sayı 35. Sayfa. 177-200
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2008). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003. (2006). Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara
- Yıldırım HH. (2012). Sağlık Sigortacılığı. Birinci Baskı, Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları, Eskişehir
- Yıldırım HH. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık-Sen Yayınları-21. Ankara

- Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıkları 31 Aralık 2012 Tarihinde Sona Eren Yıla Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu. http://yatirimci.acibadem.com.tr/pdf/FinansalVeriler/IMKBMALITABLolar/KONSOLIDE_SPK_XI_21/PERIYODIK2012-12/Formsrk-Kons_1.pdf (erişim tarihi 14.07.2014)
- Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıkları 31 Aralık 2013 Tarihinde Sona Eren Yıla Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu. http://yatirimci.acibadem.com.tr/dosya/finansalraporlar/sermayepiyasasikurulu/2013-12/Formsrk-Kons_1.pdf (erişim tarihi 14.10.2014)
- BAĞ-KUR 2006 Yılı İstatistik Yıllığı. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/bagkur_devredilen, (erişim tarihi 14.07.2014)
- Emekli Sandığı İstatistikleri, 2003, 2004, 2005, 2006 http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/emekli_sandigi_devredilen, (erişim tarihi:14.07.2014)
- OECD Health Data 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. (erişim tarihi 14.07.2014)
- ÖZGEN, H., TATAR, M., Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnformal Ödemeler, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. <http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/111.shtml>, 2008 (erişim tarihi 14.07.2014)
- SGK İstatistik Yıllıkları, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari (erişim tarihi 14.07.2014)
- SSK Çalışma Raporları, 2002, 2003, 2004, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/ssk_devredilen (erişim tarihi 14.07.2014)
- SSK İstatistik Yıllıkları, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/ssk_devredilen (erişim tarihi 14.07.2014)
- TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (erişim tarihi 14.07.2014)
- TÜİK. Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları. http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/katastrofikSaglikHar_1Ekim2014.pdf (erişim tarihi: 24.11.2014)
- Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu. Araştırmacı İlaç firmaları Derneği. <http://www.aifd.org.tr/Arastirmave-Yayinlar.aspx>, Ağustos 2012 (erişim tarihi 14.07.2014)
- Gayrisafi Yurtiçi Hasıla. TÜİK. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1525, (erişim tarihi:14.11.2014)
- Faiz Dışı Harcama. Kalkınma Bakanlığı. <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/ResmIstatistikPrograminaKatilarimiz/Attachments/17/Genel%20Devlet%20Toplam%20Gelir%20ve%20Harcamalar%C4%B1.xls> (erişim tarihi:14.11.2014)
- Vergi Gelirleri. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. <http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/6955,ekonomik-gostergeler1950.xls?0>, (erişim tarihi:14.11.2014)

