

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN FİNANSMAN YOLLARI VE  
KAMU HASTANELERİNDEKİ HARCAMA  
UYGULAMALARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Sibel YILDIRIM**

İSTANBUL, 2010

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIĞIN FİNANSMAN YOLLARI VE  
KAMU HASTANELERİNDEKİ HARCAMA  
UYGULAMALARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:  
**Sibel YILDIRIM**  
Öğrenci No:  
070746279

Danışman:  
Yrd.Doç.Dr. Kamil USLU

İSTANBUL, 2010

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Hemşirelerde İş Tatmini Faktörlerinin Hastaneye Olan Bağlılıklarına Etkisi” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. .../.../...

Aday: Sibel YILDIRIM

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

23/07/2019

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746279 numaralı *Sibel YILDIRIM*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN FİNANSMAN YOLLARI VE KAMU HASTANELERİNDE HARCAMA UYGULAMALARI*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 21.07.2019 tarih ve 200/19 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince 65 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

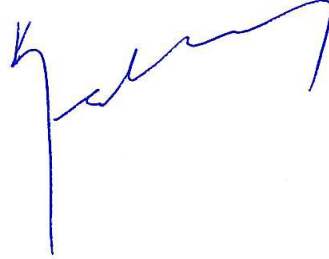
DANIŞMAN  
YRD. DOÇ.DR. KAMİL USLU



ÜYE  
YRD. DOÇ.DR. SEFER GÜMÜŞ



ÜYE  
PROF.DR. HALİT KESKİN



## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki sağlığa ayrılan finansman kaynaklarının artırılmasıyla etkin bir hizmetin sunulabileceğini ortaya koyabilmektir.

Bu çalışmanın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve sonsuz desteğiyle her an yanımda olan ve çalışmayı tamamlayabilmemde en büyük paya sahip olan değerli hocam Yrd.Doç.Dr. Kamil USLU'ya teşekkürlerimi sunarım.

# TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN FİNANSMAN YOLLARI VE KAMU HASTANELERİNDEKİ HARCAMA UYGULAMALARI

Tezi Hazırlayan: SİBEL YILDIRIM

## ÖZET

İnsanların yaşama hakkının kutsal olmasından dolayı sağlıkta vazgeçilemez ve devredilemez bir haktır. İnsanların sağlığının korunması ve hastalık halinde yeniden sağlığa kavuşmak için sağlık hizmetlerinin sunumu oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması için ise daha fazla harcama yapmaya ihtiyaç vardır. Sağlık ihtiyacı sınırsız olmasına karşın sağlığa ayrılan kaynaklar sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinin daha etkili sürdürülebilmesi için var olan bu sınırlı kaynakların etkili kullanılması ve yeni finansman kaynaklarına ihtiyaç vardır.

Türkiye'de sağlığa ayrılan finansmanın artırılması ile sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulması gerçekleşebilir. Günümüz Türkiye'sinde döner sermaye uygulamaları sağlık finansmanında daha etkin kullanılmaya başlanmıştır. Döner sermaye uygulamaları sağlık finansmanında yeni ve etkin bir kaynak olarak değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** sağlığın finansmanı, Türkiye'de sağlığın finansman yolları, döner sermaye uygulamaları

# **TURKEY IN THE WAY OF HEALTH FINANCING AND SPENDING PRACTICES IN PUBLIC HOSPITALS**

**Presented by: Sibel YILDIRIM**

## **ABSTRACT**

Since people's right to life is sacred, health is also an inalienable right. Protection of people's health and offer of health services to regain the health in the event of sickness is quite important. To improve the quality of health services, it's needed to spend more. Although health needs are unlimited, sources allocated to them is limited. In order for health services to be maintained efficiently, efficient use of these existing limited sources and new sources of finance are needed.

With the increase of sources of finance allocated to health services in Turkey, more efficient offer of health services could be achieved. In the present-day Turkey, circulating capital applications have started to be used more efficiently in health finance. Circulating capital applications is regarded as a new and efficient source in health finance.

**Key Words:** Health finance, health finance methods in Turkey, circulating capital applications.

# İÇİNDEKİLER

ÖZET

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER

i

TABLolar LİSTESİ

v

ŞEKİLLER LİSTESİ

vi

GİRİŞ

1

## I. BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU ve KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI

1.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	3
1.1.Sağlık Hizmetlerini Tanımı ve Sağlık Hakkı	3
1.1.1.Sağlık Hizmetinin Tanımı	4
1.1.2.Sağlık Hakkı	5
1.2.Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri	6
1.3.Sağlık Hizmetlerinin Sunum Biçimleri	8
1.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Devlet Tarafından Sunumu	9
1.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Sunumu	11
2.KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU veYAPISI	11
2.1.Koruyucu Sağlık hizmetleri	13
2.1.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	14
2.1.2.İnsana Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	15
2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	16
3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİNDE ULUSLAR ARASI KURULUŞLAR	17
3.1.Dünya Sağlık Örgütünü Yapısı	18



3.2.OECD nin Sağlık Yapısı	23
3.3. AB nin Sağlık Yapısı	26
<b>4.GELİŞMİŞ ve GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIĞIN YÖNETİMİ</b>	<b>28</b>
4.1.Gelişmiş Ülkelerdeki Sağlık Hizmetlerinin Yapısı	29
4.1.1.A.B.D’de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı	31
4.1.2.İngiltere’de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı	31
4.1.3.Almanya’da Sağlık Hizmetlerinin Yapısı	32
4.1.4.Fransa’da Sağlık Hizmetlerinin Yapısı	32
4.2.Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Sağlık Hizmetlerini Yapısı	33
<b>5.TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINI TARİHİ GELİŞİMİ</b>	<b>34</b>
5.1. Osmanlı Dönemi	35
5.2. 1920-1938 Dönemi	36
5.3. 1938-1960 Dönemi	38
5.4. 1960-1980 Dönemi	39
5.5. 1980’den Günümüze	40

## **II.BÖLÜM**

### **TÜRKİYE’DE SAĞLIĞIN FİNANSMAN YOLLARI**

<b>1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI</b>	<b>42</b>
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları	43
1.2.1. Kamu Finansman Kaynakları	44
1.2.1.1. Genel Vergi Gelirleri	44
1.2.1.2. Zorunlu Sağlık Sigortası	45
1.2.1.3. Açık Finansman ve Enflasyon Kullanımı	46
1.2.1.4. Özel Amaçlı Vergiler	46
1.2.1.5. Piyango ve Bahis Gelirleri	47
1.2.2. Özel Finansman Kaynakları	47
1.2.2.1. Özel Sağlık Sigortası	47
1.2.2.2. Kullanıcı Katkıları	48
1.2.2.3. İşverence Finanse Edilen Sistemler	48
1.2.2.4. Gönüllü ne Hayır Kuruluşlarının Katkıları	49

1.2.2.5. Toplum Finansmanı	49
<b>2.TÜRKİYE’DE SAĞLIĞIN GENEL YAPISI</b>	<b>49</b>
2.1. Sağlık Bakanlığı’nın Organizasyon Yapısı	50
2.2. Gelir Yönünden Kamu Bütçesi	53
2.2.1. Vergiler	54
2.3. Harcama Yönünden Kamu Bütçesi	56
2.3.1. Türkiye’de Bütçe Harcamalarının Sınıflandırılması	58
<b>3.SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ (2000 – 2008)</b>	<b>59</b>
3.1. Sağlık Bakanlığı Bütçe Uygulaması	66
3.2. Döner Sermaye Uygulamaları	67
3.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Harcamaları	71
<b>4. KAMU HASTANELERİ HARCAMA UYGULAMALARI</b>	<b>81</b>
4.1. Hastanelerin Tanımı	81
4.2. Hastanelerin İşlevleri	82
4.3. Hastanelerin Sınıflandırılması	83
4.3.1. Mülkiyet Yapısı	83
4.3.2. Eğitim Statüsü	83
4.3.3. Hizmet Türü	84
4.3.4. Büyüklük	84
4.3.5. Yatış Süresi	84
4.3.6. Akreditasyon Durumu	84
4.3.7. Dikey Bütünleşme Basamağı	84
4.4. Hastanelerin Fonksiyonları	85
4.5. Türkiye’de Hastane Örgütleri	86
4.5.1. Kamu Hastanelerinin Yapısı	87

### III. BÖLÜM

## TÜRKİYE'DEKİ KAMU HASTANELERİ DÖNER SERMAYE BÜTÇE UYGULAMALARI

<b>1.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI DÖNER SERMAYE BÜTÇE UYGULAMALARI</b>	<b>88</b>
1.1. Döner Sermaye Gelir Bütçesi Önemli Kalemleri	88
1.2. Döner Sermaye Yatırım Bütçesi Önemli Kalemleri	90
1.3. Döner Sermaye Gider Bütçesi Önemli Kalemleri	91
<b>2. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 2008 2009 2010 YILI DÖNER SERMAYE TAHMİNİ BÜTÇESİ ÖRNEK UYGULAMASI</b>	<b>91</b>
2.1. 2008 – 2009 Yılları Gerçekleşen Gelir Bütçesi İncelemesi	92
2.2. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Yatırım Bütçesi İncelemesi	93
2.3. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Gider Bütçesi İncelemesi	
<b>3. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 2008 – 2009 – 2010 YILI DÖNER SERMAYE TAHMİNİ BÜTÇESİ ÖRNEK UYGULAMASI</b>	<b>95</b>
3.1. 2008 – 2009 Yılları Gerçekleşen Gelir Bütçesi İncelemesi	95
3.2. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Yatırım Bütçesi İncelemesi	97
3.3. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Gider Bütçesi İncelemesi	98
3.4. Değerlendirme	99
<b>SONUÇ</b>	<b>101</b>
<b>KAYNAKÇA</b>	<b>104</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>110</b>
<b>EKLER</b>	

**Ek-1 T.C Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2009-2010 Döner Sermaye Tahmini Bütçesi**

**Ek-2 T.C Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008-2009-2010 Döner Sermaye Tahmini Bütçesi**

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Fonksiyonu Giderleri	60
Tablo 2. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı	60
Tablo 3. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Harcama Birimlerine Dağılımı(1992-2004)	61
Tablo 4. Yıllara Göre 1.000 Kişiyeye Düşen Sağlık Personeli Sayısı, Sağlık Bakanlığı,	62
Tablo 5. Bazı Sağlık Bakanlığı Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, 2008	63
Tablo 6. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Bakanlık Birimlerine Göre Dağılımı (1992-2004)	64
Tablo 7. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesinin Harcamalarının Birimlerine Dağılımı ( 1996-2004)	65
Tablo 8. Döner Sermaye Harcamalarının Sağlık Bakanlığı Harcamalarına Oranı	69
Tablo 9. Döner Sermaye Gelir ve Giderlerindeki Değişim	70
Tablo 10. Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Bütçe Büyüklüğü /Gerçekleşmeleri / % Değişimi	71
Tablo 11. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bütçesinin Kamu Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması,Konsolide Bütçe ve GSYİH'ya Göre Dağılımı, 1999-2006, Türkiye	72
Tablo 12. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Harcama Bütçesinin Konsolide Harcama Bütçesine Oranı (%)	73
Tablo 13. Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Seyri	74
Tablo 14. Tedavi ve İlaç Giderleri	75
Tablo 15. 5510 Sayılı Kanununun 4 üncü Maddesinin Birinci Fıkrasının (C) Bendi Kapsamındakilere İlişkin Aktif Pasif Dengesi	75
Tablo 16. 5510 Sayılı Kanununun 4 üncü Maddesinin Birinci Fıkrasının (A) Bendi Kapsamındakilere İlişkin Aktif Pasif Dengesi	76
Tablo 17. 5510 Sayılı Kanununun 4 üncü Maddesinin Birinci Fıkrasının (B) Bendi Kapsamındakilere İlişkin Aktif Pasif Dengesi	77
Tablo 18. Konsolide Aktif Pasif Dengesi	78
Tablo 19. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (%), (1923-2004)	79
Tablo 20. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı	86

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması	52
Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Organizasyon Şeması	53

## GİRİŞ

Sağlık hizmetleri bütün dünya da olduğu gibi Türkiye’de de ülkelerin siyasi rejimine paralel olarak gelişmektedir. Bu gelişim sağlığa ayrılan kaynakların yetersiz olması, rasyonel sağlık hizmetlerinin sunulmasını da geciktirebilmektedir. Kimi ülkelerde sağlık devletin bir sosyal hizmeti olarak sunulurken kimi ülkelerde de devlet sadece sağlığı düzenleme yetkisini üzerinde bulundurur ve sağlığın sürdürülmesi özel kesime bırakılmıştır. Sağlık hakkı, insanlar için bir hak olduğundan dünyadaki sağlık hizmetleri ile ilgili alınması gereken tedbirlerin ve uygulamaların yönlendirilmesi önem arz etmektedir. Sağlığın uluslar arası yönlendirici kurumu, uluslar arası bir örgüt olan birleşmiş milletler ve birleşmiş milletler bünyesindeki dünya sağlık örgütüdür.

Ülkeler, birleşmiş milletler ile dünya sağlık örgütü’nün sağlıkla ilgili tedbirlerini uygulamakla hükümlüdür. Yükümlülüklerin yerine gelebilmesinde, sağlığı geçici veya kalıcı olarak bozulan kişilerin teşhis ve tedavilerinde uygulanan teknik ve teknolojilerde değişip gelişmektedir. Bu yönüyle teknik ve teknolojilere, teşhis ve tedavilere ayrılan finansal kaynakların yeteri kadar olmaması ülkeleri kaynak arayışına yöneltmiştir. Bazı ülkeler kaynakların temininde kamusal finansmanı (vergi yolu ile) kullanırken, bazı ülkelerde özel finansman yolunu tercih etmiş, bazı ülkelerde de her ikisini birden karma olarak kullanabilmektedirler. Sağlık harcamaları pahalı olduğundan fertlerin zaman zaman kamu sağlık harcamalarını cepten de ödeme yaptıkları gözlenmektedir.

Türkiye’de de sağlığın finansmanı ve finansman yollarının temini kamu ağırlıklıdır ve kamunun yönlendirmesi şeklindedir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin bütünlüğü, bölünemezliği, devredilemezliği, ikame edilemezliği düşüncesi ile oluşan kamusal hizmet, denetimi kamuda olmak kaydıyla özel kesime de yetkilerini devretmektedir. Böylelikle finans kaynağının bir kısmını özel kesim kendisince karşılayabilmektedir. Türkiye’deki sağlığın finansmanında kamusal finansman ile elde edilen kaynak, kamu harcamaları ile sağlık hizmetlerine sosyal bir kaynak aktarılmaktadır. Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık finansmanının elde edilmesinin zorlukları kendisini göstermektedir.

Çalışmamızın amacı; Türkiye'deki sağlığa ayrılan finansman kaynaklarının arttırılmasında etkin bir hizmetin sunulabileceğini ortaya koyabilmektir. Bu amaca yönelik, çalışmamızın varsayımı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, sağlığa ayrılan finans kaynağının arttırılması ile sağlık hizmetleri gelişir. Çalışmamızın sınırlamaları, Türkiye'deki sağlığın yönetimi ve finansmanı, finansman yollarındaki alınan tedbirlerin, politikaların 1980'den sonra günümüze kadar olan durum değerlendirilmiştir. Bunun dışındakiler çalışmamızın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışmamızın yukarıdaki amaç ve sınırlamalar doğrultusunda üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve kamu sağlık hizmetlerinin yapısı incelenmiştir. Burada sağlık hizmetleri sunum biçimleri ile yapısı, sağlık hizmetlerinde öne çıkan uluslar arası kurum ve kuruluşlar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık yönetimi üzerine bilgiler sunulmuştur. Buna ilaveten Türkiye'deki sağlık politikalarının tarihi gelişimi ve dönemler hakkında bilgiler sunulmuştur. Çalışmamızın ikinci bölümünde Türkiye'deki sağlığın finansmanı ve finansman yolları ve Türkiye'deki sağlığın genel yapısı hakkında bilgiler sunulmuştur. Burada da sağlığın finansmanında öne çıkan kaynak vergiler, vergiler yolu ile kamu bütçesinde Sağlık Bakanlığı'na aktarılan kaynaklar ile özel kesimin sunduğu sağlık hizmetinden aldığı primler, kamu ve özel kesim transferleri, hibeler ve bağışlar yolu ile oluşmaktadır. Önemli olarak, Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi, bütçe harcamaları ve döner sermaye bütçelerinin hastane finansmanına katkıları incelenmiştir. Çalışmamızın üçüncü ve son bölümünde ise; döner sermayeden elde edilen gelirlerin hastanelerde nasıl uygulanabileceği hakkında bilgiler verilmiştir. Uygulama olarak Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi örnek uygulama olarak alınmıştır. Bu hastanelerin döner sermaye harcamalarının neler olduğu, döner sermaye kanun ve tüzüğüne göre nasıl çalışabildiği, hesapların işleyişi, hastane finansmanına katkıları incelenmiştir.

Çalışmamızda uyguladığımız çalışma metodu, konu ile ilgili literatür taraması şeklinde olup bunlar yayınlanmış kitaplar, makaleler, süreli yayınlar, kanunlar, tüzük ve raporlar ile güvenilir internet kaynaklarından faydalanılmıştır. Ayrıca alan araştırması olarak da döner sermaye ile ilgili bir uygulama verilmiştir.

# I.BÖLÜM

## SAĞLIK HİZMETLERİNİ SUNUMU VE KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİ YAPISI

### 1.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Sağlık hizmetlerinin sunumu ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunumu bakımından kamusal bir mal niteliğindedir. Kamusal malların özelliğinden dolayı bölünmesi, fiyatlandırılması, devredilmesi, ertelenememesi, gibi özellikleri taşır. Sağlık hizmetleri bu yönden, kamusal mal ve hizmet sunmasından dolayı kamusal malların özelliğini taşımaktadır. Ancak, küreselleşmenin getirdiği düşünce ve mal ve hizmet sunumunun ayrımına göre ülkelerdeki hükümetler denetimi kendisinde kalmak kaydıyla bazı sağlık hizmetlerinin sunumunu özelleştirmiştir. Bu şekilde hizmet vermeye devam etmektedir. Son yıllarda ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumunda bazı özelleşmeler olmuştur. Ancak, kamu denetimini kendi üzerinde bulundurmaktadır.

#### 1.1.Sağlık Hizmetinin Tanımı ve Sağlık Hakkı

Sağlık hizmetlerinin birçok tanımı yapılmaktadır. En genel ifadeyle sağlığı geçici ve kalıcı olarak bozulan kişilerin hastalıkları ile ilgili teşhis ve tedavinin yapılması ile ortaya çıkan hizmetlerin bir başkası tarafından sunulma biçimidir. İnsanların yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı gerek uluslar arası belgelerde gerekse birçok ülkenin anayasasında temel hakların odak noktasını oluşturmaktadır. Yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası da yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesidir.<sup>1</sup> Bir başka düşünceye göre, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin ve toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir.

Yukarıdaki tanımlara ilaveten yeni bir sağlık hizmeti tanımını şu şekilde yapabiliriz. Sağlık hizmeti, sağlığı geçici veya kalıcı şekilde bozulan kişilerin yeniden sağlığına kavuşturulması, sakatlık ve akıl hastalıkları gibi durumlarda rehabilite edici hizmetleri de

---

<sup>1</sup> Recep Makas, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi) İstanbul 2003 s. 191



kapsayan ayrıca sağlıklı kişileri hastalıklardan korumak amacıyla bir dizi faaliyetinde içinde olduğu hem hasta hem sağlıklı kişiye sunulan hizmetlerin bütünüdür.

### 1.1.1Sağlık Hizmetinin Tanımı

Sağlık kavramı II. Dünya Savaşı sonuna kadar hastalık, sakatlık veya ölümlle ilişkilendirilen dar bir bakış açısıyla ele alınmıştır.1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasası ile “Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir.”(WHO Anayasası) diyerek hastalık, sakatlık veya ölümlle ilişkilendirilen dar anlamlı geleneksel tanımı aşmış sağlık ile sosyal etmenler arasında doğrudan bir ilişki kuran çağdaş yaklaşıma kavuşmuştur. Bu tanımla sağlık, bireyi değil toplumu da merkeze alan toplumcu yaklaşım benimsemiş ve sağlık hakkını benimseyen ilk uluslararası belge niteliğini de kazanmıştır.<sup>2</sup>

Sağlık hakkı DSÖ dışında ilk kez 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB) nin 22. maddesinde “herkesin, toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenliğe hakkı vardır.” 25. maddesinde ise “herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışında ki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.”(İHEB)diyerek sağlık hakkını sosyal güvenlik hakkı kapsamında düzenlemiştir.<sup>3</sup>

İnsanların yaşama haklarının kutsal olmasından dolayı yapılan düzenlemelerin temeli insanların sağlıklı ve geleceğinin teminine yöneliktir. Dünya üzerindeki bütün ülkelerde sağlıklı yaşama düşüncesi esas alınmıştır. Bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların sağlıklı olabilmeleri ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri, toplumların gelişmişlik düzeyine paralel olarak gelişme göstermektedir. Bunun yanında toplumların sağlık dolayısıyla hastalık konusuna bakışları da kültürel algılamaları ve sosyal yaşamları doğrultusunda değişim göstermektedir. Söz konusu farklılıklar sağlık hizmetlerinin kapsamını ve çeşitliliğini de etkilemektedir.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> WHO Basic Documents, Fourty-First Edition ,Geneva 1996 <http://www.who.int/en/> (10.05.2009)

<sup>3</sup> Gülbıye Yenimahalleli Yaşar, Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara 2007 s.10

<sup>4</sup> Asuman Altay, Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi Ocak- Mart sayı 64 Ankara 2007 s.34

Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır.<sup>5</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır; “ sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.” Bu tanıma göre sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç grupta toplanabilir.(madde 2)

### 1.1.2Sağlık Hakkı

Ülkelerin sağlık hakkını güvence altına alma taahhüdü sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak da tanımlanan sağlık hizmetlerinin öncelikli bir kamu hizmeti olarak algılanıp yerine getirilmesine yol açmış, böyle olmadığı durumlarda kamunun en azından piyasayı düzenleme görevi bulunduğu kabul edilmiştir. Bu nedenle sağlık hakkını güvence altına almanın ilk koşulu ister kamu ister özel sektör yoluyla olsun yeterli, ulaşılabilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olarak da adlandırılan bu iki koşul temel amacı sağlığı geliştirmek, sağlığı bozulanları yeniden sağlıklarına kavuşturmak veya sağlığı korumak olan bütün eylemleri içeren bir sistem olarak tanımlanan sağlık sistemini oluşturmaktadır. İkinci koşul ise bu hizmet için ödenebilir olmasını sağlamak amacıyla hastalığın finansal riskine karşı güvence sağlamaktır.<sup>6</sup>

Ülkemizde de sağlık hakkı anayasamızın çeşitli maddeleriyle güvence altına alınmıştır. Anayasanın 56. maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri getirmektedir. “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.(m.56 \ I) Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.(m.56\ III , IV)”

<sup>5</sup> Emine Orhaner ; Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi sayı 1 Ankara 2006 s. 3

<sup>6</sup> WHO The World Health Report 2000 Health Sytems Improving Performance Geneva 2000 <http://www.who.int/whr/2000/en/> (12.06.2009)

## 1.2.Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık, diğer mal ve hizmetlere birçok açıdan benzemez. Öncelikle, sağlık diğer mallardan farklı olarak kişiler arasında ticari mübadele aracı olarak kullanılamaz. Sağlık esas olarak Allah vergisidir. Diğer mallar üreticiler tarafından üretilip halka satılırken, bireylerin sağlık statüleri satın aldıkları başka mal ve hizmetlerden de etkilenmekle birlikte büyük oranda kendilerinin ürettiği bir durumdur. Refah seviyesi, zaman tercihleri, riskler ve sağladığı faydalar gibi standart ekonomik kavramlarla ele alındığında, sağlığın bireyler tarafından değerinin hesaplanması imkansız olmaktadır. Bu bakımdan, sağlık fiyatı olmayan bir mal özelliği taşımaktadır.<sup>7</sup>

Sağlık mal veya hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır. Sağlık hizmetinin bir takım özellikleri (taşıdığı dışsallık, belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi ) bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı doğurmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel özelliği; Sağlık hizmeti toplumsal bir özelliğe sahip ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir.<sup>8</sup>

- Sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yani nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenmemektedir. Bu alandaki istemin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi belirlenmesi zordur. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan çok öngörülemez niteliktedir. Belirtilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeterli bir güvence sağlayamamaktadır. Çok iyi gelire sahip bir birey potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir.
- Sağlık dışındaki mal ve hizmetlerin önemli bir bölümü için ikame edilebilirlik olanaklıdır denebilir. Sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmet ikame edilemez. Örneğin lobektomi ameliyatı olması gereken bir hastaya daha düşük bir maliyete sahip olması nedeniyle bademcik ameliyatı yapılamaz. Buna sağlık hizmetlerinde 'ikame edilemezlik' özelliği denir. Ancak piyasadaki diğer mallarda

<sup>7</sup> Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları İstanbul 1998 s.21

<sup>8</sup> Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi Aura Kitapları İstanbul 2007 s. 11-14

böyle bir özellik bulunmamaktadır. Örneğin fiyatı pahalı bir otomobil yerine daha ucuz otomobil tercih edilebilir.

- Sağlık hizmetleri genellikle ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Özellikle acil olarak gelişen, kişiye ağrı, acı veren kişinin yaşamını tehdit eden, sağlığını tehlikeye düşüren durumlarda sağlık hizmeti talebi ertelenemez. Sağlığın ihmali kişinin ölümüyle sonuçlanabilir. Sağlık hizmetlerinin bu özelliğine de sağlık hizmetlerinin ‘ertelenmemesi gereği’ denir.
- Sağlık hizmetlerini talep edenin hastanede yatma süresini verilecek ilacın dozunu ve içeriğini çoğu kez tek yanlı olarak tıbbi ölçütler içinde doktor saptamaktadır. Sağlık malının tüketicisi ekonomik ödeme gücü nedeniyle doktorla, verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz ve pazarlık edemez. Bu durum, sağlık hizmetleri tüketicisinin diğer mal ve hizmet tüketiminde olduğu gibi anlamlı insiyatifini ortadan kaldırmaktadır. Sağlık hizmetini kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil doktor saptamaktadır.
- Sağlık alanına yapılan harcamalarla korunan, geri kazanılan ya da düzey yükseltilerek geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık ordusu doğrudan ve başlıbaşına bir yatırımdır. Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde sunumunun yapılması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir. Bunun anlamı, bireylerin; çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve daha çok üretim yapma koşullarının bulunması demektir. Ancak bunların parasal olarak değerinin belirlenmesi oldukça güçtür. Sağlığa yapılan harcamaların karşılığı, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi muhasebe kayıtlarındaki doğrudan bir kar unsuru olarak hesaplanamamaktadır. Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin yarattığı artı değer ancak özel çaba ile birey ve topluma yararlı, verimli yatırımlara dönüştürülmesi olanaklı iken sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları ek bir çabaya gereksinim duyulmaksızın ekonomiye geri dönmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin belirleyici bir özelliği de hizmet bedelinin pazarlığa konu olmamasıdır. Çünkü devlet, doktorlar birliği veya bu tarafların kurdukları ya

da üye oldukları örgütler fiyatları önceden bağlayıcı olarak belirleyebilir. Normal rekabetçi piyasalarda üreticinin kar amaçlı yaptığı üründen kar elde etmesi doğaldır. Buna karşı, sağlık hizmetinin taşıdığı toplumsal yarar ve dışsallık özellikleri nedeniyle fiyatın gerçek maliyetleri yansıtması güçtür.

Sağlık, mal ve hizmetinin bütün bu özelliklerinden dolayı diğer mal ve hizmet çeşitlerinde olduğu gibi, bütünüyle serbest piyasa ekonomisine konu edilmesini engellemektedir. Ancak sağlık hizmetleri yararlananın finansmanına katılabileceği fiyatlandırılabilen ve pazarlanabilen hizmetler olarak piyasa ekonomisi tarafından da üretilen ‘yarı kamusal mal’ niteliğini de taşımaktadır.<sup>9</sup>

### **1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Biçimleri**

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Birçok ülkede sağlığın dışsal faydasının yüksek olması nedeniyle kamu sektöründe ağırlıklı bir yapılanma mevcuttur. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında özel sektör de yer almaktadır.<sup>10</sup>

Sağlık hizmetlerinin farklı şekillerde sunulabilmektedir. Fakat koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tam kamusal mal özelliği taşıması, bu hizmetlerin sunumunun bütünüyle piyasaya bırakılmasının mümkün olmadığını göstermektedir. Koruyucu temel sağlık hizmetleri dışındaki sağlık hizmetlerinin sunumunda ise çok farklı yöntemler uygulanabilir. Bu yöntemler, doğrudan devlet tarafından sunum yönteminden ortak girişim yöntemine kadar uzanan geniş bir yelpaze içinde yer almaktadır. Alternatif sunum yöntemleri içerisinde günümüzde ortaya çıkan en önemli eğilimler; yerelleştirme, serbestleştirme, özelleştirme ve gönüllüleştirmedir.<sup>11</sup>

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlere daha fazla yetki verilmekte, sağlık piyasasına özel kesimin giriş engelleri azaltılmakta ve piyasaya giriş serbestleştirilmekte, bir

---

<sup>9</sup> Asuman Altay, a.g.m., s. 35

<sup>10</sup> a.g.m., s. 33

<sup>11</sup> Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, a.g.k., s. 20

kısım sağlık hizmetlerinin sunumu tamamen özelleştirilmekte ayrıca kar amacı gütmeyen üçüncü sektörün sağlık alanındaki hizmetleri teşvik edilmektedir.<sup>12</sup>

Son zamanlarda Türkiye’de 5510’ nolu yasa ile dağınık halde bulunan sağlık hizmetlerinin sunumu sağlık bakanlığının bünyesinde toplanmıştır. Yerel yönetimlerde ellerindeki sağlık hizmeti veren kurumları da sağlık bakanlığına devretmiştir. Ancak, sağlık hizmetleri yerel yönetimlerde hizmet anlayışı olarak sunulmaya devam etmektedir.

Bu yöntemlerin her birinin kendisine göre avantaj ve dezavantajları olmasına rağmen genel görüş, sağlığın artık tümüyle kamu hizmeti olarak kabul edilmediği yönündedir.<sup>13</sup> Sağlık söz konusu olunca, hizmetleri sadece maddi güce sahip kişilere değil toplumun yoksul kesimlerine de götürülmesi toplumsal gelişme ve barışın temini bakımından en önemli sosyal politikalarından biri olarak görülmektedir.<sup>14</sup> Burada sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygın olarak bilinen ve uygulanan iki yöntemden bahsedilecektir; Hizmetin devlet tarafından sunumu ve hizmetin özel sektör tarafından sunumu.<sup>15</sup>

### **1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Devlet Tarafından Sunumu**

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. Bu nitelik nedeniyle özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleriyle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri bu hizmetlerden önemli ölçüde faydalanmaktadır.<sup>16</sup> Sağlıklı bireylerin toplumsal faydası kuşkusuz çok yüksektir. Ters durumda ise, ortaya çıkan zararların boyutları ve maliyetinin tahmini dahi çok zordur.<sup>17</sup>

Sağlık hizmetleri arasında bölünemeyen ve çok geniş bir kitleyi ilgilendiren; özellikle çevre kirliliği salgın hastalıklar ve bunlarla mücadele yöntemleri ve etkin aşılama gibi uygulamalar karlı olmadığı için piyasa tarafından üretilmezler. Bu tip sağlık hizmetlerinin

---

<sup>12</sup> a.g.k., s. 20

<sup>13</sup> a.g.k., s. 20

<sup>14</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 135

<sup>15</sup> Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, a.g.k., s. 15

<sup>16</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 86

<sup>17</sup> Asuman Altay, a.g.m., s. 35

sunucusu kamu sektörüdür. Bu hizmetlerin finansmanı ise, şüphesiz kamu kaynakları yani vergilerdir.<sup>18</sup>

Kamu ekonomisi toplumun genel sağlığını ilgilendiren ve dışsal fayda üreten sağlık hizmetlerini sunar. Toplumun sağlığını korumaya yönelik hizmetlerin devlet tarafından üretilmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusu devlettir. Özel sektör ise bu alanda karlı olamayacağı için faaliyette bulunmak istemez. Ancak özel sektör devlet tarafından üretilen sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet tedariki süreçlerinde devlete hizmet verebilir. Fakat bu, söz konusu hizmetin kamusal niteliğini değiştirmez.<sup>19</sup>

Sağlık hizmetlerinin kontrol ve denetimi kamuda kalmak kaydıyla, piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir ‘kamu malıdır’. Bununla birlikte, devletin tedavi hizmetleri sunumu sınırsız değildir. Ülkelere göre değişmekle birlikte, piyasa ekonomisine sahip her ülkede kamusal sağlık hizmetlerinin sınırsız olması mümkün değildir.<sup>20</sup>

Genellikle, kamusal sağlık hizmetleri sunumunda sınırsız kaynak kullanımı, yoksul insanlara ve salgın hastalıklara yönelik olarak uygulanmaktadır. Burada önemli olan nokta, ülkede yoksul kesimlerin katmanlarının belirlenebilmesidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanına hiçbir şekilde iştirak edemeyecek olan gerçek muhtaç ve yoksulların tespit edilmesi bu noktada önem kazanmaktadır.<sup>21</sup>Devlet, ayrıca tedavi hizmetleri alanında da hizmet gösterir. Bundan amaç, bu hizmeti satın alamayanlara destek olunarak bireyin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağlığına olumlu katkılarda bulunmaktır.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> a.g.m., s. 35

<sup>19</sup> a.g.m., s. 36

<sup>20</sup> Kenan Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş İstanbul 1981 s. 286

<sup>21</sup> Asuman Altay ,a.g.m., s. 37

<sup>22</sup> a.g.m., s. 36

### 1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Sunumu

Sağlık hizmetlerin çok büyük bölümü kişilere tek tek sunulur. Dolayısıyla fiyatlanması ve piyasada alınıp satılması mümkündür. Ancak burada alınıp satılan sağlık değil, sağlık hizmetinin kendisidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin, özel piyasada fiyata konu olabilen ve arz talep koşullarına göre seviyesi belirlenen hizmetler olduğu bir gerçektir.<sup>23</sup> Bu yöntemde sağlık hizmetleri kar amacı ile piyasada faaliyet gösteren teşebbüsler tarafından sunulmaktadır. Özel teşebbüs sunduğu bu hizmetleri bir bedel karşılığında tüketiciye sunar ve bu bedeli ödeyemeyen tüketiciler bu hizmetten yararlanamazlar. Bu bedel sosyal güvenlik kurumları veya özel sigorta aracılığı ile de ödenebilir.<sup>24</sup>

## 2.KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE YAPISI

Sağlık, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavi edilmesi şeklinde algılanmıştır. Tarihsel gelişim süreci içinde sanayileşme dönemi sağlık hizmetlerinde bir çığır açmıştır. Özellikle sanayileşmenin getirdiği refah artışı ve bunun sonucu olarak insan yaşamının değerinin yükselmesi ile birlikte ortalama yaşam beklentisinde olumlu gelişmeler sağlanmıştır. Diğer yandan, sanayileşme süreci, barınma ve beslenme koşulları ile birlikte çevre sağlığının bozulması yönüyle de tarıma dayalı toplumlarda keşfedilmemiş yeni hastalıkları ve riskleri ortaya çıkarmıştır.

Modern sağlık hizmetlerinin temeli ise II. dünya savaşından sonra atılmıştır. Demokratikleşme, iletişim araçlarında görülen olağan üstü gelişme, eğitim seviyesinin yükselmesi gibi etmenler sağlığa olan bakış açısını değiştirmiş ve sağlık bilincinin gelişmesine neden olmuştur.<sup>25</sup> Hastalıkların tedavi edilmesinin yanında sağlığın korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyon çalışmaları da sağlık hizmetlerinin kapsamına girmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de önem verilmeye başlanmıştır.

---

<sup>23</sup> a.g.m., s. 37

<sup>24</sup> Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, a.g.k., s. 16

<sup>25</sup> a.g.k., s. 185



Toplumun tüm üyelerinin gelirlerine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılması temel insan hakkı olan “yaşama hakkı”nın bir parçası olarak ele alınmalıdır. Bununla birlikte, ödeme gücü olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlandırılması sadece hizmetten istifade edenlere direkt bir fayda sağlamakla beraber aynı zamanda ödeme gücü olanlara da dışsal fayda getirecektir.<sup>26</sup>

Son zamanlarda, pek çok ülke temel sağlık hizmetlerinin genişletilmesini ve ilerletilmesini amaçladığı önemli reformları üstlenmiştir. Son yıllarda pek çoğu temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine doğrudan katkıda bulunabilen yeni politikalar, stratejiler, finansman için araçlar, maliyet etkinliği geliştirme ve sağlık hizmetlerini değerlendirme, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde geliştirilmiştir.<sup>27</sup>

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çalışmalar devlet tarafından uygulanır. Anayasamızın 56.maddesinde sağlık ile ilgili şu hükümler yer alır:“herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.” Devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi T.C Sağlık Bakanlığının görevidir.

28

Sağlık hizmetlerinin üretiminde, devletin birinci derecede rol oynamasının nedenleri ise;<sup>29</sup>

- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.
- Sağlık hizmetlerinin talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetlerinin kalitesi, vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetlerindeki talebi elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.

<sup>26</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 83

<sup>27</sup> Uluslar arası alma-ata konferansı 2003 <http://www.un.org.tr/who/Who.htm> (12.02.2009)

<sup>28</sup> Emine Orhaner ,a.g.m., s. 2

<sup>29</sup> Pınar Öner Türk, Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Yayın no 262 Ankara 1984 s. 24

- Sağlık hizmetlerine özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.
- Özel kesimde firmalar karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belirli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- Sağlık hizmetlerinde bölünmezlik söz konusudur. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirir.
- Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir.

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır.<sup>30</sup> Öncelikli kamu hizmeti olarak algılanan ve sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak da tanımlanan sağlık hizmetleri, bir bütün olmakla beraber; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç başlık altında incelenebilir.

## 2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar oluşmadan insanları korumak için verilen hizmetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturur.<sup>31</sup> Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikeye karşı bir mücadele şeklidir. Hastalıkların önlenmesi temelde kişi ve toplum güvenliğine katkı sağlar. Çok geniş kapsamlı bir hizmet olarak devlet tarafından ele alındığında ayrı bir devlet görevidir.<sup>32</sup>

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıkların tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Ancak, aşı hariç kişilerin

---

<sup>30</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 83

<sup>31</sup> Recep Akdur ;Türkiye de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması A.Ü.T.F Halk Sağlığı ABD Ankara 1999 s.5

<sup>32</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 85

fiziki varlıkları ile ilgili olmakla beraber kişilerin çevresine yönelik hizmetler sunarak fertlerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesine dolaylı olarak etki eder.<sup>33</sup>

Toplumda hastalık ihtimali azalır, toplumun tüm üyeleri bundan yararlanır. Bir kişi için bile bu ihtimalin azaltılması tüm toplum için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmetleri kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak önlemlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyetleri düşük, etkisi büyük olup kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler.<sup>34</sup>

Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları<sup>35</sup>, hıfzıssıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü koruyucu sağlık hizmetlerinin alanına girmektedir.<sup>36</sup>

Günümüzde koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı artan ihtiyaçlar ve gelişen teknoloji ile daha da genişleyerek, sağlıklı su rezervlerinin temini, halk sağlığı koruma tedbirlerinin yanı sıra beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi genel olarak tüm nüfusun sağlığını geliştirecek çalışmaları da kapsamaya başlamıştır.<sup>37</sup> Bütün bunlardan yola çıkarak koruyucu sağlık hizmetlerini çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki başlık altında inceleyebiliriz.

### **2.1.1 Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişilerin etkilenmesini önleyerek sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir. Sağlık sektörü bu alanda daha ziyade danışmanlık, denetim ve yol gösterici olarak rol oynar. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri,

---

<sup>33</sup> a.g.k., s. 86

<sup>34</sup> Savaş Yıldırım; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü DPT Yayın no: 2350 temmuz 1994 Ankara s 12 <http://ekutup.dpt.gov.tr/> (25.08.2009)

<sup>35</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 86

<sup>36</sup> Savaş Yıldırım, a.g.k., s. 12

<sup>37</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 86

yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, endüstri sağlığı, vektörlerle savaş, hava kirliliği ile mücadele, radyasyon ve gürültü ile mücadele gibi faaliyetleri kapsar.<sup>38</sup>

### **2.1.2 İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişileri dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmesini sağlayan faaliyetleri kapsar. İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi gibi faaliyetleri kapsar ve özellikle hizmetler sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülür.<sup>39</sup>

### **2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha pahalı hizmetlerdir. Tedavi hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır. Tedavi hizmetleri en uç noktadaki ayaktan tedavi birimi veya hastaneden en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir.<sup>40</sup>

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturur ve koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içerir. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanı, teşhis, tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü yükselttiği gibi verimliliğini arttırarak milli gelir artışına katkıda bulunur.<sup>41</sup>

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişiler hizmetten doğrudan yararlanır. Ancak, hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel

---

<sup>38</sup> Recep Akdur, a.g.k., s. 5

<sup>39</sup> a.g.k., s. 5-6

<sup>40</sup> Savaş Yıldırım, a.g.k., s. 14

<sup>41</sup> Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, a.g.k., s. 14-15

özelliklerinden biri de, serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşudur. Bu özelliği nedeniyle sadece kamu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulmaktadır.<sup>42</sup>

Tedavi hizmetlerinin bir diğer önemli özelliği de, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın üzerinde yapılmasıdır. Bu yüzden kişinin tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi, uzun sürmesi, sonucunun belirsiz olması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine neden olabilir.<sup>43</sup>

Tedavi edici sağlık hizmetleri ilk basamak tedavi hizmetleri(ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri(yataklı tedavi hizmetleri), üçüncü basamak tedavi hizmetleri(üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler) olarak sıralanabilir.<sup>44</sup> Bunun dışında ayrıca bireylerin kişisel bakım çabaları da bu kapsamda ele alınmalıdır.<sup>45</sup>

### **2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Rehabilitasyon hizmetleri, sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması gibi faaliyetleri kapsar. Bu hizmetler, daha ziyade söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaları, kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların, hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, özürhükümlerinin topluma uyum sağlanması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnektir.<sup>46</sup>

Rehabilitasyon yolu ile kapsamlı ve birbiri ile ilişkili hizmetler götürerek sakat veya sosyal bakımdan dezavantajlı durumda olan kişilerin kendi kendine yeter olabildiğince yüksek standartlı sağlığa sahip, toplumla uyum içinde yaşamaları sağlanır. Bu kişilere yönelik hizmetlere fizik tedavi, gerekli araç, gereç temini ve bunların kullanımı için gerekli eğitim, ferdi ve mesleki danışmanlık, sakatların özel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak yaşadıkları mekanlarda gerekli değişikliklerin yapılması yanında uygun vasıfların

---

<sup>42</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 90

<sup>43</sup> a.g.k., s. 91

<sup>44</sup> Recep Akdur, a.g.k., s. 6

<sup>45</sup> Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, a.g.k., s. 15

<sup>46</sup> a.g.k., s. 15

kazandırılması için gerekli öğretim ve mesleki eğitimin verilmesi ve bu kişileri uygun bir işe yerleştirme gibi hizmetler de sunulmaktadır. Temel amaç kişileri işte, okulda, evde, toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır.<sup>47</sup>

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; tıbbi ve sosyal hizmetler olarak iki başlık altında incelenir. Sağlık personelleri tarafından uygulanan ve kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın fizik tedavi gibi yöntemlerle yeniden güçlendirerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması vb. faaliyetleri içeren tıbbi rehabilitasyon hizmetleridir.<sup>48</sup> Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise sosyal çalışmacılar tarafından uygulanır ve fizik ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması vb. faaliyetlerdir.<sup>49</sup>

### **3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİNDE ULUSLARARASI KURULUŞLAR**

Sağlık, dünya coğrafyasında siyasal sınırlar tanımayan bir konudur. Herhangi bir bölgedeki bir hastalık salgınının komşu ülkelere ve hatta ulaşımın hızlı olduğu dünyamızda daha uzak bölgelere de kısa zamanda ulaşması söz konusudur. Diğer yönden baş döndürücü bir hızla gelişen ilerleyen bilim ve teknoloji sağlık sektörünü de etkilemiş sonucunda sağlık, büyük finansal kaynaklarla yürütülebilen bir sektör halini almıştır. İletişimdeki gelişmelerle, tıbbi gelişmeler ve bilgi birikimleri dünyanın her yeriyle kısa sürelerde paylaşılar hale gelmiştir.

Bulunan yeni tanı metotları ile beklenen yaşam süresi uzarken, yaşlılığa bağlı sorunlar, kronik hastalıklar ekonomiler üzerine büyük yük getirmeye başlamıştır. Öte yandan iş kazaları, meslek hastalıkları, alkol ve ilaç bağımlılığı, dünya kaynaklarının dengesiz dağılımı sonucu oluşan fakirlik ve kötü beslenme, bulaşıcı hastalıklar gibi sanayileşmenin getirdiği sorunlar bulunmaktadır. Modern yaşamın getirisi sorunlardan ise obezite, fast food tipi beslenme, genetiği bozulmuş gıdalar sayılabilir.<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 92

<sup>48</sup> Recep Akdur, a.g.k., s. 6

<sup>49</sup> Savaş Yıldırım, a.g.k., s. 13

<sup>50</sup> Mehmet Taşkın Egici, Dünya Sağlık Örgütü İlkeleri ve Türkiye ile İlişkileri, Aile Hekimliği Dergisi cilt 1 sayı 1 Ankara 2006 s. 50

Bütün bu gelişmeler karşısında ülkelerin yalnız kendilerine özgü sağlık sorunlarıyla ilgilenmeleri yeterli olmamış, küresel sağlık sorunları ile ilgili de gerekli çabayı göstermeleri, bilgi, tecrübe ve teknoloji paylaşımı konusunda işbirliği yapmaları zorunluluk halini almıştır.

Ülkemizde kendi ulusal sağlık organizasyonu dışında çeşitli uluslar arası kuruluşlarla sağlık sorunlarının ve buna kaynaklık eden çevre, beslenme gibi etmenlerin ortadan kaldırılması konusunda işbirliği yapmaktadır. WHO(Dünya sağlık örgütü), UNEP(Birleşmiş Milletler Çevre Fonu), FAO(Dünya Gıda Örgütü), UNDP(Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı), UNICEF(Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) bu örgütlerden bazılarıdır.<sup>51</sup>

### **3.1.Dünya Sağlık Örgütünün Yapısı**

II. Dünya Savaşı sonrası 1945 yılında toplanan birleşmiş milletler konferansı bu dönemde bütün halkların sağlığının, dünyada barış ve güvenliğin sağlanması açısından temel önem arz ettiğini kabul ederek bir uluslar arası sağlık örgütü kurulması amacıyla toplantı düzenlenmesi oybirliği ile kabul edilmiştir.<sup>52</sup>

1946 tarihinde New York'da düzenlenen uluslar arası sağlık konferansında Birleşmiş Milletlere üye 51 ülkenin temsilcisi ile Gıda Tarım Örgütü (FAO), Uluslar arası Çalışma Örgütü(ILO), Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), OIHP (Uluslar arası Halk Sağlığı Bürosu), PAHO, Kızılhaç, Dünya İşçi Sendikaları Federasyonu ve Rockefeller Vakfı temsilcileri Dünya Sağlık Örgütü anayasasını oluşturmuşlardır. Hazırlıklar 7 Nisan 1948 yılında tamamlanmış ve ilk genel kurul 24 Haziran 1948 yılında 53 ülkenin katılımıyla Cenevre de toplanmıştır. Genel merkez olarak da Cenevre uygun bulunmuştur. Daha sonra örgüte bağlı olarak Doğu Akdeniz, Pasifik, Güneydoğu Asya, Afrika, Amerika ve Avrupa Bölge ofisleri oluşturulmuştur.<sup>53</sup>

Dünya Sağlık Örgütü birleşmiş milletler sistemi içinde yetkili sağlık koordinasyonunu yönlendirir. Küresel sağlık ile ilgili konularda liderlik, sağlık araştırma, gündemi şekillendirme, kanıta dayalı politika seçeneklerini sağlamaktan sorumlu norm ve standartların

---

<sup>51</sup> a.g.m., s. 50

<sup>52</sup> Haydar Sur, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Uluslararası Sağlık Kuruluşları <http://www.merih.net/ml/whaysur14.htm> (15.04.2010)

<sup>53</sup> Haydar Sur, <http://www.merih.net/ml/whaysur14.htm>(15.04.2010)

belirlenmesi, ülkelere teknik destek sağlamak ve izleme ve sağlık trendlerini incelemeye bulunur.<sup>54</sup>

Dünya Sağlık Örgütünün üç organı vardır.<sup>55</sup>

- Dünya Sağlık Örgütü Asamblesi(Genel Kurul)
- Yönetim kurulu
- Sekreteryaya (Genel Merkez, Bölge Ofisleri, Ülke Temsilcilikleri)

En yetkili organ olan Asamblenin görevleri ise; <sup>56</sup>

- Örgütün politikasını saptamak,
- Yönetim kuruluna üye verecek ülkeleri seçmek,
- Genel müdürü seçmek,
- Örgütün mali politikalarını denetlemek,
- Bütçeyi gözden geçirip, onaylamak,
- Örgütün çalışması için gerekli olabilecek komisyonları kurmak.

Asamble, örgüt adına sağlık alanında sözleşmeler anlaşmalar yapabilir, uluslar arası standartlar ve kurallar belirleyebilir.

Yönetim kurulu; genel kurulca seçilen sağlık alanında nitelikli, 34 üyeden oluşur. Üyeler üç yıllık dönem için seçilir. Her yıl bunların üçte biri yenilenir. Süresi dolan üye yeniden seçilebilir. Kurul en az yılda iki kez toplanır. Yönetim kurulunun temel işlevi;sağlık asamblesi politikalarına geçerlilik kazandırmak, alınan kararları uygulamak ve

---

<sup>54</sup> WHO <http://www.who.int/about/en/> (01.06.2010)

<sup>55</sup>Haydar Sur, <http://www.merih.net/ml/whaysur14.htm>(15.04.2010)

<sup>56</sup> Haydar Sur, <http://www.merih.net/ml/whaysur14.htm>(15.04.2010)



danışmanlıktır.Genellikle çalışmaları kolaylaştırmak için vardır.<sup>57</sup> Yönetim kurulunun görevleri şunlardır:<sup>58</sup>

- Asamblenin yürütme organı olarak alınan kararların yerine getirilmesini sağlamak,
- Asamblenin gündemini saptamak ve yıllık çalışma planını sunmak, uygun gördüğü konularda öneride bulunmak,
- Acil önlem gerektiren durumlarda örgütün görev ve mali imkan sınırları dahilinde hareket etmek,
- Asamble tarafından kendisine verilen her türlü görevi yapmak,
- Genel müdürün önerisi üzerine gerek duyulan çeşitli komisyonları kurmak

Sekreteryaya ; Genel müdürün başkanlığında, örgütün gerekli gördüğü teknik ve idari personelden oluşur. Genel müdür, asamblenin, yönetim kurulunun, örgütün, tüm komisyon ve komitelerin, örgüt tarafından hazırlanan konferansların doğal sekreteridir.bu yetkilerini vekalet yoluyla başkalarına devredebilir. Sekreteryaya personeli, asamble tarafından kabul edilen personel tüzüğüne uygun olarak, genel müdür tarafından atanır.<sup>59</sup>

Dünya sağlık örgütünün anayasasında şu hükümler yer almaktadır:<sup>60</sup>

Birleşmiş Milletler beyannamesine uygun olarak bu anayasaya bağlı devletler, tüm milletlerin mutluluğu, uyumlu ilişkileri ve güvenliği için aşağıdaki ilkelerin temel olduğunu ilan ederler.

- Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir.
- Erişilebilecek en yüksek düzeyde, sağlıktan yararlanmak, ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir.
- Tüm milletlerin sağlığı, barış ve güvenliğine ulaşmak için temel olup bireyler ve devletler arasındaki tam işbirliğine bağlıdır.
- Herhangi bir devletin sağlığın gelişimi ve koruma yönünde elde ettiği başarı herkes için değerlidir.

<sup>57</sup> WHO <http://www.who.int/about/en/> (01.06.2010)

<sup>58</sup> Haydar Sur, <http://www.merih.net.m1/whaysur14.htm> (15.04.2010)

<sup>59</sup> Haydar Sur, <http://www.merih.net.m1/whaysur14.htm>(15.04.2010)

<sup>60</sup> WHO Anayasası [http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who\\_anayasa.pdf](http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who_anayasa.pdf) (03.09.2009)

- Değişik ülkelerde sağlığın ilerlemesi ve hastalıkların, özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolünde görülen farklı gelişim ortak bir tehlikedir.
- Çocuğun sağlıklı gelişimi temel önem taşır, hergün değişen bir çevre içinde uyumlu yaşama yeteneği bu gelişim için gereklidir.
- Sağlığa tam anlamıyla erişmek için tıp, psikoloji ve ilgili bilgi olanaklarının tüm milletlere ulaştırılması gereklidir.
- Halk sağlığının geliştirilmesinde kamunun bu konuda aydınlatılması ve aktif işbirliği en büyük önemi taşır.
- Hükümetler, kendi halklarının sağlığı yönünden sorumludurlar, bunu ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemler almak koşuluyla gerçekleştirirler

Bu ilkeleri kabul ederek, anlaşmaya katılan taraflar, tüm milletlerin sağlığını geliştirmek ve korumak için kendi aralarında ve diğerleri ile işbirliği amacı ile mevcut anayasayı kabul etmişler ve Dünya Sağlık Örgütünü Birleşmiş Milletler Beyannamesinin 57. maddesine göre özel bir kuruluş olarak kurmuşlardır.

Dünya Sağlık örgütünü amacı ise; Tüm milletlerin mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşmasıdır. Amaçlarına ulaşmak için dünya sağlık örgütünün görevleri şunlardır:<sup>61</sup>

- Uluslar arası sağlık çalışmalarında yönetici ve koordine edici bir otorite olarak hareket etmek
- Birleşmiş Milletler, ihtisas kuruluşları, hükümetlere bağlı sağlık yönetimleri, mesleki gruplar ve uygun görülen diğer örgütler ile etkin ilişkiler kurmak ve devam ettirmek
- İstekleri üzere hükümetlere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda yardımcı olmak
- İstekleri üzerine veya kabul edildiği takdirde, hükümetlere uygun teknik yardımı ve acil durumlarda, gerekli yardımı sağlamak
- Birleşmiş Milletlerin isteği üzerine, manda altında bulunan milletler gibi özel gruplara sağlık hizmetleri veya olanaklar temin etmek veya bunların temin edilmesine yardım etmek
- Epidemiyolojik ve istatistikî hizmetler dahil, gerekli olabilecek teknik ve idari hizmetleri kurmak ve idame ettirmek

<sup>61</sup> WHO Anayasası [http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who\\_anayasa.pdf](http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who_anayasa.pdf) (03.09.2009)

- Epidemik, endemik ve diğer hastalıkları yok etmek için gerekli çalışmaları başlatmak ve geliştirmek
- Gerektiğinde diğer ihtisas kuruluşları ile işbirliği yaparak kazalardan doğan hasarları önlenmesini hızlandırmak
- Beslenme, konut, sanitasyon, boş zamanları değerlendirme, ekonomik yada çalışma koşullarını ve çevre sağlığının muhtelif yönlerini, diğer ihtisas kuruluşları ile işbirliği yaparak geliştirmek
- Sağlığın gelişmesine yardımcı dokunan mesleki ve ilmi gruplar arasında işbirliğini arttırmak
- Sözleşmeler, anlaşmalar ve yönetmelikler teklif etmek, uluslar arası sağlık sorunları ile ilgili olarak öneriler yapmak, örgüte yüklenen ve onun amacına uygun olan tüm görevleri yerine getirmek
- Ana-çocuk sağlığını geliştirmek, devamlı değişen bir çevre içinde uyumlu yaşama yeteneğini arttırmak
- Ruh sağlığı ile ilgili, özellikle insan ilişkilerinin uyumunu etkileyen tüm faaliyetleri geliştirmek
- Sağlık alanında araştırmalar yapmak ve hızlandırmak
- Sağlık, tıp ve ilgili mesleklere ilişkin gelişmiş öğretim ve eğitim standartlarını teşvik etmek
- Gerektiğinde diğer ihtisas kuruluşlarıyla işbirliği yaparak, hastane hizmetlerini ve sosyal güvenliği kapsamak üzere, kamu sağlığını ve tıbbi hizmetleri önlem ve tedavi yönünde etkileyen idari ve sosyal teknikleri incelemek ve bu konuda rapor hazırlamak
- Sağlık alanında her türlü bilgi vermek, danışmanlık yapmak ve yardım sağlamak
- Tüm milletler arasında sağlık konusunda kamu fikrinin bilinçli halde gelişmesine yardım etmek
- Hastalıklar, ölüm nedenleri ve halk sağlığı uygulamalarının uluslar arası tasnifini kurmak ve gözden geçirerek düzeltmek
- Teşhis yöntemlerini gerektiği şekilde standardize etmek
- Gıdalarla, biyolojik, farmasötik ve benzeri ürünlerle ilgili uluslar arası standartları kurmak ve geliştirmek
- Genel olarak örgütün amacına ulaşması için gereken tüm önlemleri almak.

### 3.2.OECD' nin Sağlık Yapısı

OECD, otuz demokratik hükümetin; küreselleşmenin ekonomik, sosyal ve çevresel zorluklarını ele almak üzere birlikte çalıştığı emsalsiz bir forumdur. OECD aynı zamanda hükümetlerin tüzel yönetim, enformasyon ekonomisi ve yaşlanan nüfusun zorlukları gibi yeni gelişme ve endişeleri anlamasına ve bunlara yanıt vermesine yardımcı olma çabalarının ön planında yer almaktadır. OECD, hükümetlerin politika tecrübelerini karşılaştırabileceği, yaygın sorunlara çözüm arayabileceği, iyi uygulamaları tespit edebileceği, ulusal ve uluslararası politikaları koordine etmek üzere çalışabileceği bir ortam sağlamaktadır.<sup>62</sup>

İktisadi işbirliği ve kalkınma teşkilatı(OECD) 1961 yılında Avrupa ekonomik işbirliği örgütünün (OEEC) yerine geçmiş ve batı ülkeleri arasındaki işbirliğinin temel organlarından birisi haline gelmiştir.II. Dünya Savaşı sonrasında yıkıma uğrayan Batı Avrupa ekonomilerinin onarımı amacıyla Marshall planı çerçevesinde ABD'nin yaptığı yardımların dağıtımına yardımcı olmak ve Avrupa ülkeleri arasındaki ticari ödemeleri serbestleştirerek geliştirmek için kurulan OEEC zamanla fonksiyonlarını kaybetmiştir.<sup>63</sup>

1950'li yılların sonlarına doğru dünya ekonomisi, yeni sorunlar ile yüz yüze gelmiş, gelişme yolunda olan ülkelerin ekonomik kalkınma sorunları, dünya çapında önem kazanmaya başlamıştır. Bu ortamda ABD Başkanı, Fransa Cumhurbaşkanı, İngiltere ve Batı Almanya Başbakanları, 1959 Aralık ayında bir toplantı yaparak, gelişme yolunda olan ülkelere uluslar arası işbirliği içinde yardım yapılmasını görüşmüşlerdir.<sup>64</sup>

OEEC'yi OECD'ye dönüştürmek amacıyla OECD'yi kuran anlaşma 14 Aralık 1960 tarihinde Paris'te imzalanmış, 30 Eylül 1961 de ise teşkilat resmen faaliyete başlamıştır. OECD'nin kurucu üyeleri; OECD'nin 18 Avrupalı (Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye ve İngiltere ) üyesi ile Kanada ve ABD'dir.Türkiye 29 Mart 1961 tarih ve 293 sayılı yasa ile 2 Ağustos 1961'de OECD'ye katılmıştır.Zaman içerisinde

<sup>62</sup> OECD Sağlık Sistemi incelemeleri

[http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250.OECD\\_Kitap.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250.OECD_Kitap.pdf) (31.03.2010)

<sup>63</sup> OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s 3  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010)

<sup>64</sup> OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s 3  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010). s 3

teşkilatın üye sayısı 30'a yükselmiştir. İşbirliği içerisinde bulunduğu üye olmayan ülke sayısı ise 70'i aşmaktadır.<sup>65</sup>

Paris antlaşmasının 1.maddesinde OECD'nin üç temel amacı belirtilmiştir. Bunlar; üye ülkelerde kendi kendine yeterli en yüksek ekonomik gelişme ve istihdamı sağlamak, bu esnada mali istikrarı korumak. Üye olan ve olmayan ülkelerde ekonomik kalkınmaya katkıda bulunmak. Dünya ticaretinin uluslar arası taahhütler çerçevesinde ve ayrımcı olmayan bazda gelişmesine yardımcı olmaktır.<sup>66</sup>

OECD'de tasarlanan politikaların geliştirilmesi için yürütülen faaliyetler ise; sürdürülebilir ekonomik büyümenin ve istihdamın sağlanması için üye ülkelerin yaşam standartları yükseltilirken, mali istikrarın devam ettirilmesi, böylece dünya ekonomisinin gelişmesine katkıda bulunulmasıdır. Ayrıca ekonomik kalkınma sürecinde üye ülkelerin ve diğer ülkelerin ekonomik yayılımlarına önemli yardımlarda bulunulması ve dünya ticaretinin büyümesine çok taraflı, ayırım gözetmeyecek bazda katkı sağlanmasıdır.<sup>67</sup>

OECD'nin çalışma yöntemi, hayli etkili olan veri toplama ve analiz işlemleriyle başlayan ve daha sonra bu işlemlerin sonuçları ışığında gerekli politikaların kolektif bir şekilde tartışıldığı bir süreç olarak nitelendirilebilir. Karşılıklı hükümet incelemeleri ve uluslar arası bir gözetim, OECD'nin etkinliğinin ve belirleyiciliğinin en temel nedenleridir.<sup>68</sup>

OECD sadece üye olmayan ülkelerle değil, başta uluslar arası para fonu ve dünya bankası olmak üzere çeşitli uluslar arası örgütlerle yakın ilişki içinde olup, bu kuruluşlarla düzenli bilgi alışverişi içerisinde. Avrupa Birliği de, OECD anlaşma metninin 13.maddesine göre OECD'nin çalışmalarına iştirak etmektedir.<sup>69</sup>

---

<sup>65</sup> OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s.3-4  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010)

<sup>66</sup> OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s.5  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010)

<sup>67</sup> OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s.5  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010)

<sup>68</sup> OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s. 7  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010)

<sup>69</sup> OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s.4-5  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010)

Teşkilatın iki temel organı vardır. Konsey ve konseye bağlı komite ve çalışma grupları ve genel sekreter ve onun personelinden oluşan sekreteryası. Konsey, OECD'nin en yüksek karar organıdır. Konseyde her üye ülkenin bir temsilcisi vardır. Yılda bir defa bakanlar düzeyinde, düzenli olarak da (prensipte ayda iki defa) ulusal delegasyon başkanları düzeyinde toplanmaktadır. Konsey, genel politika ile ilgili tüm konulardan sorumludur. Konsey, teşkilatın amaçlarını gerçekleştirmek için gerekli, bağlı kuruluşları kurabilir. Resmi düzeyde yapılan konsey toplantılarına teşkilatın genel sekreteri başkanlık eder.<sup>70</sup>

Konseyin her yıl atayacağı 14 üyeden oluşan icra komitesi teşkilatın amaçlarının gerçekleştirilmesine yardımcı olmak amacıyla kurulmuştur. Komite başkanı üyeler tarafından seçilmektedir. Gerektiğinde özel görevlerin yürütülmesi içinde toplantıya çağırılabilir. Komite, düzenli toplantıları haricinde, nadiren üst düzey hükümet yetkililerinin katıldığı özel oturumlar yapabilir.<sup>71</sup>

Konsey, teşkilatın amaçlarını gerçekleştirmek için, gerektiğinde yardımcı birimler kurabilir. Bu birimler genellikle komite olarak adlandırılır. Komiteler özel çalışmalarını yürütmek veya özel sorunlarla uğraşmak üzere çalışma grupları kurabilirler. Normal olarak tüm üye ülkeler komite ve çalışma gruplarının üyesidir. Fakat sadece bazı üye ülkelerin temsil edildiği sınırlı nitelikli olanları da vardır.<sup>72</sup>

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkeleri önemli bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri dünya nüfusunun % 18'ini teşkil etmekteyken, 2004 yılında dünyadaki 4.1 trilyon ABD doları tutarındaki toplam sağlık harcamasının %80'ini gerçekleştirmişlerdir. Bu durumun başlıca nedeni, dünya nüfusunun özellikle de gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanmasıdır. Örneğin, OECD ülkelerinde 1990 yılında 60 yaş üstü nüfus toplam nüfusun %18'i iken, bu oranın 2030 yılında %30'lara ulaşacağı beklenmektedir. Türkiye'de ise bu oranın 2030'da %16'ya 2050 yılında ise %23'e yükseleceği tahmin edilmektedir. İkinci neden, tıp ve ilaç teknolojilerindeki ilerlemedir. Bugün çok sayıda hastalığa derman olabilecek, yaşam kalitesini arttıracak gelişmeler yaşanmaktadır. Bunlar maliyet

---

<sup>70</sup> Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı T.C Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı; <http://www.dtm.gov.tr/dtmweb/index.cfm?action=detayrk&yayinid=1045&icerikid=1156> (31.03.2010)

<sup>71</sup> Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı T.C Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı; <http://www.dtm.gov.tr/dtmweb/index.cfm?action=detayrk&yayinid=1045&icerikid=1156> (31.03.2010) s. 1-2

<sup>72</sup> Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı T.C Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı; <http://www.dtm.gov.tr/dtmweb/index.cfm?action=detayrk&yayinid=1045&icerikid=1156> (31.03.2010) s. 2

yaratmaktadır. Üçüncü bir neden, kalp, kanser gibi kronik kabul edilen hastalıklardaki artıştır. Kronik hastalıklar daha fazla harcama gerektirmektedir.<sup>73</sup>

### 3.3.Avrupa Birliğinin Sağlık Yapısı

Avrupa yüzyıllarca, sık sık yaşanan kanlı savaflara sahne oldu. Bir çok insan yaşamını kaybetti. Bu felaketlerden sonra bazı Avrupalı liderler, barışın sürdürülmesinin tek yolunun, ülkelerinin ekonomik ve siyasi yönlerden birleşmesi olduğu fikrine vardılar. Sonuç olarak 1951 yılında Avrupa Kömür Çelik Topluluğu Belçika, Batı Almanya, Lüksemburg, İtalya, Fransa, Hollanda' dan oluşan 6 üye ile kuruldu. Bu ülkelerdeki kömür ve çelik sanayi ile ilgili kararlar bağımsız ve devletler üstü bir kuruma devredildi.<sup>74</sup>

Avrupa Birliği 1995 yılında ilk öncülerinin anısına dikilmiş anıt gibidir. Ekonomi, sanayi, siyaset, yurttaş hakları ve dış politika alanlarını kapsayan çok sektörlü bütünleşmenin en ileri biçimidir. Avrupa kömür ve çelik topluluğunu kuran Paris Anlaşması(1951), Avrupa ekonomik topluluğunu ve Avrupa atom enerjisi topluluğunu kuran Roma anlaşması(1957), Avrupa tek senedi(1986) ve Maastricht Avrupa birliği anlaşması(1992), üye devletleri egemen devletler arasındaki geleneksel anlaşmalardan daha sıkı bir biçimde birbirine bağlayan Avrupa birliğinin hukuki temellerini meydana getirir. Avrupa birliği doğrudan uygulanma imkanı olan bir mevzuat oluşturabilmekte ve yurttaşları lehine özel haklar ihdas edebilmektedir.<sup>75</sup> 1 Kasım1993'te yürürlüğe giren Maastricht Anlaşması ile Avrupa'daki bütünleşme süreci, Avrupa Birliği adını almıştır. 1 Mayıs 1998 tarihinde yürürlüğe giren Amsterdam Anlaşması ile Avrupa vatandaşlığı kavramı kapsamında haklar güçlendirilmiştir.<sup>76</sup>

Temel hakların, serbest dolaşım ile medeni ve siyasi hakların sağlandığı Avrupa vatandaşlığı, iç işleri ve adalet alanındaki işbirliği ile Avrupa genelinde özgürlük, güvenlik ve adaletin tesis edilmesi, tek Pazar, ortak para birimi Euro, istihdam yaratma, bölgesel kalkınma ve çevre koruma aracılığıyla ekonomik ve sosyal gelişmenin desteklenmesi, ortak dış ve

---

<sup>73</sup> Can Buharalı, Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi, Deloitte, [http://www.deloitte.com/view/tr\\_TR/tr/sectorler/saglikveilacendustrisi/69128e6bc220e110VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm](http://www.deloitte.com/view/tr_TR/tr/sectorler/saglikveilacendustrisi/69128e6bc220e110VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm) s. 7 (27.01.2009)

<sup>74</sup> Avrupa Birliğinin Tarihçesi; T.C Başbakanlık Avrupa Birliği Genel Sekreterliği, <http://www.abgs.gov.tr/index.php?p=105&1=1> (01.04.2010)

<sup>75</sup> <http://www.abgs.gov.tr/index.php?p=105&1=1> (01.04.2010) s. 2

<sup>76</sup> Avrupa Birliği Nedir?(Tarihsel Gelişim, Kurumsal Yapı ve Genişleme Süreci) Ağustos 2002, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, <http://www.tobb.org.tr/raporlar/abnedir.pdf> (31.03.2010) s. 1

güvenlik politikası aracılığıyla Avrupa Birliğinin global anlamdaki rolünün güçlendirilmesi, Avrupa Birliği'nin temelini oluşturan ilkelerdir.<sup>77</sup>

Avrupa parlamentosu, bakanlar konseyi, Avrupa komisyonu, adalet divanı ve Sayıştay Avrupa birliğini yöneten kurumlardır. Avrupa parlamentosu, Avrupa birliği vatandaşları tarafından 5 yılda bir yapılan seçimle oluşur. Avrupa birliğinin yasa yapma organı bakanlar konseyidir. Bakanlar konseyi ana karar verme organıdır, bakan düzeyinde temsil söz konusudur, üye devletlerin genel ekonomi politikalarını koordine eder. Birliğin yürütme organı Avrupa komisyonu, Avrupa birliği menfaatlerinin temsilcisi ve savunucusudur.<sup>78</sup>

Avrupa Birliği'nin üye ülke vatandaşlarının sağlığı üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Avrupa Birliği içerisindeki araştırma girişimleri yoluyla yaşanan Avrupa toplumunun değişmekte olan sağlık gereksinimlerine yeni çözüm yolları geliştirilmesi konusunda ilerleme sağlanmaktadır. Bunun yanında, sağlıkla doğrudan ilgisi olmayan alanlardaki Avrupa politikalarının sağlık bakımı ve sağlık hizmetlerinin sunulma biçimleri üzerindeki önemli etkisi olduğu açıktır. Malların, hizmetlerin ve kişilerin serbest dolaşımı temelinde, Avrupa vatandaşlarının, hangi üye ülkede bulduklarına bakılmaksızın tüm topluluk içerisinde yüksek kaliteli sağlık hizmetleri talep etme hakları bulunmaktadır.<sup>79</sup>

Sağlık bakımı ve sağlık sistemleri üye devletlerin sorumluluğu altındadır. Üye devletler sağlık sistemlerini nasıl yönetecekleri, sağlık ve sağlık bakımı alanına ayrılacak bütçenin büyüklüğü, geri ödenecek ilaçlar ve kullanılacak teknoloji konularında karar alırlar. Üye devletler, sağlık bakımına erişim sağlamak, vatandaşların artan beklentilerine karşılık vermek, yeni tedavi şekilleri için yatırımlarda bulunmak, sağlık bakımı kalitesini geliştirmek ve yaşanan nüfustan gelen sağlık bakımı baskısına cevap verebilmek gibi oldukça önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Bu durum da Avrupa Birliği, vatandaşlarını korur, destekleyici ortaklıklarla sinerjiler kurar, sağlık konusunun tüm Avrupa Birliği poliçelerinde yer almasını sağlar ve vatandaşlar ile sağlık personelinin bilgilendirir. Avrupa Birliği iyi sağlığa kavuşulması konusunda yapılan değişikliklerde katalizör görevi görmektedir.<sup>80</sup>

Avrupa Birliği politikasında sağlığın yer aldığı, Maastrich Anlaşmasına halk sağlığı alanında üye ülkeler arasında işbirliğinin teşvik edilmesi ve gereğinde, faaliyetlerinin desteklenmesini içeren bir madde eklenmesi ile görülmektedir. Bu hukuki alt yapı

<sup>77</sup> , <http://www.tobb.org.tr/raporlar/abnedir.pdf> (31.03.2010) s. 4

<sup>78</sup> , <http://www.tobb.org.tr/raporlar/abnedir.pdf> (31.03.2010) s. 5-6

<sup>79</sup> Arslan Ümit Giray, Avrupa Birliğinde Sağlık Yönetimi, Sağlık ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul 2007 s. 275-276

<sup>80</sup> a.g.k., s. 264



Amsterdam Anlaşmasına Avrupa Birliği'nin bütün birlik politika ve aktivitelerinin tanımında ve uygulanmasında üst düzeyde insan sağlığının korunması ve üye ülkeler ile halk sağlığının iyileştirilmesi için hastalıktan korunmayı ve insan sağlığına olabilecek tehlike kaynaklarını etkili tedbirlerle önünü almak üzere çalışılmasının eklenmesi ile güçlendirilmiştir.(madde 152)<sup>81</sup>

Sağlık stratejisi 2000 yılı Mayıs ayında kabul edilmiştir. Öncelikle, üç temel öncelik olan, entegrasyon, sürdürülebilirlik ve HIV ile bulaşıcı hastalıklar gibi konulara odaklanmaktadır. Avrupa düzeyinde bir sağlık politikası yapısal yaklaşımını ilk defa olarak oluşturmaktadır. Bu stratejinin genel amacı sağlıkla ilgili politika konularını sağlık hedeflerine ulaşma doğrultusunda birlikte çalışır hale getirerek topluluk seviyesinde sağlık konularına yönelik entegre bir yaklaşımı sağlamaktır.<sup>82</sup>

#### **4. GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDEKİ SAĞLIĞIN YÖNETİMİ**

Tüm ülkelerin amacı olan kalkınma; kişi başına düşen milli gelir ve dağılımı, sanayileşme ve istihdam düzeyi, beslenme, alt yapı, temel mal ve hizmetlerdeki tüketim düzeyi, eğitim ve sağlık göstergeleri gibi birçok sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasi göstergelerin bileşkesidir. Kalkınma, artık neredeyse sadece eğitim ve sağlık göstergeleri ile açıklanmaktadır. Diğer bir deyişle kalkınma; ülkelerin eğitim ve sağlık düzeyiyle özdeşleşmiş bulunmaktadır. Eğitim ve sağlık problemlerini çözebilmiş ülkeler kalkınmış ülke kabul edilmektedir.<sup>83</sup>

Esas olarak bir ülkede sağlık hizmetleri harcamalarına ayrılan pay büyük oranda o ülkenin kalkınmışlık düzeyi ile yakından ilgilidir. Aynı şekilde, bunun tersinin de doğru olduğu söylenebilir. Yani, bir ülkedeki sağlık alanındaki göstergeler, eğitim, sosyal hizmetler gibi diğer bazı alanlardaki göstergelerle birlikte o ülkenin kalkınmışlık düzeyine işaret eder.

---

<sup>81</sup> a.g.k., s. 264-265

<sup>82</sup> a.g.k., s. 266

<sup>83</sup> Mehmet Tokat, Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Sağlık ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul 2007 s. 380

Ancak, sağlık ve eğitim alanlarındaki yatırımların önemli ölçüde herhangi bir ülkenin temel tercihleri ve belirlediği önceliklerine göre gerçekleşmekte olduğu da unutulmamalıdır.<sup>84</sup>

Gelişmiş olmak zenginliği, gücü ve sanayileşmeyi temsil ederken, gelişmekte olan ülkeler bu güce ve zenginliğe kavuşabilmek için sanayi toplumu olma yolunda ilerlerler. Gelişmiş ülkeler, zengin, refah düzeyleri yüksek, ekonomileri de sanayi ve teknolojiye dayanır. Buna karşılık, gelişmekte olan ülkeler de zenginlik ve refah düzeyleri düşük, ekonomi daha çok tarıma dayalıdır.

Bir ülkenin sosyo-kültürel özellikleri, sağlık hizmetine olan gereksinimini etkiler. Gelişmekte olan ülkelerde daha çok enfeksiyon hastalıkları ve genç kesime ilişkin sağlık hizmetine ihtiyaç duyulurken, gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklar ve yaşlı kesime ilişkin sağlık hizmetine gereksinim duyulmaktadır.<sup>85</sup>

#### **4.1.Gelişmiş Ülkelerdeki Sağlık Hizmetlerinin Yapısı**

Gelişmiş ülke deyince kabaca, kişi başına düşen gelir yüksek, gelir dağılımındaki dengesizlik nispeten daha az, sanayileşme sürecini tamamlamış, sağlık ve eğitim sorunlarını büyük ölçüde çözmüş, refah düzeyi yüksek ülkeler akla gelir.(SY)

Toplumun sağlık sorunlarının çözümünün ön koşulu, herkese yeterli ölçü ve kalitede, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmaktır. Gelişmiş ülkeler bu yapıya ulaşabilmek için, her 300-350 kişi için bir hekim, 10.000 kişiye 100'ün üzerinde hasta yatağı ve yeterli düzeyde ilaç ve diğer tıbbi malzeme üretimini sağlık piyasasına sürmüş ayrıca gerek genel sağlık sigortası, gerekse diğer sağlık güvencesi sistemleri ile bu hizmetleri toplumun tüm kesimlerine ulaştıracak bir sağlık sistemi kurmuşlardır.<sup>86</sup>

Gelişmiş ülkeler, sağlığa GSYİH'nin daha fazla yüzde oranında bir harcama yaparlar. Dünya nüfusunun beşte birinden daha az kısmını oluşturan gelişmiş ülkeler sağlık kaynaklarının dörtte üçünü tüketirler. Toplam sağlık harcamaları içinde cepten harcama payının daha az olduğu gelişmiş ülkelerde yıkıcı harcamalar daha düşüktür.<sup>87</sup>

Gelişmiş ülkelerde halk sağlığı, sağlık hizmetlerinden ziyade sosyo ekonomik ve yaşam tarzına bağlı etmenler tarafından belirlenmektedir. İyi tasarlanmış halk sağlığı

<sup>84</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s. 67

<sup>85</sup> Recep Akdur, piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde sağlık harcamaları neden daha yüksektir? [www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya\\_sağlik\\_harcamaları](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya_sağlik_harcamaları) (16.05.2010)

<sup>86</sup> Mehmet Tokat, a.g.k., s. 381

<sup>87</sup> Charu C Garg, Sağlık Finansmanında USH'nin Önemi ve İlişkisi, Sağlık Sistemleri Finansmanı WHO Cenevre Ulusal Sağlık Hesapları Sempozyumu 25-27 Ekim Ankara 2005 s. 6-7 <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/> (19.01.2009)

programları hastalıkların önlenmesine katkıda bulunup sağlık hizmetleri sistemleri üzerindeki maliyet baskılarının bir bölümünün hafifletilmesini sağlayabilir. Sağlık konusundaki risk faktörleri de değişmektedir. Örneğin, birçok OECD ülkesi tarafından son on yıl içerisinde sigara tüketilmesinin azaltılması konusunda kayda değer bir ilerleme sağlanmasına karşın, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler ve hareketsiz yaşam tarzı aşırı şişmanlık oranlarında belirgin bir artış yaşanmasına neden olmuştur.<sup>88</sup>

Yaşam standartlarının yükselmesi, yaşam tarzının iyileşmesi ve daha iyi eğitimin yanı sıra, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve ilaçların etkinliği konusunda kaydedilen ilerlemeler sayesinde son on yıllar içerisinde OECD ülkelerinde ortalama insan ömrü önemli oranda uzamıştır. Ekonomik ve sosyal koşullardaki genel gelişmelerin yanı sıra, çocuk aşılarından yararlanma dahil, doğum sonrası sağlık hizmetlerindeki düzelmeler sayesinde, son yıllar içerisinde OECD ülkeleri bebek ölüm oranlarında dikkate değer bir ilerleme kaydetmiştir. Son yıllarda uzun ömür yolunda çarpıcı kazanımlar elde edilmesine karşın zaman içerisinde sağlık maliyetleri de artış göstermektedir. Ülkelerin çoğunda sağlık harcamaları, genel ekonomik büyümeden daha hızlı artış göstermiştir. Hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi olanaklarında yaşanan olumlu gelişmeler sağlık giderlerindeki artışın başlıca nedenidir.<sup>89</sup> Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki nüfusun giderek yaşlanması, beraberinde uzun vadeli bakım gereksinimine ve sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı attırmakta bütün bunlar sağlık giderlerinde artışa neden olmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde, eğitim düzeyi yükseldikçe tedavi edici sağlık hizmetleri anlayış ve beklentileri de değişir. Gelişmiş ülkelerde bir yandan daha çok sağlık hizmeti tüketilirken öte yandan sağlık hizmetlerindeki işlem, kalite ve kullanılan teknolojiye dikkat edilmektedir. Eğitilmiş, sağlık bilinci gelişmiş, dolayısıyla çevre temizliğine ve beslenmesine dikkat eden, yalnızca tedavi hizmetleri değil koruyucu hizmetleri de talep eden ve kullanan toplumlar daha az hastalanır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde ev, iş, trafik kazalarına ve bunların olumsuz sonuçlarına da daha az rastlanmaktadır.<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> Sağlık Bakanlığı; OECD Göstergeleri 2005 Türkçe Özet <http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf> (12.02.2009) s. 1

<sup>89</sup> <http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf> (12.02.2009) s. 2-3

<sup>90</sup> Recep Akdur a.g.m., s. 3

#### 4.1.1.A.B.D’de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

Amerika Birleşik Devletleri(ABD) dünyada sağlığa en fazla harcama yapan gelişmiş ülkedir. ABD, sağlık endüstrisinin de en önemli aktörüdür. Dünyanın önde gelen sağlık kurumları bu ülkede bulunmaktadır. En büyük on ilaç firmasının beşi ABD kökenlidir. Dolayısıyla sağlık sanayinin gelişimine en fazla katkıyı sağlayan ülkedir. Fakat ABD’nin sağlık sigorta sistemi diğer gelişmiş ülkelerin “sosyal dayanışma” anlayışlı sağlık sistemlerinden oldukça farklıdır. Temeli liberal ekonomidir ve özel sağlık sigortasına dayalıdır. Bununla birlikte 1965 yılından beri 65 yaş üstü ve sakatlar için Medicare, özel sağlık sigortasına gücü yetmeyenler için Medicaid olmak üzere iki sosyal dayanışma programı başlatılmıştır.<sup>91</sup>

Medicare ve Medicaid, daha ziyade yaşlıların ve düşük gelir gruplarının temel sağlık ihtiyaçlarını gidermek amacıyla hizmet vermektedir. Ancak her iki kurumun da sağladığı hizmetler sınırlıdır ve tam kapsamlı sosyal güvenlik sağlamazlar. Birçok hizmette hastalar katkı payı ödemek zorundadır ve kullanıma yönelik sınırlar mevcuttur. Hastalık kronikleştikçe ve ilerledikçe hastanın yükü artmaktadır.<sup>92</sup>

Amerikalılar sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için özel sağlık sigortası yaptırmak veya ücretleri cepten ödemek zorundadır. Bu model Avrupa’da uygulanan sosyal dayanışma anlayışlı modellerden çok farklıdır. ABD’de sağlık sisteminin ana omurgası özel sağlık sigortalarıdır. Ancak sağlık sigortası sahibi olmak zorunlu değildir.<sup>93</sup>

#### 4.1.2.İngiltere’de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

İngiltere’de sağlık hizmetleri,“Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu”(NHS- national health service) tarafından sağlanmaktadır. 2. dünya savaşı sonrasında, tüm vatandaşlara, ödeme gücüne bağlı olarak değil, ihtiyaca bağlı olarak sağlık hizmetleri sağlamak amacıyla kurulmuştur. Tüm vatandaşlar NHS hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirler. İsteyenler ayrıca özel sağlık sigortası da yaptırabilir. Vatandaşlar NHS için ayrıca bir ödeme yapmamaktadırlar.<sup>94</sup> NHS’nin bütçesi toplanan vergilerden sağlanmaktadır. Genel vergi

<sup>91</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) s. 9-10

<sup>92</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) s. 10

<sup>93</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) a.g.k s 10-11

<sup>94</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) a.g.k. s 12

gelirleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini finanse etmekte ve tüm vatandaşlar bu hizmetlerden eşit bir şekilde faydalanmaktadırlar.<sup>95</sup>

NHS bütçesinin %75'i birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılır. Bu hizmetler yerel düzeyde sağlanır, pratisyen hekimin sevki durumunda uzman doktor ve kapsamlı teşhis yöntemlerine erişim sağlanır. Acil durumlarda direk hastanelere başvurulabilir.<sup>96</sup>

#### **4.1.3.Almanya'da Sağlık Hizmetlerinin Yapısı**

Almanya'da vatandaşların %98'i sağlık sigortasına sahiptir. Devlet tarafından sağlanan sağlık sigortası programına katılım zorunludur. Bu programda primlerin bir kısmını çalışan bir kısmını da işveren üstlenmiştir. Devlet düzenleyici fonksiyonu üstlenmiş ayrıca fakirlerin primlerine veya kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunmaktadır. Dayanışma temelli, primlerin bireylerin gelirleriyle orantılı ve hizmetten yararlanmanın da ihtiyaca göre olduğu Almanya'da nüfusun %90'ını aşkın kısmı devlet tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır.<sup>97</sup>

#### **4.1.4.Fransa'da Sağlık Hizmetlerinin Yapısı**

Fransa, ABD ve İsviçre'nin ardından dünyada sağlığa en fazla harcama yapan üçüncü ülkedir. Fransa'da ikamet eden herkes 2000 yılından beri ulusal sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık sigortası üç büyük onbir küçük fon tarafından sağlanmaktadır. Bu fonların en büyüğü ücretli çalışanlar içindir ve Fransa'da ikamet edenlerin %84'ünü kapsar. Bir diğeri çiftçiler ve tarım çalışanları için olup nüfusun %7'sini ve bağımsız çalışanlar için olup nüfusun %5'ini kapsayan üçüncü büyük fon mevcuttur. Nüfusun %4'lük kesimi ise diğer onbir fon tarafından kapsamaktadır. Bu fonların tamamı kamu hizmeti sağlamakla mükellef özel şirket konumunda olup sosyal güvenlik bakanlığı tarafından denetlenirler.<sup>98</sup>

Hastalar, devlet hastanelerinde katkı payı hariç ücret ödemezler, özel hastaneye gitmeleri durumunda ise ücreti önce kişi öder daha sonra devlet tarafından belirlenen sabit bir

<sup>95</sup> Türkan Yalçın, Hasan Hüseyin Yıldırım, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı No 40 Temmuz -Ağustos Ankara 2001 s

<sup>96</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) s. 12

<sup>97</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) s. 13

<sup>98</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) s.14

miktar kişiye geri ödenir. Hastalar aldıkları sağlık hizmeti karşılığında, hizmetin niteliğine göre katkı payı öderler. Bu durum ilaç içinde geçerlidir.<sup>99</sup>

Katkı payı hastalığın ilerlemesi durumunda ortadan kalkar. 30 günü aşkın hastane yatışlarında, ciddi ve kronik hastalık durumlarında katkı payı ödenmez, ayrıca belirli bir eşiğin altında gelire sahip kişilerden katkı payı alınmaz bu tip durumlarda sosyal dayanışma ön planda tutulur. Fransa'da nüfusun üçte ikisi verilen sağlık hizmetinden memnundur. 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü Fransa'nın sağlık hizmetlerini hem hasta tatmini, hem de sonuçları bakımından dünyada en iyi seçmiştir.<sup>100</sup>

## 4.2.Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

Gelişmekte olan ülke deyince kabaca, kişi başına düşen gelirin özellikle karşılaştırılmaya vurulduğunda yetersiz, adaletsiz gelir dağılımının olduğu, sanayi gelişme düzeyinin düşük, doğum artış hızının yüksek dolayısıyla nüfusun hızlı arttığı ve ekonominin daha ziyade tarıma dayalı olduğu sanayileşme çabasındaki sağlık ve eğitim problemlerini henüz çözememiş refah düzeyi düşük ülkeler akla gelir.

İşsizlik ve yoksulluğun yaygın olduğu, gelişmekte olan ülkelerde her türden hastalık daha sık görülmektedir. Böyle ülkelerde, toplumun beslenme düzeyinin yetersiz olmasından dolayı kişilerin dirençleri de düşüktür. Ayrıca çevre koşullarının sağlıksızlığı ve bilgisizlik ve bilinçsizlik eklenince başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere tüm hastalıkların oluşması için uygun ortam oluşur. Gelişmekte olan ülkelerde ev, iş ve trafik kazalarına sık rastlanmakla beraber bunların olumsuz sonuçları olan sakat kalma ve ölümler gelişmiş ülkelere göre daha fazladır.<sup>101</sup>

Gelişmekte olan ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri talep edilmemekte veya bölgesel farklılıklar, gelir dağılımdaki dengesizlikler nedeniyle yada sağlık sigortasının nüfusun çoğunu kapsayamamasından dolayı sağlık hizmetine ulaşamamaktadır. Bunun sonucu olarak da hastalık ilerlemekte, kronikleşmekte tedavisi daha maliyetli hale gelmektedir.

Çevre koşullarının sağlıksızlığı, temiz içme suyuna ulaşamama, eğitimsizlik gibi nedenlerle gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı hastalıklara daha sık rastlanmakta, yetersiz

<sup>99</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) s. 14

<sup>100</sup> Can Buharalı, <http://www.deloitte.com/view/tr> (27.01.2009) s.14

<sup>101</sup> Recep Akdur,a.g.m., s.2

aşılama, doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmetinden faydalanamama gibi nedenlerle bebek ve anne ölümleri gelişmiş ülkelere kıyasla daha yüksek oranda görülmektedir.

Düşük gelirli ülkelerde hane halkı daha büyük yüke sahiptir. Düşük gelirli ülkede cepten harcama, hükümet katkıları ve risk havuzu oluşturma planlarına kıyasla daha fazla paya sahiptir.<sup>102</sup>

Gelişmiş ülkelerde de gelişmekte olan ülkelerde de genel kanı herkesin özellikle de yoksulların belli bir asgari sağlık hizmeti güvencesine sahip olmasıdır.

Salgın hastalıklar, çevre sağlığını tehdit eden kirliliğe yol açan ve sağlığa zarar veren gelişmeler günümüzde artan nüfus, artan ihtiyaçlar, yoksulluk ve işsizlikle gibi sorunlarla boğuşan birçok gelişmekte olan ülkede kamu, sağlık hizmetleri sunumunda yeterli olamamakta ve bütün bunlar toplum sağlığı üzerinde yıkıcı, ağır etkiler bırakmaktadır.

Gelişmekte olan ülkeler, bütçe açıklarını kapatmak için eğitim ve sağlık hizmetlerinden kısıtlamaya gitmekte, hizmetleri özelleştirmekte, ana gıda maddelerindeki subvansiyonu kaldırmakta, devletin karşılaması gereken temel hizmetlerden ücret alınması yoluna gitmektedir.(OECD 2008). Bu kısıtlamalar ülkedeki gelir dağılımı eşitsizliğini ve yoksulluğu arttırmaktadır. Sosyoekonomik düzey düşüklüğü ve fakirlik bebeklik ve çocuklukta ölme riskini, kronik ve akut hastalığa yakalanma riskini, düşük ağırlıkta doğma riskini ve mental bozukluk riskini arttırmaktadır.<sup>103</sup>

## 5. TÜRKİYE DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHİ GELİŞİMİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının tarihsel gelişimi sosyal güvenliğin tarihsel gelişimiyle beraber ilerlemiştir. Sağlık finansmanında geleneksel uygulamaların Anadolu’daki ilk örnekleri, Avrupa’daki uygulamalara benzer tarihlerde 13. yüzyılda Osmanlı imparatorluğu döneminde “Ahilik” adı verilen meslek örgütüyle ortaya çıkmıştır. Avrupa’daki uygulamalarda olduğu gibi karşılıklı yardımlaşma ve dayanışmayı ilke edinen bu kurumda, üyelerin hastalık, kaza ve ölüm gibi risklerle karşılaştıklarında faizsiz para alabilecekleri ortak bir kasa bulunmaktadır.15. yüzyılda bu kurumun yerini yine bir meslek örgütü olan “Lonca” adı verilen yeni bir sistem almıştır. Loncalar hastalık, kaza, yaşlılık, ölüm risklerine karşı gelir kaybını gidermek amacıyla “orta sandığı” adı verilen dayanışma

<sup>102</sup> Charu C Garg, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/> (19.01.2009) a.g.m., s. 8

<sup>103</sup> Melahat Ala, Yoksulluk ve Küresel Çözumsuzlük, Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi Yıl 5 Sayı 2 Temmuz 2009 <http://www.paradoks.org/> (02.05.2010)

sandıkları kurmuşlardır.19. yüzyılın sonlarına doğru loncaların ortadan kalkmasıyla oluşan boşluk vakıflar ile doldurulmuştur. Sadece ücret ödeyebilenlerin sağlık hizmetinden faydalandığı bu dönemde vakıf hastaneleri ve Kızılay sağlık hizmetleri sunumu açısından önemli bir yer tutmuştur.<sup>104</sup>

Osmanlı imparatorluğu döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır. İdari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olması, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin de daha çok saraya ve orduya yönelik olmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin öncelikli devlet görevi olarak ele alınması Türkiye Büyük Millet Meclisi ile olmuştur.<sup>105</sup>

## 5.1.Osmanlı Dönemi

Osmanlı da halka sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler 19. yüzyılın sonlarına kadar devletin öncelikli görevi olarak görülmemiştir. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran hekimbaşı kurumundan başka resmi örgüt yoktur. Hekimbaşı sarayın olduğu kadar bütün ülkenin sağlık işlerinden sorumluydu. Halk genellikle serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığı hizmet almıştır. Ayrıca, kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmeti verilmiştir. Gerek devlet ve hayır kurumlarınca ve gerekse özel kişilerce sunulan sağlık hizmetleri büyük kentlerle sınırlı kalmıştır. Devlet, doğrudan tıbbi bakım hizmeti yanında içme suları ve besin kontrolü, kanalizasyon ve defin işleri gibi toplum sağlığını ilgilendiren bazı konularla da ilgilenmiş fakat yine bu hizmetler İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri, Selanik gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır.<sup>106</sup>

1849'da hekimbaşılık kaldırılmış yerine sağlık işlerini yürütmek üzere Mekteb-i tıbbiye nezareti (tıp okulu bakanlığı) kurulmuştur. Hekimbaşılığın yetkilerinin mektebi tıbbiye nezaretine devredilmesinin ardından 1870 de yayınlanan bir nizamname ile mektebi tıbbiye nezaretine bağlı idare-i mülkiye-i tıbbiye adı altında yaygın kitlelere götürülecek sağlık hizmetleri ile ilgili ilk merkezi birim kurulmuştur. 1871 yılında ise idare-i umumiye-i tıbbiye-i mülkiye nizamnamesi ile sıhhiye müfettişlikleri ve memleket tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur. 1906 yılında, meclis-i,

<sup>104</sup> Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, a.g.k., s. 46

<sup>105</sup> Recep Akdur ,a.g.k., s. 10-11

<sup>106</sup> a.g.k., s.10-11



maarifi sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında meclis-i umuru tıbbiye-i umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşmuştur. 1914 yılında ise dahiliye nezaretine bağlanarak, sağlık hizmetleri içişleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.<sup>107</sup>

## 5.2. 1920-1938 Dönemi

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi ile olmuştur. Türkiye Büyük Millet Meclisi 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 sayılı yasa ile, Sıhhiye ve Muavenatı İctimaiye Vekaletini kurarak sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Kurtuluş savaşının ağır koşullarına rağmen sağlık hizmetlerinin bu düzey ve öncelikle ele alınması zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi göstermektedir. TBMM Hükümetinin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş köklü bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek yasal düzenlemeler vardı. Her şeyin yeniden yoktan var edilmesi gerekiyordu. Günümüze miras kalan tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek gerekir. Bu dönemde daha çok savaş yaraları sarılmış, mevzuat oluşturulmuştur.<sup>108</sup>

Kuruluşu 1920 yılında olan sağlık bakanlığı, Dr. Adnan Adıvar'dan sonra bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam la beraber sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük başarı göstermiştir. Bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu yıllardır.<sup>109</sup> Günün koşulları dikkate alındığında öncelik arz eden düzenlemeler; savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin nitelik ve nicelik bakımından desteklenmesi, merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde şekillenmiştir. Bu dönemde başlatılan, başta sıtma, frengi, trahom olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla ilgili dikey örgütlenmeler bugünde varlığını sürdürmektedir. O günün özelliklerine göre kurulan, merkez hıfzısıhha enstitüsü ve okulu, dispanser, sağlık merkezi ve sağlık ocağı gibi yapılanmalar değişikliğe uğramadan günümüze kadar uygulama alanı bulmuştur.<sup>110</sup>

<sup>107</sup> H. Sur; Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (05.05.2010)

<sup>108</sup> Recep Akdur, a.g.k., s. 11

<sup>109</sup> a.g.k., s. 12

<sup>110</sup> T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Aralık Ankara 2003 s. 8-9  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster>. (27.01.2009)

Bu dönemde illerde sağlık müdürlükleri ilçelerde hükümet tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünü temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilmiştir. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle ancak yerel idareler tarafından yürütülmesi politikası benimsenmiş, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik yapmıştır. Bu amaca yönelik, bir yandan yerel idarelerin hastane açması teşvik edilirken bir yandan da bu idarelere örnek olmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum, Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır.<sup>111</sup>

1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu çıkarılmış böylece sağlık hizmetlerinde uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu çıkarılmış böylece bakanlık, merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Ayrıca hekimlerin sayısını arttırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, yatılı tıp talebe yurtları kurulmuş, tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okullar açılmış, kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri sağlık bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmıştır.<sup>112</sup>

Refik Saydam dönemi de diyebileceğimiz bu dönemde; tüm sağlık hizmetleri bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılsa da üretilen hizmetin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi sağlık bakanlığında toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir.<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> Recep Akdur, a.g.k., s. 12

<sup>112</sup> a.g.k., s. 12

<sup>113</sup> a.g.k., s. 13

### 5.3. 1938-1960 Dönemi

Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır. II. Dünya savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan olağanüstü sıtma savaş kanunu çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında sosyal sigortalar kurumunun başlangıcını oluşturan işçi sigortaları kurumu oluşturulmuş, böylece sağlık bakanlığının ülke genelindeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır. Emekli sandığının oluşumu ile ilgili çalışmalarda bu dönemde başlatılmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri sağlık bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bölgesel örgüt yapılanmaları da bu döneme rastlar. Köyden başlayarak, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması bu dönemde hız kazanmıştır.<sup>114</sup>

Sağlık hizmetleri tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. İl ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanmış, yalnızca büyük kentlerde olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli bir gelişme yaşanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini bakanlık merkezinde önem ve önceliğe sahip tek konu yapmış bunun sonucu olarak da birinci basamak ile koruyucu hizmetler önemini kaybetmiş ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güçlenen bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmiştir.<sup>115</sup>

Bu dönemde; hastanelerin sağlık bakanlığına devri gerçekleştirilmiş, SSK kurulmuş, ana-çocuk sağlığı merkezleri açılmış, sigortalı işçiler için ayrı hastaneler kurulmuş, tıpta uzmanlaşma ön plana çıkmıştır.<sup>116</sup> Behçet Uz planı olarak anılan koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Behçet Uz dan sonra bu plan gereğince uygulanamamış, her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür.<sup>117</sup>

<sup>114</sup> <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster>. (27.01.2009) a.g.k., s. 9

<sup>115</sup> Recep Akdur, a.g.k., s. 13

<sup>116</sup> Ünal Hülür, Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları, Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Mayıs 2008 Ankara s. 6 [http://www.tusak.saglik.gov.tr/dosyalar\\_sps3/1\\_2.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/dosyalar_sps3/1_2.pdf) (12.02.2009)

<sup>117</sup> a.g.k., s. 13

#### 5.4. 1960-1980 Dönemi

Anayasanın ilgili maddeleri doğrultusunda hazırlanan birinci beş yıllık kalkınma planında, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu, bunun için halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla yeniden düzenlenmesi, örgütlenmesi amacıyla dönemin sağlık bakanlığı müsteşarı Nusret Fişek tarafından hazırlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun(224 sayılı kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri tarihimizde sosyalleştirme dönemi olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır. Uygulamasına 1963 yılında başlanan, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmişti. 1982 yılında ise, 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulmasının tamamlanması öngörülmüyordu. Program tüm Türkiye'ye yaygınlaştığında, belli bir sistem den yoksun olarak ve birçok kuruluşça ayrı ayrı yürütülen hizmetlerin doğurduğu sakıncalar giderilecek, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılması sağlanacaktı. 224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden yurda yayılması amaçlanmıştır. Ancak izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların neoliberal politika izlemeleri sonucunda sosyalleştirme programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği bulamamış, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır.<sup>118</sup>

Yıllarca sözü edilecek olan genel sağlık sigortası kavramı üzerindeki tartışmalar, bu yıllarda başlamıştır. İlk olarak genel sağlık sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında ikinci beş yıllık kalkınma planında genel sağlık sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında genel sağlık sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş ancak kabul edilmemiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş ancak görüşülememiştir.<sup>119</sup>

---

<sup>118</sup> Recep Akdur, a.g.k., s.14

<sup>119</sup> <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster>. (27.01.2009) a.g.k., s.10

## 5.5. 1980'den Günümüze

Ülkemizde de, 1980'li yıllardaki dünya çapında sağlık bakımının finansman ve sunumu ile ilgili gelişmelere paralel olarak, ülke içinde ve uluslar arası ortamda rekabet edebilecek sağlık endüstrisinin oluşması ve kar amacı güden sağlık hizmeti sunanlardan kaynaklanan rekabetin, sağlık hizmeti verimliliğini arttıracak düşüncesi ile reformlara başlanmıştır. Yürütülen sağlık reformu çalışmaları; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, sağlık bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması şeklinde olmuştur.<sup>120</sup>

1981 yılında kabul edilen 2368 sayılı yasa ile kamu sektöründe, sosyalleştirme kapsamında çalışan hekimlere serbest çalışma izni verilmiştir. 1982 anayasasında, cumhuriyet tarihinde ilk defa devletin sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü yer almıştır. 1982 anayasasının 56. maddesinin son fıkrasında “sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası konulabilir” hükmü getirilmiştir. Anayasadaki bu değişiklik ile devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu değişerek, düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmüştür. 1993 yılında uygulamaya konulan 3836 sayılı kanunla hiçbir güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan, dar gelirli vatandaşların sağlık giderlerinin (ayaktan tedavi giderleri hariç yatarak gördükleri tedavi masrafları ile tıbbi malzeme ve ilaç maliyetlerinin) devletçe karşılanacağı karara bağlanmıştır (yeşil kart uygulaması).<sup>121</sup>

Sosyal güvenlik sisteminin tüm nüfusu kapsamaması, kuruluşlarca sağlanan hakların ve yükümlülüklerin farklı olması, bilgi işlem alt yapısının yetersiz olması, ortak bir veri tabanının olmaması ve sistemdeki denetim mekanizmalarının etkin işlememesi gibi sorunları nedeniyle bu kurumların tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla geniş kapsamlı 4447 sayılı sosyal güvenlik reform yasası 1999 da yürürlüğe girmiştir. Sağlık hizmetleri sunumunda 1980'li yıllardan beri yürütülen hizmetlerde, 2000'li yıllara kadar istenen mesafe alınamamıştır.<sup>122</sup>

---

<sup>120</sup> Nurşen Aydın, Neoliberal Politikalar Çerçevesinde Hasta Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi: 2000-2007 Yılları Arasında Kamu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul 2008 s. 16

<sup>121</sup> a.g.k., s. 17

<sup>122</sup> a.g.k., s. 18

16 Kasım 2002’de sağlık bakanlığı acil eylem planı açıklanmış, 2003 yılı başında da sağlıkta dönüşüm programı hazırlanarak kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programının amacı dokuzuncu kalkınma planında; “sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması” olarak belirtilmiştir.<sup>123</sup>

Sağlıkta dönüşüm programının bileşenleri şunlardır; planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, yaygın erişimi kolay güler yüzlü sağlık hizmeti, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kuruluşları, nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetimi için kurumsal yapılanma(ulusal ilaç kurumu ve tıbbi cihaz kurumu) oluşturulması, karar sürecinde etkili bilgiye ulaşım: sağlık bilgi sistemidir.<sup>124</sup>

Sağlıkta dönüşüm programının üç önemli ayağı bulunmaktadır. Bunlar; sağlık hizmeti veren kamu kuruluşlarının özelleştirilmesi, aile hekimliği ve genel sağlık sigortasıdır. 2003 yılı sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık politikalarında bazı temel değişimlerin yaşandığı bir dönem olarak değerlendirilebilir. Bu güne kadar yapılanlar değerlendirildiğinde; tüm sağlık kuruluşları tek çatı altında toplanmış, genel sağlık sigortasına geçilmiş, sağlık kuruluşları özerk işletmelere dönüştürülmüş, tüm sağlık çalışanlarına performansa dayalı döner sermaye dağıtılarak hastanelerin serbest piyasa işletmeleri şeklinde idare edilmesi sağlanmıştır.<sup>125</sup>

---

<sup>123</sup> T.B.M.M. 2006 9. Kalkınma Planı 2007-2013 Resmi Gazete Sayı 26215 s.41 <http://rega.basbakanlik.gov.tr/#> (02.05.2010)

<sup>124</sup> <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster>. (27.01.2009) a.g.k., s. 26-37

<sup>125</sup> Nurşen Aydın, a.g.k. s 20

## II.BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIĞIN FİNANSMAN YOLLARI

#### 1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin iyi işlemesi ve bakımın sağlanması için öncelikli olan, yeterli finansman kaynaklarına ulaşılmasıdır. Sağlık harcamaları her ülkenin ekonomik ve sosyal seviyesine göre farklılık gösterir.<sup>126</sup> Sağlık hizmetlerinin finansmanında, çok çeşitli finansman kaynakları kullanılır. Her finansman kaynağının da kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bir ülkede çok iyi işleyen bir finansman yöntemi, bir diğerinde aynı olumlu sonucu vermeyebilir. Finansman yöntemlerinin etkinliğinde, ülkenin sosyo-ekonomik yapısının, kültürel ve politik değişkenlerinin etkisi vardır.<sup>127</sup>

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli olarak ele alınabilir. Finansman yöntemlerinden hangisinin, finansal açıdan sürdürülebilirliği ve kapsamlı ulaşımı daha iyi sağlayabildiği konusunda oldukça yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin bir karışımının kullanılması en iyi seçenek olarak görülmektedir.<sup>128</sup>

Sağlık sektörünün finansmanı; gelirlerin elde edilmesi, fon havuzlarında biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi ve hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlanabilir. Bu tanıma göre, sağlık sektörü finansmanı gelir elde etme, fon biriktirme ve hizmetlerin satın alınması olarak üç alt fonksiyona ayrılarak incelenebilir.<sup>129</sup> Gelir elde etme; birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve donör kuruluşlar) kaynaklardan elde edilen para hareketlerini ifade eder. Fonlar; cepten ödemeler, gelir temelli gönüllü sigorta, risk temelli gönüllü sigorta, zorunlu sigorta, genel vergiler, özel amaçlı vergiler, hükümet dışı kuruluşların bağışları ve donör kuruluşlardan sağlanan transferler olmak üzere sekiz temel mekanizma ile elde edilebilirler. Çeşitli kaynaklardan elde edilen fonların bir havuzda biriktirilmesi fon biriktirme olarak adlandırılır. Satın alma veya tahsisat ise; çeşitli kaynaklardan elde edilen ve bir havuzda toplanan gelirlerin bireysel yada kurumsal hizmet

<sup>126</sup> WHO Health 21 The Health For All Policy Framework For The WHO European Region 1999 s 131 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf) (01.06.2010)

<sup>127</sup> Türkan Yalçın, H. Hüseyin Yıldırım, a.g.k., s. 1

<sup>128</sup> WHO Health 21 s 131 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf) (01.06.2010)

<sup>129</sup> Türkan Yalçın, H. Hüseyin Yıldırım a.g.m., s. 1

sunucularına verdikleri hizmetler karşılığında tahsis edilmesidir. Ancak bu tahsisatın toplumun ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde bulundurularak yapılması gerekir.<sup>130</sup>

Sağlık sektörü ile ilgili makro düzeyde finansman; sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan(kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanda ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır. Mikro düzeyde finansman ise; her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur.<sup>131</sup>

İster makro, ister mikro düzeyde olsun sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların, hakkaniyet ölçüleri ile tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülke sağlık göstergelerini istendik düzeye yükseltecek biçimde kullanılması sağlık hizmetleri finansmanının temel amacıdır.<sup>132</sup>

## 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları

Bir ülkenin sağlık finansman sisteminde herhangi bir zaman diliminde başvuru kaynaklar kombinasyonu o ülkenin tarihi, kültürü, sosyo-kültürel dokusu, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlı olacaktır. Çok çeşitli finansman kaynakları olmasına karşın, bunlar arasında en çok kullanılanları kamu/özel ayrımını çerçevesinde kamu finansman kaynakları olarak;<sup>133</sup>

- Genel vergi gelirleri
- Sosyal sigorta
- Açık finansman ve enflasyon kullanımı
- Özel amaçlı vergiler

---

<sup>130</sup> a.g.m. s. 2

<sup>131</sup> DPT Beş Yıllık Kalkınma Planı(2001-2005) Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu Finansman ve Maliyet Alt Komisyon Raporu 2000 Ankara s 117

<sup>132</sup> a.g.k s. 117

<sup>133</sup> Fahrettin Tatar, Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları Toplum ve Hekim cilt 11 sayı 72 Mart Nisan Ankara 1996 s. 43-44



- Piyango ve bahis gibi gelirleri

Özel finansman kaynakları ise;

- Özel sağlık sigortası
- İşverence finanse edilen sistemler
- Gönüllü ve hayır kuruluşlarının katkıları
- Toplum finansmanı
- Doğrudan hane halkı harcamaları veya kullanıcı katkıları

Bu kaynakların sistem içindeki ağırlığı, ülkelerin kalkınmışlık düzeyleri ile bağlantılı olarak değişiklik göstermektedir.<sup>134</sup>

## 1.2.1 Kamu Finansman Kaynakları

### 1.2.1.1 Genel Vergi Gelirleri

Vergilerle finansman birçok gelişmekte olan ülkenin temel öncelikleri arasındadır. Bugün Dünya Sağlık Örgütüne üye 191 ülkenin 106'sı sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak vergilerle finanse etmektedir. Vergilerle finansmanın en temel özelliği tüm nüfusu kapsam altına almasıdır. Günümüzde sağlık hizmetlerini vergilerle finanse eden gelişmiş ülkelerin hemen hepsi tüm nüfusa oldukça kapsamlı bir biçimde sağlık hizmeti sunmaktadır. Tüm nüfusun kapsamı bazen vatandaşlık bazen ikamet esasları ile belirlenmiştir.<sup>135</sup>

Sağlık hizmetleri finansmanında kolektif sorumluluğun yerine getirilmesi noktasında genellikle başvuru kaynaklarından biri olan genel vergi gelirlerinin sistem içindeki ağırlığı, başta politik ve ekonomik rejim farklarına bağlı olmak üzere ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Sosyalist ülkelerde sistemin doğası gereği sağlık finansmanında kullanılan neredeyse yegane kaynak genel vergi gelirleridir. Bunun dışında kalan ülkelerde ise, bu kaynağın sistemdeki ağırlığını belirleyen en önemli unsur, toplumun kolektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğidir. Almanya sosyal sigorta sistemini (Bismarck) tercih ederken, İngiltere ise vergi sistemini (Beveridge) tercih etmiştir.<sup>136</sup>

---

<sup>134</sup> Savaş Yıldırım, a.g.k., s. 45

<sup>135</sup> Gülbiye Yenimahalleli, a.g.k, s. 171

<sup>136</sup> Fahrettin Tatar, a.g.k., s. 45

Genel vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en temel kaynaklardan biridir. Genel vergi gelirlerinin sağlığa tahsisinde çeşitli faktörler etkili olmakla beraber politik baskılardan oldukça etkilenmektedir. Bu baskılar zaman zaman sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği ve eşitliği olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>137</sup>

Genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerini genelde tüm bireyler kullanırlar. Ancak kamunun elindeki kaynakların dağıtımındaki öncelikler siyasi çıkarlar nedeniyle zaman zaman göz ardı edilir ve yatırımlar daha pahalı alanlara ve /veya kent merkezlerine kaydırılır. Bu özellikle gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanda yaşayan ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyacı olan nüfusun sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamasına yol açabilir.<sup>138</sup>

### **1.2.1.2 Zorunlu Sağlık Sigortası**

Sigortanın temelinde belirsizlik yatmaktadır. Bireyler ne zaman hastalanacağını ve hastalandığı zaman ne kadar para harcayacağı belli olmadığından olası riskleri kolektif bir şekilde karşılamayı amaçlayan sigorta ortaya çıkmıştır. Bismarck modeli olarak da bilinen sosyal sigorta, temelde prime dayalı olarak sigorta anlayışı ile işçilerin kazalara, hastalıklara, yaşlılığa ve malüllüğe karşı korumayı amaçlamaktadır. 1881 yılında Almanya'da başlamıştır. Bu modele göre sağlık sigortasında üzerinde mutabakata varılan oranlarda, maliyetlerin bir kısmını çalışan bir kısmını da işveren üstlenmektedir. Devlet ise düzenleyici fonksiyonu üstlenir ve fakirlerin primlerine veya kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmanda katkı sağlar. Dayanışma temelli, primlerin bireylerin gelirleriyle orantılı ve hizmetten yararlanmanın da ihtiyaca göre olduğu sosyal sigorta finansmanı düzenli ve istikrarlı bir finansman biçimi olması, özerk yönetim ve denetime izin vermesi, maliyetlerin düşük tutulması gibi avantajlara sahiptir. Fakat sigorta katkılarının bordrolara yansıtılması (hem işçi hem işveren), idari karmaşıklığın ve maliyetlerin yüksekliği (prim toplama, düzenleme, hizmet sunucuları ile sözleşme yapılması gibi), maliyet kontrol problemleri gibi konularda dezavantajları bulunmaktadır.<sup>139</sup>

---

<sup>137</sup> Türkan Yalçın Hasan Hüseyin Yıldırım, a.g.k., s. 4

<sup>138</sup> Serap Top, Türk Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Yapısı ve Harcama Yöntemleri,( Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi )İstanbul 2009 s.22

<sup>139</sup> Türkan Yalçın Hasan Hüseyin Yıldırım, a.g.k., s. 4

### 1.2.1.3 Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı

Açık finansman borç alma ve bu borcu şimdi harcayarak daha sonra belli zaman sürecinde genellikle genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Bu, ulusal ve uluslar arası nitelik taşıyabilir. Kısa vadeli, düşük faizli borç veya tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki yüksek enflasyon oranları ve genellikle hükümetlerin kredi itibarı üzerindeki şüpheler bu tür finansmanın sağlık sistemlerini desteklemede kullanılmasını zorlaştırmaktadır.<sup>140</sup>

Enflasyon ise para basma şeklinde veya tüketici fiyatlarındaki genel artışı ifade eder. Devletin giderleri gelirlerini aştığı zaman bütçe açığı oluşur. Devlet bu açığı ya para basarak yada kamu mal yada hizmetlerine zam yaparak kapatmaya çalışır. Gerek sağlık hizmetlerinin gerekse diğer hizmetlerin açık finansman veya enflasyon kullanılarak finansmanında özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu açığı veya enflasyon düzeyini kontrol altında tutmak için gerekli yönetsel disiplinden yoksundurlar. Bu yoksunluk beraberinde daha büyük açıkları ve hiperenflasyonu getirebilir.<sup>141</sup>

### 1.2.1.4 Özel Amaçlı Vergiler

Devletin yaptığı kamusal hizmetlerin karşılanması amacıyla ortaya çıkan finansman ihtiyacı kamu gelirleri ile karşılanır. En sağlam kamu geliri vergilerdir. Genelde vergiler ulusal bir havuzda toplanır, daha sonra hükümetin önceliklerine göre sektörler arasında dağıtılır. Ayrıca bazen hükümetler belli bir vergiyi belli amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin maliyetini karşılamak için alınan vergi özel amaçlı vergi niteliği taşır.

Bu tür tüketim vergilerinde en büyük problem genellikle toplanmasında ve dağıtımındaki zorluktur. Bu tür vergiler, popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı üzere eğer bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz bir özellik taşır bu durum az gelirli ailelere oransal olarak çok daha büyük bir yük getirir. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim malları gibi daha çok toplumun yüksek

---

<sup>140</sup> a.g.k., s. 5

<sup>141</sup> a.g.k., s. 5

gelirli kesimince satın alınan lüks ürünlerinden alınmıyorsa adil olabilir. Bu finansman kaynağı, belli programlar veya projelerin finansmanında kullanılabilir.<sup>142</sup>

### **1.2.1.5. Piyango ve Bahis Gelirleri**

Piyango ve bahis gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek kaynaklardan biri olarak belirtilmesine karşın doğrudan bir finansman kaynağı değildir. Adil olmayan bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir. Nadiren kullanılmaktadır.<sup>143</sup>

## **1.2.2. Özel Finansman Kaynakları**

### **1.2.2.1. Özel Sağlık Sigortası**

Özel sağlık sigortası, az gelişmiş ülkelerden daha ziyade, gelişmiş ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın veya NHS (National Health Service) gibi ulusal sistemlerin olmadığı ülkelerde yaygın biçimde kullanılan finansman mekanizmasıdır. Ulusal sosyal sigorta veya NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ilave ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap verebilmek için özel sağlık şirketleri kurulmuştur.<sup>144</sup> Özel sigorta kapsamındaki kişiler, ödeme güçlerine göre prim öderler ve hastalığa maruz kaldığında ödenen prime bakılmaksızın hizmetlerden ücretsiz veya cüzi bir ödeme ile faydalanırlar.<sup>145</sup>

Özel sigortayı sosyal sigortadan ayıran iki önemli özellik vardır. Bunlardan ilki; özel sağlık sigortasının sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı kapsamaması ikincisi ise; özel sigorta primlerinin sosyal sigorta da olduğu gibi bir havuzda toplanmış, riske göre değil, sigortalanan bireyin yada grubun hastalanma olasılığı göz önünde bulundurularak belirlenmesidir. Buna bağlı olarak da ödenen primler kişiden kişiye farklılıklar göstermekte dolayısıyla primlerin yüksek olması sigorta edilen kişi sayısı azalmakta ve bazı gruplar özellikle kronik hastalığı olanlar “kötü risk” grubuna girmeleri nedeniyle sigorta kapsamı

---

<sup>142</sup> a.g.k., s. 5

<sup>143</sup> Fahrettin Tatar, a.g.k., s. 47

<sup>144</sup> a.g.k.,s. 47

<sup>145</sup> Sevgi Kurtulmuş, a.g.k., s.113

dışında tutulmaktadır. Özel sigortalar, birey ve risk temelli prim aldıkları için sosyal dayanışmayı önemli ölçüde zedelemektedir.<sup>146</sup>

### **1.2.2.2. Kullanıcı Katkıları**

Alternatif sağlık finansman yöntemlerinden biri olarak görülen ve ilave gelir elde etme aracı olan kullanıcı katkıları son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlıkta finans kaynağı olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Bu yöntemi benimseyenlere göre; kullanıcı katkıları gereksiz kullanımları önleyeceği ve hastaları taleplerinde daha duyarlı ve maliyet bilinçli hale getireceği için faydalı olacaktır. Karşı görüşe göre ise; bunun tersine fakir kesim tarafından gerekli olan sağlık hizmetlerinin kullanımını engelleyeceği ve finansman yükünü bu kesimin üzerine yıkacağı ve finansal maliyetleri arttıracığı için zararlıdır. Ancak kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini en aza indirmek için; kişinin gelirine göre katkı alınması fakirlerden daha az veya hiç alınmaması hala tartışılan bir konudur.

### **1.2.2.3. İşverence Finanse Edilen Sistemler**

Çalışanların sağlıkla ilgili olan harcamalarının işveren tarafından karşılanması anlamını taşır. İşveren çalışanlarının sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanması için, bir üçüncü tarafa gerek duymadan doğrudan finansmanı üstlenebilir. Böylece çalışanlarına sağlık hizmeti vermek üzere özel sektörden hizmet satın alır, doğrudan sağlık personeli istihdam eder veya gerekli sağlık kuruluşu ve ekipmanı temin eder. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı bir yere sahip olmadığı gibi sık rastlanılan da bir durum değildir.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> Türkan Yalçın Hasan Hüseyin Yıldırım, a.g.k., s. 6

<sup>147</sup> M.Hulki Uz, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hastanelere Ödeme Modelleri [www.merih.net/m1/whulkuz](http://www.merih.net/m1/whulkuz) (15.06.2010)

#### **1.2.2.4. Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları**

işletmelerin, zengin birey ve ailelerin veya dinsel örgütlerin yardımlarıdır. Geçmişte, özellikle dünyanın belli kesimlerinde, önemli bir yeri olan bu finansman kaynağı artık önemini yitirmeye başlamıştır. Ayrıca; yardım yapan kuruluş veya şahısların önceliklerinin, yardımı alanın önceliklerinden farklı olması ve bu tür katkıların başka finans kaynaklarının azalmasına veya onların yerini almasına yol açabileceği gibi yol açtığı dolaylı sorunlar mevcuttur.<sup>148</sup>

#### **1.2.2.5. Toplum Finansmanı**

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bir bölümünü karşılamak için bireyler veya gruplar tarafından yapılan katkılar olarak tanımlanan toplum finansmanı, vergiler, sosyal sigorta primleri veya hane halkı harcamaları ile karıştırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde toplum finansmanı uygulanması ağırlıklı olarak sağlık projelerine para, malzeme veya işgücü sağlanması şeklinde gerçekleşmektedir.<sup>149</sup>

## **2. TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN GENEL YAPISI**

Türkiye'de sağlık sisteminin oldukça karmaşık bir yapısı vardır. Türk sağlık sektöründeki aktörlerden bazıları kamu, yarı kamu ve özel kurumlar ile dernek ya da vakıfların açtığı kurumlardır. Doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık sektöründe yer alan kurumlar, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olup olmamalarına ya da sağlık hizmetlerinin sunumunda idari karar alma yetkisine sahip olup olmamalarına göre gruplara ayrılabilir. Türkiye'deki sağlık sisteminde; hizmet sunucusu olarak, sağlık bakanlığı, üniversiteler, özel sektör başlıcalarıdır. Finansman kurumu bazında kilit unsur sosyal güvenlik kurumudur. Diğer bir konu ise sağlık politikalarıdır, politikaların

---

<sup>148</sup> Fahrettin Tatar, a.g.k., s. 48

<sup>149</sup> Türkan Yalçın Hasan Hüseyin Yıldırım, a.g.k., s. 7

oluşturulmasında, devlet planlama teşkilatı, sağlık bakanlığı, sağlık yöneticileri, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları önemli rol oynamaktadır.<sup>150</sup>

Türkiye’de sağlık alanındaki başlıca fonksiyonlar; ulusal düzeyde politikaların belirlenmesi, ulusal düzeyde politikaların yönetimi, genel koordinasyon ve düzenleme, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerinin finansmanı şeklinde dört ana kategoride ele alınabilir. Ülkemizde, sağlık alanında ulusal düzeyde kararlar alınması ve genel politikaların belirleme yetkisi Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı(DPT), Yüksek Öğrenim Kurumu(YÖK) ve Anayasa Mahkemesi arasında dağılmış durumdadır. Sağlık alanında ulusal düzeyde politika belirlenmesi konusunda asıl görev ve fonksiyon TBMM ve Sağlık Bakanlığı’na aittir. Sağlık hizmetlerinin planlanmasından ise DPT ve Sağlık Bakanlığı sorumludur. DPT’nin birbirinden farklı iki planlama görevi vardır. Birinci rolü stratejik planlama ikincisi ise yatırım onaylama ve planlamadır. DPT stratejik planlama doğrultusunda beş yıllık kalkınma planları hazırlar. Yatırım onaylama ve planlama doğrultusunda ise, tüm yeni yatırımların DPT onayından geçmesi şarttır. Sağlık Bakanlığı ise sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin operasyonel planlamalar yapmakta ve tanımlanan politikaların uygulanmasından sorumlu bulunmaktadır. YÖK, üniversite hastanelerinden sorumlu olmakla birlikte sağlık politikalarında yapıcı bir rolü yoktur. YÖK, DPT ve Sağlık Bakanlığı’na planlamalar esnasında danışmanlık yapar. Anayasa Mahkemesi’nin ise, TBMM’nin yasama rolü çerçevesinde hazırladığı kanun maddelerinin Anayasaya uygunluğunu denetlemek gibi bir fonksiyonu vardır. Ülkemizde sağlık hizmetlerin genel yönetiminden birinci derecede Sağlık Bakanlığı sorumludur.<sup>151</sup>

## **2.1.Sağlık Bakanlığı’nın Organizasyon Yapısı**

Sağlık Bakanlığı, merkezi düzeyde, sağlık hizmetleri ile ilgili genel kararları ve politikaları belirlemek ve uygulamaktan sorumludur. Taşra düzeyinde ise her ilde idari olarak valiyeye bağlı çalışan ancak teknik olarak Sağlık Bakanlığı’na karşı sorumlu bir il sağlık müdürü bulunmaktadır. İdari açıdan sorumluluk daha çok personel ve bölge yönetimini

---

<sup>150</sup> Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007; Sağlık Hizmetleri Sistemi , T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Bölük Ofset Ankara 2007 s. 101-102

<sup>151</sup> Coşkun Can Aktan,Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi Aura Kitapları İstanbul 2007 s. 687-689

kapsarken, teknik sorumluluk sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili kapsam ve hacim gibi konulardaki kararları içermektedir. Bakanlık, sağlık m¼d¼r¼n¼ valinin onayı ile atar.<sup>152</sup>

Sağlık Bakanlığı, merkezi y¼netime dayalı bir ¼rg¼t olup, merkezde bakan illerde ise vali ¼rg¼t¼n temel otorite noktalarını oluşturmaktadır. Bakanlık yapısında hem yatay (çok amaçlı sağlık programı) hem de dikey (tek amaçlı sağlık programı) programlar y¼r¼ten birimler vardır. Verem ve sıtma daire başkanlıkları, doğrudan m¼steřar ve bakana bağlı daire başkanlıkları olup, dikey programlar y¼r¼ten birimlere ¼rnektir. Buna karşılık, temel sağlık hizmetleri programı yatay bir program olup, temel sağlık hizmetleri genel m¼d¼rl¼đ¼nce y¼r¼t¼lmektedir.<sup>153</sup>

Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci sağlık hizmetleri vermekten sorumlu ana organizasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri veren kuruluştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bakanlık tarafından sağlık ocağı, sağlık evleri ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri yanında verem savaş dispanserleri, sıtma merkezleri ve kanser savaş merkezleri aracılığıyla sunulur. İkinci ve ¼ç¼nc¼ basamak sağlık hizmetleri sunumu, diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf, ¼zel kişiler ve Sağlık Bakanlığı'na yerine getirilir.<sup>154</sup>

---

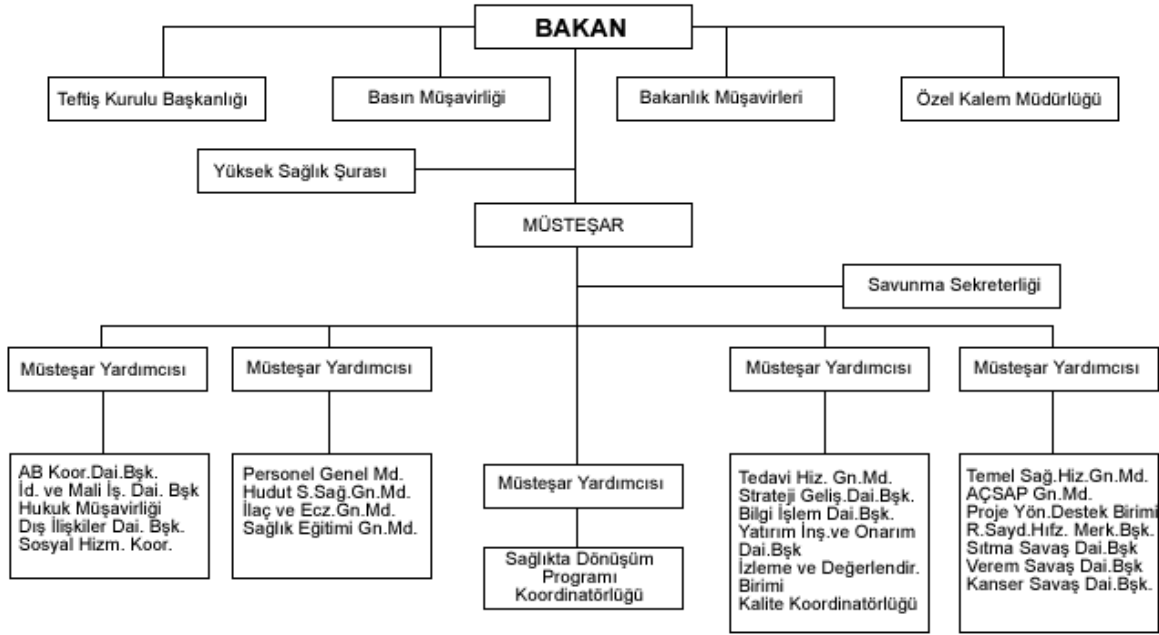
<sup>152</sup> a.g.k.s. 690

<sup>153</sup> Recep Akdur, a.g.k. s.18

<sup>154</sup> Coşkun Can Aktan a.g.k. s. 691



## SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI ŞEMASI



Şekil 1 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması

**Kaynak:** <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=17997&DOSY AISIM=teskilat.JPG> , (19.06.2010)

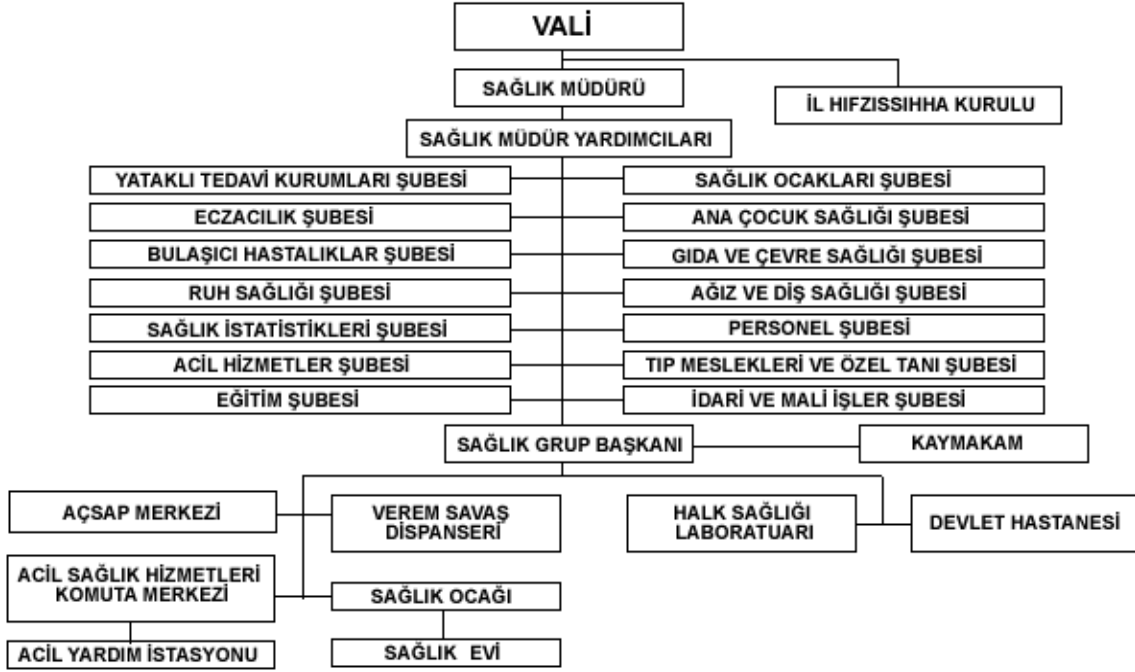
19.05.2005 tarihinde 5283 sayılı yasa ile yapılan düzenleme sonucu diğer tüm kurum hastaneleri, dispanserler ve diğer sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu, hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devrederek sadece sigortalıların aldığı sağlık hizmetini finanse eder duruma gelmiştir. 2005 yılı sonu itibariyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumların sayısı; 795 hastane, 6203 sağlık ocağı, 6088 sağlık evidir. Bu rakamlar on yıl öncesinin iki katıdır.<sup>155</sup>

Bakanlıktaki örgütlenme, sorumluluğun aşağıdan yukarıya yöneldiği dikey bir yapıdadır. İl düzeyinde müdürlükler, bir ölçüye kadar da sağlık ocakları ve sağlık evleri düzeyinde işlevlerine göre ayrılmış bölümler yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan hizmetlerin il düzeyinde idaresinden il sağlık müdürlükleri sorumludur. İdari konularla ilgili ilin en yüksek mülki amiri olan Vali'ye teknik konularla ilgili ise Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne, sağlık ocaklarında görev yapan yöneticiler ise Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne karşı sorumludur.<sup>156</sup>

<sup>155</sup> Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, a.g.k., s. 103

<sup>156</sup> a.g.k., s. 104-105

## T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI



Şekil 2 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Organizasyon Şeması

Kaynak: [http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosyalar/Tasra\\_kucuk.jpg](http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosyalar/Tasra_kucuk.jpg), (19.06.2010)

## 2.2. Gelir Yönünden Kamu Bütçesi

Kamu hizmetlerinin maliyeti, piyasa ekonomisinde olduğu gibi, yararlananlara yararlanmanın ön şartı olarak sunulan hizmetlerin bedeli ödetilerek karşılanmaz. Tamamen topluca finansman, kamu finansmanı yoluyla karşılanır. Piyasa ekonomisi üreticileri, maliyetlerini ve karlarını müşteri ödemelerinden karşılar. Kamu ekonomisi ise vergilemeye ve bütçe ödeneklerine dayandırır. Vergileme siyasal yoldan bedel ödetmedir. Piyasa finansmanından farkı maliyeti karşılayanın hizmetten yararlanırken ya da yararlandığı için ödeme yapıyor olmaması, ödeme ile hizmeti alma arasında dolaysız bir neden- sonuç ilişkisinin bulunmasıdır. Kamu hizmetlerinin maliyeti topluca bütçeden karşılanır. Kamu ekonomisine ödeme yapanlar, bunun karşılığında belli hizmetlerden yararlanma hakkı kazanmazlar. Devlet bir yandan kamu hizmetlerini topluma aktarırken diğer taraftan kamu gelirlerini hizmetlerin akışından bağımsız olarak ve ayrı kurallar uyarınca halktan toplar.<sup>157</sup>

<sup>157</sup> Kenan Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş Maliye ve Hukuk Yayınları, Ankara 2008 s. 339

Kamu hizmetlerinin maliyetlerinin topluca karşılanması, esas olarak, özel kesimin elinde bulunan kaynakların bir kısmının kamu kesimine aktarılması şeklinde olmaktadır. Bunun içinde kişilere genellikle karşılıksız zorunlu ödemeler olarak vergiler yüklenir. Bunun dışında devlet, yaptırım gücüne dayanmaksızın gönüllü nitelikte gelirlerde elde edebilir. Bazı gelir kalemlerinde ise, hem zorlayıcılık hem de özel kesim gelirlerine benzer nitelikler bulunabilir. Bu farklı niteliklere göre başlıca gelir çeşitleri;<sup>158</sup>

- Vergiler
- Para cezaları
- Resim ve harçlar
- Şerefîyeler
- Mülk ve teşebbüs gelirleri
- Borçlanmalar
- Bağışlar ve yardımlar

Bütçeye gelir aktarımı kişiler vergilendirilerek yapılır. Devlet, zorunlu ödetme yerine borçlanarak da halkın satın alma gücünü kamu ekonomisine aktarabilir. Devletin merkez bankasından aldığı ödünç para basılarak karşılanırsa fiyatların artışı(enflasyon), özel talebin kısılması ile serbest kalan kaynaklar kamuya geçer. En kötüsü devlet, kişilerden kaynakları doğrudan mal ve hizmet olarak karşılıksızda alabilir. Ürüne el koyar, taşınmazları bedelsiz kamulaştırır, taşınırları müsadere eder.<sup>159</sup>

### 2.2.1. Vergiler

Vergi sisteminin temel görevi, kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gerekli finansmanı sağlamaktır. Bunun yanında vergi sistemi ekonomik ve sosyal amaçlı fonksiyonlar da üstlenmiştir. Kamu hizmetlerinin finansman gerekliliği ve vergiye yüklenen önemli fonksiyonlar, ülkelerin vergi yapılarının ve sistemlerinin sürekli geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Vergi politikamızın temel amacı; büyüme ve istihdam politikalarını destekleyici, kayıt dışı ekonomiyi azaltıcı ve aynı zamanda makroekonomik politikalarla uyumlu, etkin ve basit bir vergilendirme sisteminin oluşturulmasıdır.<sup>160</sup>

---

<sup>158</sup> Nazmiye Çelebier, Türkiye’de Konsolide Devlet Bütçesinin Finansmanı(1965-1985), Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Ankara 1985 s. 11

<sup>159</sup> Kenan bulutoğlu a.g.k., s. 340-341

<sup>160</sup> T.C.Maliye Bakanlığı 2010 Yılı Bütçe Gerekçesi, Ankara 2009 s. 216

Vergilerin matrahı iktisadi faaliyetlere ve durumlara dayandırılır. Vergileri dayandıkları iktisadi durumlara ve işlemlere göre; satış vergileri, mülkiyet vergileri, gelir vergileri ve hizmet bedelini ödetme olarak sınıflandırabiliriz.<sup>161</sup>

Satış vergileri alım satım işlemlerinden yani hizmet tüketiminden alınır. Piyasa faaliyetlerinde alım satım işlemlerinin tümü genel olarak vergilendiriliyorsa “genel satış vergileri”dir. Bunlar, belli bir iktisadi faaliyet aşamasında alım satım konusu olan bütün mallar ve hizmetlerden alınır, vergilendirilmeyen mal veya hizmetler açıkça belirtilir. Özel satış vergileri ise sadece belirtilmiş olan mallardan alınır. Satış vergileri dış ticaret konusu mallardan alınıyorsa bunlara, ihracat ya da ithalat “gümrük vergileri” denir. Gümrük vergileri, yurt içi vergilerinden ayrı olarak konur. Fakat ithal edilen mallara gümrüklerden ayrı olarak yurt içinde alınan dolaylı vergilerde yüklenir.<sup>162</sup>

Mülkiyet vergileri bazı dayanıklı malların sahiplerinden alınır. En eski mülkiyet vergisi taşınmaz mülkiyet vergisidir. Taşınır dayanıklı eşyalardan(otomobil, deniz aracı, televizyon, hayvan) sahiplik sürdükçe vergi alınabilir. Kişilerin varlıklarının tümünden alınan vergiye “servet vergisi” denir.<sup>163</sup>

Gelir vergisi ise; gerçek ya da tüzel kişilerin elde ettikleri gelirlerden alınır. Günümüzde birçok devletin en önemli gelir kaynağı gelir vergileridir. Gerçek kişilerin gelirinden alınan vergiye “kişisel gelir vergisi”, tüzel kişilerin gelirlerinden alınan vergiye de “kurumlar vergisi” adı verilir. Karşılıksız gelir aktarmalarından alınan veraset ve intikal vergileri de geniş anlamda gelir vergisi sayılır.<sup>164</sup>

Yararlanma vergileri olarak da isimlendirilen harçlar, resimler, şerefîyeler devletin sağladığı bazı hizmetlere karşılık alınan vergilerdir. Harçlar kamu hizmetinden faydalanma sırasında alınan paralardır(noter işlemleri, pasaport işlemleri, tapu kadastro işlemleri gibi). Harçlarda taraflardan biri devlettir ve hizmetin yapılması sırasında tahsil edilir. Resimlerde ise; kişiler arasındaki belli işlemlerin geçerliliğinin güvence altına alınmasına dayanılarak kanıt niteliğinde bazı belgelerin düzenlenmesi sırasında alınır ve pul yapıştirılarak tahsil

---

<sup>161</sup> Kenan bulutoğlu a.g.k., s. 341

<sup>162</sup> a.g.k.,s. 341

<sup>163</sup> a.g.k.,s. 341

<sup>164</sup> a.g.k.,s. 341

edilir. Devletin gerçekleştirdiği çeşitli bayındırlık hizmetlerinden yararlananlara bu yararın bir kısmının ödetilmesine şerefiye adı verilir. Bağışlar ve yardımlar devletin sürekli geliri olmayıp, kişilerin, belli bir hizmetin gerçekleşmesi için bağışta bulunması veya vasiyet yoluyla devlete geçen kaynaklardır. Borçlanmada ise; bütçe giderlerinin normal bütçe gelirleri ile karşılanamaması durumunda hazine işlemlerine başvurulur. Hazine de temel görevini oluşturan düzenli ödemeleri aksatmamak ve gelir gider dengesini devam ettirebilmek için, devletin devamlı ve normal gelirlerini destekleyecek finans olanaklarını sağlamak adına borçlanma yoluna gidebilir.<sup>165</sup>

Ülkemizde gelir politikasının temel ilkeleri, 5018 sayılı kamu mali yönetimi ve kontrol kanununun 36.maddesinde belirtilmiş olup gelirlerin toplanmasında maliye bakanlığı tarafından yerine getirilmesi gereken mükellefiyetler belirtilmiştir. Buna göre, her yıl maliye bakanlığı o yıla ilişkin gelir politikaları ve uygulamaları konusundaki ilkelerini, amaçlarını kamuoyuna açıklayacak, mükelleflerin yükümlülüklerini kolayca yerine getirebilmeleri için gerekli tedbirleri alacak, mükelleflerin vergiye uyumunun sağlanması ve yükümlülükleri konusunda gerekli bilgilendirme çalışmalarını yapacaktır.<sup>166</sup>

### **2.3. Harcama Yönünden Kamu Bütçesi**

Kamu harcamaları devletin ulusal ve yerel bütçede yaptığı harcamalardır. Siyasal organın kamu hizmetleri için topladığı vergiler ve sağladığı diğer kaynakları bütçe belgesi ile ödenek ayırarak yaptığı giderlerin tümü kamu harcamasıdır. Devletin yaptığı tüm harcamalar kamunun bütçe harcaması değildir. Devlet iktisadi girişimlerinin ilk sermaye teşkil ödeneği bütçeden verilmişse bu kamu harcamasıdır; bundan sonra kendi faaliyetlerinden yarattığı gelirlerin harcamaları kamu harcaması değildir.<sup>167</sup>

Kamu harcamalarının nitelik ve etki yönünden farklılıklar göstermesi değişik sınıflandırmalara yol açmıştır. Ancak bu sınıflandırmalar yapılırken harcama türlerini kesin bir sınırla ayırmak mümkün olmamakla beraber konuyla ilgili değişik görüşler ortaya atılmaktadır.<sup>168</sup> Kamu harcamaları, yapılan işlerin niteliğine göre işlevsel olarak ve bu

<sup>165</sup> Nazmiye Çelebier, a.g.k., s. 12

<sup>166</sup> Hikmet Tosun, A.Uğur Cebeci, 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, Muhasebet Kontrolörleri Derneği Yayını Yayın no:8 Ankara 2006 s. 101

<sup>167</sup> Kenan Bulutoğlu, a.g.k., s.195

<sup>168</sup> Nazmiye Çelebier, a.g.k., s.5

harcamalarda kullanılan kaynakların türlerine göre ekonomik olarak başlıca iki şekilde sınıflandırılır. İşlevsel sınıflandırmada kamu hizmetleri üç grupta toplanabilir. Birincisi; genel yönetim ve düzen hizmetleridir. Genel yönetim, temsil yasama, düzen, güvenlik, yargı ve savunma hizmetleri bu grupta yer alır. Bu hizmetler toplumun demirbaş kamu hizmetleridir. Devlet düzeni ve piyasa ekonomisi bu hizmetler olmadan kurulamaz.<sup>169</sup>

İkinci grup hizmetler, vatandaşlara toplu olarak veya teker teker sunulan refah sağlayan hizmetlerdir. Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve yardım gibi hizmetler bu grupta yer almaktadır. Bu hizmetler vatandaşların dolaysız olarak kendi gereksinimleri için yararlanabildikleri hizmetlerdir.<sup>170</sup>

Üçüncü grupta ise, ekonomik nitelikli hizmetler yer almaktadır. Tarım, sanayi, ticaret konularındaki hizmetler, alt yapı hizmetleri ve yatırımları bu gruptadır. Ekonomik hizmetler kişilere doğrudan doğruya fayda sağlamaz, daha çok piyasadaki firmaların özel maliyetlerini azaltmalarına yardımcı olur.<sup>171</sup>

Ayrıca kamu harcamaları faydasının yayıldığı döneme bakılarak, “cari harcamalar” ve “sermaye harcamaları” olarak iki gruba ayrılabilir. Bazı kamu harcamalarının etkileri döneminde yok olmadığı, gelecek dönemlere de geçtiği halde nesnel varlıklar olmayışı nedeniyle cari harcama olarak nitelendirilmelerine neden olmaktadır. Eğitim ve sağlık harcamalarının üretici güç olarak insan üzerinde gelecek dönemlere kalıcı etkileri olmasına karşın kamu muhasebesinde cari harcama olarak geçmektedir. İktisadi çözümlemede bu harcamaların gelecekteki olumlu etkisi göz önünde bulundurularak insan sermayesine yatırım veya “kalkınma carileri” adı da verilir.<sup>172</sup>

Gelecek dönemlere kalıcı varlıklara yapılan harcamalar yatırımdır, sermaye birikimine gider. Sermaye harcamaları, yeni ya da varolan varlıkların satın alınması, stok artırımı ve sermaye aktarmaları için yapılır. Yeni yatırımlar ülkenin sermaye stokuna eklenir.<sup>173</sup>

---

<sup>169</sup> Kenan Bulutoğlu, a.g.k., s.195

<sup>170</sup> a.g.k., s. 195

<sup>171</sup> a.g.k., s. 195

<sup>172</sup> a.g.k., s. 196

<sup>173</sup> a.g.k., s. 196

Kamu harcamaları verilen hizmetlerden başka ekonomik kaynaklara göre de sınıflandırılabilir. Devlet ücret ödeyerek emek piyasasına girer ve insan gücü çalıştırır, dayanıklı mallar kiralar, çeşitli girdiler (enerji, büro malzemeleri, taşıtlar, besin, ilaç gibi) satın alıp kullanır, firmalardan hizmetler alır. Devlet aldığı bu girdileri kamu hizmetleri üretiminde kullanır. Fakat, yaptığı bazı ödemeler karşılığında hiçbir ekonomik girdi satın almaz, kaynak alıp tüketmez sadece satın alma gücü aktarır(emekli maaşı, kişilere ve kurumlara yardım, borç anapara ödemeleri gibi).<sup>174</sup>

Kamu idarelerinin bütçeleri, maliye bakanlığınca uluslar arası standartlara uyumlu olarak belirlen analitik bütçe sınıflandırmasına göre hazırlanmaktadır. Analitik bütçe sınıflandırması; kurumsal sınıflandırma, fonksiyonel sınıflandırma, finansman tipi ve ekonomik sınıflandırma olmak üzere dört gruptan oluşmaktadır.<sup>175</sup>

### **2.3.1 Türkiye’de Bütçe Harcamalarının Sınıflandırılması**

Türkiye’de bütçede kullanılan ekonomik sınıflandırmaya göre harcamalar; cari, yatırım ve transfer harcamaları olarak ayrılmaktadır. Cari harcamalar; kamu harcamalarının sınıflandırılmasında gerçek harcamalar olarak belirlenen, süreklilik arz eden, her yıl tekrarlanan tüketimle ilgili harcamalardır. Cari harcamalar bütçedeki şekliyle; personel giderleri, yolluklar, hizmet alımları, tüketim malları ve malzeme alımları, demirbaş alımları, diğer ödemeler harcama kalemlerini kapsamaktadır.<sup>176</sup>

Yatırım harcamaları; ekonominin üretim gücünü doğrudan arttıran, sermaye mallarına ilaveler veya mal stoklarında artma sonucunu doğuran, faydası yapıldığı dönemle sınırlı kalmayıp gelecek dönemlere de yansıyan harcamalardır. Türkiye’de bütçedeki sınıflandırmaya göre; etüt ve proje giderleri, yapı, tesis ve büyük onarım giderleri, makine ve teçhizat alımları yatırım harcamaları olarak yer almaktadır.<sup>177</sup>

Cari dönem üretimine karşı doğrudan bir talep yaratmayan, bazı servet unsurlarının kişiler ve kurumlar arasında el değiştirmesi niteliğini taşıyan harcamalar yatırım

---

<sup>174</sup> a.g.k. , s. 197

<sup>175</sup> Hikmet Tosun, A.Uğur Cebeci, a.g.k. , s. 84

<sup>176</sup> Nazmiye Çelebier, a.g.k., s. 6

<sup>177</sup> a.g.k., s.7

harcamalarıdır. Bu tip harcamalar genellikle karşılıksız harcamalardır. Bütçede sermaye teşkili ve transfer harcamaları başlığı altında toplanan harcamalar ise; kurumlara katılma payları ve sermaye teşkilleri, iktisadi transferler ve yardımlar, mali transferler, sosyal transferler, borç ödemeleri ve kamulaştırmadır.<sup>178</sup>

### 3. SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ (2000 – 2008)

Vatandaşların ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılımını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmeye katkıda bulunmak, sağlık hizmetinden yararlananların sağlığını yükseltmenin sorumluluğunun yanı sıra hastalığın veya sağlığın maliyetine karşı finansal koruma sağlamak ve toplumu tedavi etmek sağlık politikalarının temel amacıdır. Bu nedenlerden dolayı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finanse edilmesi ve sunulması devletin sorumluluğundadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini etkinleştirilmesi, alt yapı ve sağlık personeli ihtiyacının karşılanması ve ülke genelindeki dağılımlarının dengelenerek bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arasındaki farklılıkların azaltılması, sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet ilkesiyle, hasta haklarına saygılı, erişilebilir, etkin ve kaliteli bir yapıya kavuşturulması, akılcı ilaç kullanım mekanizmalarının oluşturulması sağlık politikalarında amaca ulaşabilmek için önemlidir.<sup>179</sup>

Devlet tarafından sağlık harcamalarına ayrılan pay incelendiğinde dikkat edilmesi gereken noktalar bulunmaktadır. Bunların başında sağlık harcamasının kapsamının ne olduğu vardır. Sağlık hizmetleri fonksiyonu devlet tarafından yapılan sağlık harcamalarını içerir. Sağlık harcamaları, gerek kolektif anlamda yapılan giderler gerekse de bireylere sağlanan hizmetlere ilişkin giderlerdir. Kolektif sağlık hizmetleri devlet politikasının oluşturulması, idaresi; tıbbi personel, gezici sağlık personeli, hastane, klinik ve ameliyathane vb. için standartların oluşturulması yürütülmesi; sağlık hizmeti sağlayan kişilerin lisanslanması düzenlenmesi; tıp ve sağlık ile ilgili konularda uygulamalı araştırma ve deneysel geliştirme çalışmaları gibi konuları içerir.<sup>180</sup>

---

<sup>178</sup> a.g.k., s. 7-8

<sup>179</sup> T.C.Maliye Bakanlığı 2010 Yılı Bütçe Gerekçesi a.g.k., s. 218

<sup>180</sup> Yasemin Özdemir, M. Yasin Saatçi 2008 Yılı Merkezi Bütçe Kanununun Değerlendirilmesi Ankara 2008 s. 32



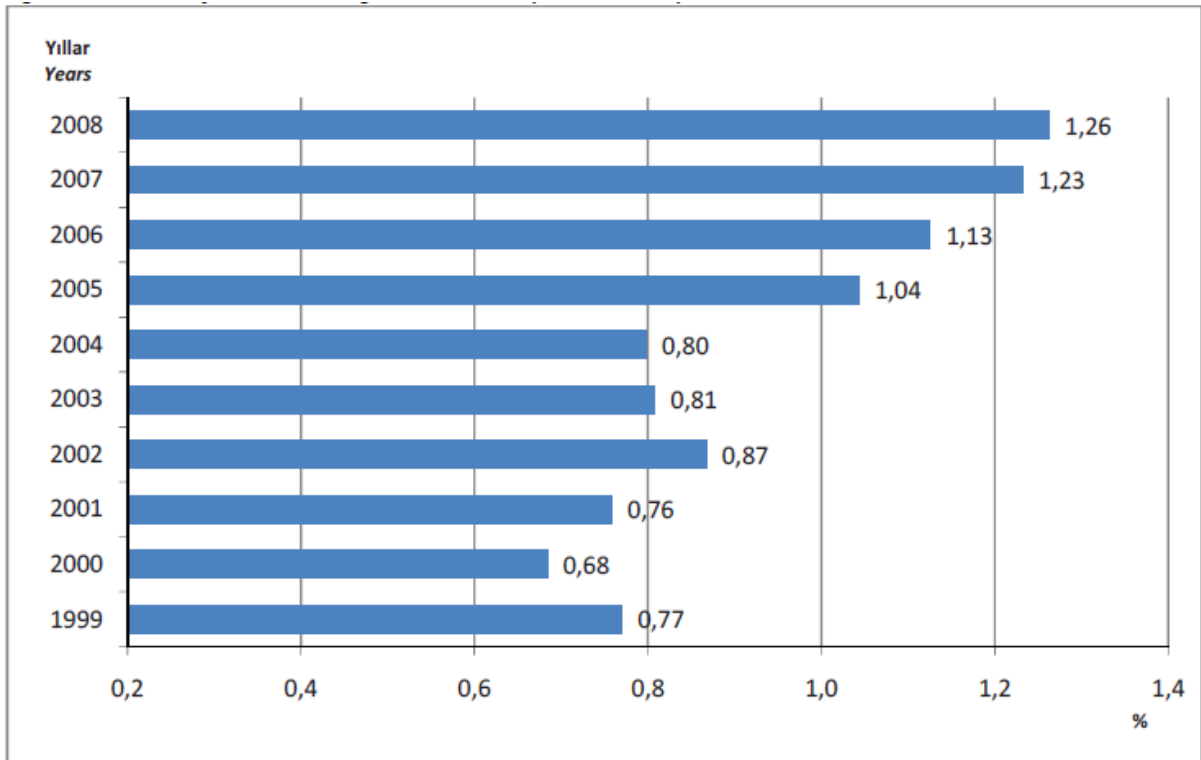
**Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Fonksiyonu Giderleri**

BİN YTL	2006		2007		2008	
	BAŞLANGIÇ ÖDENEĞİ	HARCAMA	BAŞLANGIÇ ÖDENEĞİ	HARCAMA	BAŞLANGIÇ ÖDENEĞİ	MYB İÇİNDEKİ PAYI (%)
Sağlık Hizmetleri Fonksiyonu	8.134.910	8.362.481	7.392.932	11.261.208	11.787.248	5,30

Kaynak: T.C Maliye Bakanlığı 2008 Yılı Bütçe Kanunu Değerlendirilmesi

Bu kapsamda değerlendirildiğinde 2008 yılı Merkezi Yönetim Bütçesinde sağlık hizmetleri fonksiyonunda yer alan hizmetler için 11.787 milyon YTL ödenek öngörülmüştür. Söz konusu giderlerin merkezi yönetim bütçesi içindeki payı % 5,3 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 2. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı**



Kaynak: TÜİK, Sağlık Bakanlığı, Bütçe Kesin Hesap Cetvelleri, Türkiye Sağlık İstatistikleri 2008

Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) içindeki oranı 1999 ve 2004 yılları arasında yüzde 0,7 ve yüzde 0,8 oranları arasında seyrederken 2005 yılından itibaren bu oran giderek artmış 2005 yılında yüzde 1,04 oranında iken 2008 yılında yüzde 1,26 oranında gerçekleşmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde, özellikle 2003 yılı sonrası yapılan bir dizi düzenlemenin bu artışta etkili olduğu görülmektedir.

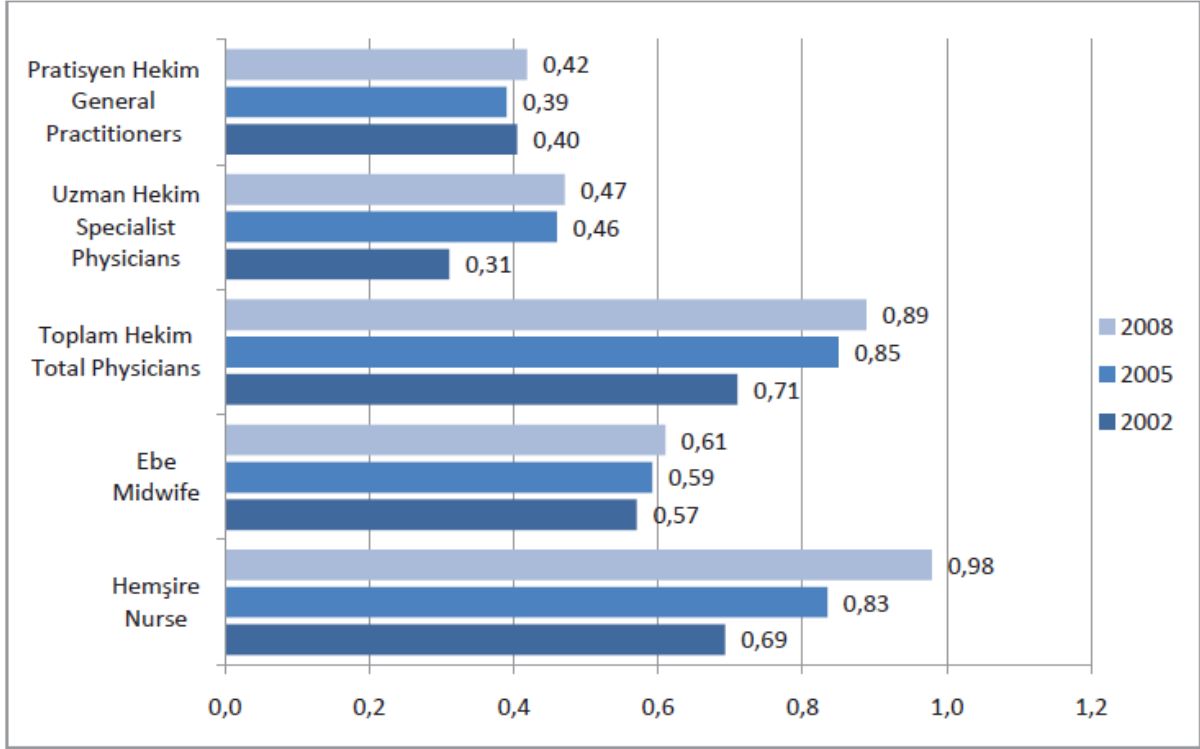
**Tablo 3. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Harcama Birimlerine Dağılımı (%), (1992-2004)**

	<b>1992</b>	<b>1994</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>
Personel giderleri	76.7	79.1	77.5	78.4	77.9	55.9
Diğer cari harc	8.4	7.9	5.8	7.2	5.6	28.1
Yatırımlar	8.1	8.5	8.3	5.1	8.7	8.1
Transferler	6.8	4.5	8.4	9.3	7.8	7.9

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006

Sağlık Bakanlığı bütçe harcamalarının büyük çoğunluğu personel giderleri olarak gerçekleşmesine rağmen, 1994 yılında yüzde 79.1 olan personel giderleri 2004 yılı itibariyle yüzde 55.9 oranına gerilemiştir. Bu gerileme de son yıllarda 657 sayılı kanuna tabi personel yerine 657 sayılı kanunun 4/b maddesine tabi sözleşmeli personel alımının etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer cari harcamaların da 1998 yılında yüzde 5.8 oranında gerçekleştiği, 2002 yılında yüzde 5.6'dan 2004 yılında yüzde 28.1 oranına yükseldiği görülmektedir. Personel giderleri ve diğer cari harcamaların, Sağlık Bakanlığı bütçe harcamalarının %50'den fazlasını oluşturmasına karşın yatırım harcamaları yıllar içerisinde genellikle %8'ler oranında kalmıştır. Bu oran oldukça düşüktür.

**Tablo 4. Yıllara Göre 1.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayısı, Sağlık Bakanlığı,**



Kaynak: TÜİK, Sağlık Bakanlığı, Bütçe Kesin Hesap Cetvelleri, Türkiye Sağlık İstatistikleri 2008

Not: Asistan hekim sayısı, uzman hekim sayısına dahil edilmiştir.

Yukarıdaki Tablo 4 ve aşağıdaki Tablo 5 incelendiğinde pratisyen hekimlerin daha ziyade sağlık ocaklarında görev yaptığı, son dönemde faaliyete geçirilen aile hekimliği birimlerinde ise 2008 yılı itibariyle 4.588 pratisyen hekimin görev yaptığı görülmektedir. 1000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı ise 2002 yılında 0.40 iken 2008 yılında 0.42 olmuştur. Hastanelerde görev yapan pratisyen hekim sayısı 8.459 iken sağlık ocaklarında bu rakam 13.371'dir. 1000 kişiye düşen uzman hekim sayısı ise; 2002 yılında 0.31 iken 2008 yılında 0.47'ye yükselmiştir. Bunların 24.920'si hastanelerde, 68'i sağlık ocaklarında görev yapmıştır. Aile hekimliği biriminde ise 2008 yılı itibariyle sadece 22 uzman hekim görev yapmıştır. Uzman hekimlerin büyük çoğunluğu hastanelerde görevlendirilmiştir. 1000 kişiye düşen ebe sayısı 2002 yılında 0.57 den 2008 yılında 0.61'e yükselmiş ve ebeler sağlık ocağı veya hastanelerde görev yapmıştır. Hemşireler ise; 2008 yılında büyük oranda hastanelerde

görev yapmıştır. 2002 yılında 1000 kişiye düşen hemşire sayısı 0.69 iken 2008 yılında 0.98'e yükselmiştir. 1000 kişiye düşen hemşire sayısında 2002 ve 2008 yılları arasında artış meydana geldiği görülmüştür. Uzman hekimler ve hemşireler daha ziyade hastanelerde görevlendirilirken pratisyen hekim ve ebelerin sağlık ocaklarında görev yaptığı görülmüştür. Aile hekimliği uygulaması 2005 yılı itibariyle bazı pilot bölgelerde uygulanmaya başlanmasına karşın henüz ülke genelinde tam olarak uygulamaya geçilememiştir. Aile hekimliği birimlerinde ise yeterli sağlık personeli bulunmadığı görülmektedir.

**Tablo 5. Bazı Sağlık Bakanlığı Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, 2008**

	Hastaneler <i>Hospitals</i>	Sağlık Ocağı <i>Health Center</i>	Aile Hekimliği Birimi <i>Family Medicine Unit</i>	Diğer Kurumlar <i>Other Facilities</i>	Toplam <i>Total</i>
Uzman Hekim <i>Specialist Physician</i>	24.920	68	22	876	25.886
Pratisyen Hekim <i>General Practitioner</i>	8.459	13.371	4.588	3.481	29.899
Asistan <i>Medical Residents</i>	7.751	-	-	-	7.751
Toplam Hekim <i>Total Physicians</i>	41.130	13.439	4.610	4.357	63.536
Hemşire <i>Nurse</i>	51.443	11.225	2.647	4.707	70.022
Ebe <i>Midwife</i>	17.194	18.577	5.513	2.316	43.600

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü Türkiye Sağlık İstatistikleri 2008

Not: Diğer Kurumlar 112 Acil Yardım İstasyonları, Verem Savaşı Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, AÇSAP Merkezleri personelini kapsamaktadır.

**Tablo 6. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Bakanlık Birimlerine Göre Dağılımı (%), (1992-2004)**

	<b>1992</b>	<b>1994</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>
Tedavi Hizm. Gn. Md	51.4	50.6	51.4	52.0	50.1	57.0
Temel Sağlık Hizm. Gn. Md	27.4	31.0	32.6	32.6	34.3	31.7
Sıtma Savaş D. Bşk.	2.3	4.2	1.7	1.9	1.8	1.1
Eğitim Gn. Md.	4.3	3.8	4.0	4.2	3.9	2.8
*AÇS-AP Gn. Md	2.5	2.4	2.0	2.2	2.2	1.8
Verem Savaş D. Bşk.	2.2	1.9	1.8	1.7	1.7	1.3
Refik Saydam Bşk	1.7	0.9	1.1	1.0	0.9	0.7
Diğer	8.2	5.2	5.4	5.0	5.1	3.6

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006

\*AÇS-AP: Ana Çocuk Sağlığı - Aile Planlaması

Yukarıdaki Tablo 6'da, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Sağlık Bakanlığı bütçesinden aldığı pay, 1992 yılında yüzde 51.4 ve 2004 yılında yüzde 57.0 olmuştur. Yıllar içerisinde ortalama yüzde 50'lerdeki oranıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı bütçesinde en yüksek paya sahiptir. Bunda, bütçede en çok gider grubunu oluşturan personel giderlerinin ve diğer cari harcamalarının en etkin olarak gerçekleştirildiği 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini bünyesinde barındırmasının etkili olduğu görülmektedir.

**Tablo 7. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesinin Harcamalarının Birimlerine Dağılımı (%), (1996-2004)**

	Personel		Diğer Cari		Yatırım	
	Milyon TL/	Yüzde	Milyon TL/	Yüzde	Milyon TL/	Yüzde
1996	21.297.308	83.4	1.221.200	4.8	3.021.000	11.8
1997	47.480.433	87.8	3.110.946	5.7	3.500.000	6.5
1998	103.400.383	88.9	7.630.850	6.6	5.289.700	4.5
1999	182.070.510	89.9	13.299.375	6.6	7.256.000	3.5
2000	275.859.050	89.1	22.367.600	7.2	11.200.000	3.7
2001	422.689.300	88.9	34.615.060	7.2	18.556.740	3.9
2002	653.930.993	89.1	56.905.618	7.8	23.265.505	3.2
2003	829.553.000	87.5	95.316.000	10.1	23.029.000	2.4
2004	1.210.626.000	79.9	261.523.300	17.2	43.295.000	2.4

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006

Yukarıdaki Tablo 7 de, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yatırım harcamaları, 1996 yılında yüzde 11.8'den 2004 yılında yüzde 2.4'e gerilemesine karşın, milyon/TL olarak 1996 yılında 3.021.000'den 2004 yılında dikkat çekici bir artışla 43.295.000'e yükselmiştir. Aynı şekilde personel giderlerinde de 1999 yılında yüzde 89.9'dan 2004 yılında yüzde 79.9'a gerilemişken, milyon/TL olarak 1999 yılında 182.070.510 iken 2004 yılında 6.5 kat artarak 1.210.626.000 olarak gerçekleşmiştir.

### 3.1. Sağlık Bakanlığı Bütçe Uygulaması

- **100 Personel giderleri**; bütçe dairesi başkanlığınca dağıtılmaktadır. Personelin maaşları, tüm sosyal hakları ve nöbet ücretleri bu harcama kaleminden karşılanmaktadır. Giyecek yardımı fonları sağlık müdürlüklerince tasdik edilmektedir. Bu formların tasdik amacıyla bakanlığa gönderilmesine gerek yoktur.<sup>181</sup>
- **200 Yolluklar**; isteğe bağlı olarak gönderilen ödenektir. Artık sağlık müdürlüklerince topluca tahsis edilmektedir. Kurumlar bu harcama kaleminden ödenek talebinde bulunmazlar. Yolluk ödenekleri, ödeme saymanlıklarının önceki dönem harcamalarına bakılarak serbest bırakılan oranlar dahilinde topluca tahsis edilir. Kurumların tahakkuklarını yapıp, ita amirinin imzasına müteakip ödeme saymanlıklarına intikal ettireceklerdir.<sup>182</sup>
- **300-400 Harcama Kalemleri**; döner sermayesi olan kurumlara bu harcama kaleminden ödenek tahsisi yapılmayacaktır. Kurumlar bu harcama kaleminden olan ihtiyaçlarının tamamını döner sermaye gelirlerinden karşılayacaklardır. Ödenek talebinde bulunulmayacaktır. Harcamalar duyuna bırakılmayacaktır. Duyuna kalan veya kalacak olan ödemeler de döner sermaye bütçesinden karşılanacaktır.<sup>183</sup>
- **400 Harcama Kaleminden Ödenek Tahsis Edilen Döner Sermayeli Kurumların Harcama Usulleri**; bu kurumlara gönderilen ödenekler sadece elektrik, su, doğalgaz, odun, kömür, fuel-oil gibi harcamalar için kullanılacaktır. Gönderilen ödeneğin bu harcamalar için yetmemesi halinde, kalan ihtiyaçlar döner sermaye bütçesinden karşılanacaktır. Gönderilen ödeneğin bu harcamalara yetip bir kısmının artması halinde genel müdürlükten izin alınmak kaydıyla, 400 harcama kaleminin diğer ayrıntı kodlarında

---

<sup>181</sup> Mustafa Damat, Bütçe ve Yeşil Kart Uygulamaları  
[http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce\\_ykart\\_dosyalar/frame.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce_ykart_dosyalar/frame.htm) (25.06.2010)

<sup>182</sup> Mustafa Damat, [http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce\\_ykart\\_dosyalar/frame.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce_ykart_dosyalar/frame.htm) (25.06.2010)

<sup>183</sup> Mustafa Damat, [http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce\\_ykart\\_dosyalar/frame.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce_ykart_dosyalar/frame.htm) (25.06.2010)

kullanılabilir. Harcamalar duyuna bırakılmayacaktır. Harcamalar duyuna kalsa dahi döner sermaye bütçesinden karşılanacaktır.<sup>184</sup>

- **400 Harcama Kaleminden Ödenek Tahsis Edilen Döner Sermayesi Olmayan Kurumların Harcama Usulleri**; gönderilen ödenek 430 akaryakıt ve yağ giderleri dışında kalan tüm ayrıntı kodları için kullanılabilir. Harcamalar tasarruf anlayışı içinde yapılacaktır. Harcamaları duyuna bırakmamaya azami gayret gösterilecektir.<sup>185</sup>
- **500 Demirbaş Alımları**; bu harcama kalemi öncelikle yangın söndürme cihazlarının alım ve dolumu için kullanılmaktadır. Öncelikle döner sermaye gelirleri az olan kurumlar ile döner sermayesi olmayan kurumlara isteğe bağlı olarak tahsis edilecektir. Yeni hizmete açılacak olan hastanelerin büro makineleri alımlarında kullanılacaktır. Yukarıdaki açıklamalara uyan kurumlar bu harcama kaleminden ödenek talep edebileceklerdir. İhtiyaçlar fiyatlandırılarak talep edilecektir.<sup>186</sup>

### 3.2.Döner Sermaye Uygulamaları

Genel ve katma bütçeli idarelerin kamu hizmetlerini yerine getirmeleri sırasında bu hizmetlere bağlı olarak yönetilen ticari, sınai, tarımsal, kültürel ve mesleki faaliyetlerin yürütülmesi için tahsis edilen sermayelere denir. Döner sermayeli işletmelerin kuruluş amaçları; kamudaki atıl kapasitenin kullanılması, belli bir talebin karşılanması, devlete ek gelir sağlamak, toplumsal faydalar sağlamak, daha fazla mali ve idari özerklik sağlamak, giderlerde serbestlik sağlamak ve özel imkanlar ve ayrıcalıklar sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı teşkilatında döner sermaye uygulamaları, 40.01.0961 tarih ve 209 sayılı kanun ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve hıfzısıhha merkezleri ile ağız diş sağlığı merkezlerinde döner sermaye kurulabilmekte iken 209 sayılı kanunda değişiklik yapan 11.01.2001 tarih ve 4618 sayılı kanun ile sağlık müdürlüklerine de döner sermaye kurulmuştur. Ayrıca 209 sayılı kanunun 3. maddesinde döner sermayenin gelir yerleri ve gider yerleri belirtilmiştir. Gelirler; muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil işleri, insan kanı ve kan ürünleri ile ilgili faaliyetleri, aşı ve serum imali ile müesseselerde

---

<sup>184</sup> Mustafa Damat, [http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce\\_ykart\\_dosyalar/frame.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce_ykart_dosyalar/frame.htm) (25.06.2010)

<sup>185</sup> Mustafa Damat, [http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce\\_ykart\\_dosyalar/frame.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce_ykart_dosyalar/frame.htm) (25.06.2010)

<sup>186</sup> Mustafa Damat, [http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce\\_ykart\\_dosyalar/frame.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce_ykart_dosyalar/frame.htm) (25.06.2010)



istihsal(üretim) veya imal edilecek maddeler. Giderler; tıbbi, cerrahi alet, malzeme ve cihazlar, mefruşat ve demirbaş eşya satın alma, tamirat, tadilat, inşaat ve tesisat yaptırma, gayrimenkul kiralama, tamir ve imal atölyeleri açılması, ambulans ve cenaze arabası satın alınması, canlı hayvan beslenmesi, zirai mahsullerden ihtiyaç görüleninin yetiştirilmesi ve bunlardan bakım, satış ve istihlakleri.<sup>187</sup>

1989 yılında yapılan değişiklikle döner sermayeli kuruluşlarda çalışan personele ek ödeme imkanı getirilmiş, sağlık çalışanlarının özlük haklarına iyileştirme sağlanmıştır. Döner sermaye gelir yerleri 106 sayılı yönetmeliğin 5. maddesine göre; her türlü muayene, tetkik, tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında elde edilecek ücretler, üretilip satışa sunulacak ilk madde, malzeme, mamul, aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında alınacak ücretler, ilaç, kan ürünü ve benzeri madde ve malzeme karşılığında alınacak ücretler, özel tarifeli poliklinik, teşhis, tetkik, tahlil, ameliyat ve Bakanlıkça uygun görülecek diğer hizmetlerden alınacak ücretler, döner sermaye ile ilgili diğer gelirler.<sup>188</sup>

Döner sermaye giderleri ise; memur ve sözleşmeli personel aylık ve ücretleri ile ilgili mevzuat uyarınca yapılan döner sermaye ek ödemeleri, iş kanununa göre istihdam edilecek işçi ücretleri, satın alınacak her türlü mal ve hizmet bedelleri, yılı yatırım programı ile ilişkilendirilmesi kaydıyla bakanlık adına inşa edilecek yeni veya ek binaların yapım giderleri; işletmelerin kullanmakta olduğu binaların her türlü bakım, onarım, tadilat, müştemilat ve çevre düzenlemesi giderleri ile bu binaların kira bedelleri, tıbbi cerrahi demirbaş ve diğer demirbaş mal bedelleri, vergi, resim, harç ve komisyon giderleri, döner sermaye kazancının elde edilmesiyle ilgili giderler, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik her türlü eğitim giderleri, ambulans, cenaze arabası ve benzeri sağlık hizmet araçlarının akaryakıt, donanım, yedek parça, bakım ve tamirat giderleri, hizmet alım giderleri.<sup>189</sup>

Sağlık Bakanlığı harcamalarında, üç temel finansman kaynağı vardır. Bunlar; genel bütçeden ayrılan pay, döner sermaye gelirleri ve fon gelirleridir. Fon gelirleri son yıllarda

---

<sup>187</sup>Nazmi Tezcan, Döner Sermaye Uygulamaları, T.C Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Döner Sermayeli İşletmeler Daire Başkanlığı <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster> (25.06.2010)

<sup>188</sup> Nazmi Tezcan,a.g.k., <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster> (25.06.2010)

<sup>189</sup> Ali Gazi, T.C Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı <http://www.tdms.saglik.gov.tr/Dosya/> (25.06.2010)

azaldığı için, genel bütçeden ayrılan payların döner sermaye gelirleriyle karşılaştırılması önem kazanır. Aşağıdaki Tablo 8’de Sağlık Bakanlığı’nın, döner sermaye gelirlerinden yapılan harcamalarının genel bütçeden yapılan harcamalarına oranı, 1989 ‘da % 10’dur. Bu oran, 1995’te % 33’e, 2002’de %55’e artmıştır. ABD \$ cinsinden incelendiğinde de, 1988’de döner sermaye gelirlerinden yapılan harcama 62 milyon \$ olmasına karşın, 2002 ‘de yaklaşık 18 kat artarak 1.1 milyar \$’a çıkmıştır.<sup>190</sup>

**Tablo 8. Döner Sermaye Harcamalarının Sağlık Bakanlığı Harcamalarına Oranı**

Yıllar	S.B. Döner Sermaye Harcamaları (Milyar TL)	S.B. Döner Sermaye Harcamaları (Milyon\$)	SB Bütçe Harcamaları -Gerçekleşen- (Milyar TL)	SB Bütçe Harcamaları - Gerçekleşen- (Milyon \$)	Döner Sermaye Harc. / S.B. Bütçe Harc. %
1988	90	62	641	442	14
1989	151	66	1.482	652	10
1990	350	134	3.213	1.231	11
1991	655	157	6.222	1.489	13
1992	1.500	218	10.499	1.526	14
1993	2.120	192	19.133	1.734	11
1994	4.483	151	31.638	1.064	14
1995	18.902	413	57.275	1.250	33
1996	35.116	430	117.119	1.435	30
1997	64.211	421	255.950	1.679	25
1998	141.120	540	471.218	1.802	30
1999	301.172	716	805.246	1.915	37
2000	580.010	927	1.139.532	1.822	52
2001	950.518	774	1.821.581	1.483	53
2002	1.667.500	1.105	3.018.942*	2.000	55

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistiği Yıllığı 2002

<sup>190</sup> Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2002, Maliye Bakanlığı Verileri ve T.C. Merkez Bankası Ortalama Döviz Kurları

**Tablo 9. Döner Sermaye Gelir ve Giderlerindeki Değişim**

Yıl	Gider	Değişim Oranı %	Gelir	Değişim Oranı%	Enflasyon Oranı %
2000	1.520.707.924		1.692.118.566		
2001	2.439.845.939	60	2.653.942.809	57	
2002	4.266.815.719	75	4.830.765.159	82	29.70
2003	5.404.664.070	27	6.692.956.218	39	18.40
2004	8.268.476.094	53	9.986.574.520	49	9.30
2005	11.211.384.234	36	13.347.165.390	34	7.72
2006	14.497.510.522	29	15.681.614.644	17	9.65
2007	17.747.026.813	22	17.178.325.380	10	8.39
2008	19.173.639.984	08	19.787.975.701	15	10.06
2009 eylül	12.902.459.965		15.926.498.762		
ortalama		39		38	11.65

Kaynak:<http://www.tdms.saglik.gov.tr/Dosya/> (10.06.2010)

Yukarıdaki Tablo 9 da, 2000 ve 2009 yılı eylül ayı sonuna kadar döner sermaye gelir ve giderleri değişimine bakıldığında; 2001 yılında döner sermaye giderleri yüzde 60 artmıştır. Aynı dönemde döner sermayedeki gelir değişim oranı yüzde 57 olmuştur. Bu duruma göre bakıldığında döner sermaye değişim oranında yüzde 3'lük bir artış olduğu görülmektedir. 2002 yılından itibaren döner sermaye gelir değişimi 2009 yılına kadar azalarak devam etmiştir. Bunun nedeni ise; aynı yıllarda enflasyon oranlarında da bir azalmanın olması ve 2005 yılından sonra SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile bu hastanelerde de döner sermaye uygulamasına geçilmesiyle de Sağlık Bakanlığı döner sermaye gelirlerinde artış yaşanmıştır. Ancak 2000 yılı ile 2009 yılı eylül ayına kadar gelir ve gider ortalamasına bakıldığında gider değişiminin ortalama yüzde 39, gelir değişiminin ortalamasının yüzde 38 olduğu görülmüştür. Burada da döner sermaye gelirlerinde bir azalma olduğu buna karşılık aynı yılları kapsayan enflasyon ortalama oranının yüzde 11.65 olarak gerçekleşmiştir.

2001 yılından itibaren 4618 sayılı kanun ile sağlık müdürlüklerinde de döner sermaye kurulması ve 2005 yılı itibariyle SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile bu hastanelerde de döner sermaye uygulamasına geçilmesi nedeniyle özellikle 2000'li yıllardan sonra Sağlık Bakanlığı döner sermaye gelirlerinde artış yaşanmıştır. Döner sermaye sağlık harcamalarına finans kaynağı olarak görülmüş ve sağlığa ayrılan payın azalması neticesinde döner sermaye uygulamaları yaygınlaştırılmıştır.

**Tablo 10. Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Bütçe Büyüklüğü /Gerçekleşmeleri / % Değişimi**

<b>2005 yılı bütçesi</b>	<b>15.2 / 8.2 milyar TL</b>	<b>%5.2</b>
<b>2006 yılı bütçesi</b>	<b>15.6 / 10.3 milyar TL</b>	<b>%6.6</b>
<b>2007 yılı bütçesi</b>	<b>16.4 / 11.3 milyar TL</b>	<b>%6.8</b>
<b>2008 yılı bütçesi</b>	<b>16.9 / 11.7 milyar TL</b>	<b>%6.9</b>
<b>2009 yılı bütçesi(eylül sonu)</b>	<b>16.4 / 10.5 milyar TL</b>	<b>%6.4</b>

Kaynak:<http://www.tdms.saglik.gov.tr/Dosya/> (10.06.2010)

Sağlık Bakanlığı 2005 yılı ile 2009 yılı Eylül ayı sonuna kadar olan döner sermaye bütçe büyüklüğü ve gerçekleşmesi ile yüzdelerik değişimi yukarıdaki Tablo 10 da verilmiştir. 2005 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesinin aynı yılın Sağlık Bakanlığı döner sermaye bütçe büyüklüğünün gerçekleşmesindeki pay yüzde 5.2 olmuştur. Aynı durum 2006 yılında yüzde 6.6, 2007 yılında yüzde 6.8, 2008 yılında yüzde 6.9 ve 2009 yılı Eylül ayı sonuna kadar olan dönemde yüzde 6.4 olarak gerçekleşmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı bütçesinde döner sermaye bütçesinin payında her yıl nisbi olarak bir artış gözlenmiştir.

### **3.3. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Harcamaları**

Sağlık bakanlığı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, yıllar içinde dalgalı bir seyir izlemiştir. Bu oran 1999'da %16.2 iken 2006'da %19.8 olmuştur. Yine aynı dönem için Sağlık Bakanlığı harcamalarının konsolide bütçe içindeki oranı %2.9'dan %4.9'a yükselmiştir. Gayri Safi Yurt İçi Hasıla(GSYİH) içindeki oranı ise, %1'den %1.5'a yükselmiştir.<sup>191</sup>

<sup>191</sup> Sağlığa Bakış, a.g.k., s.197

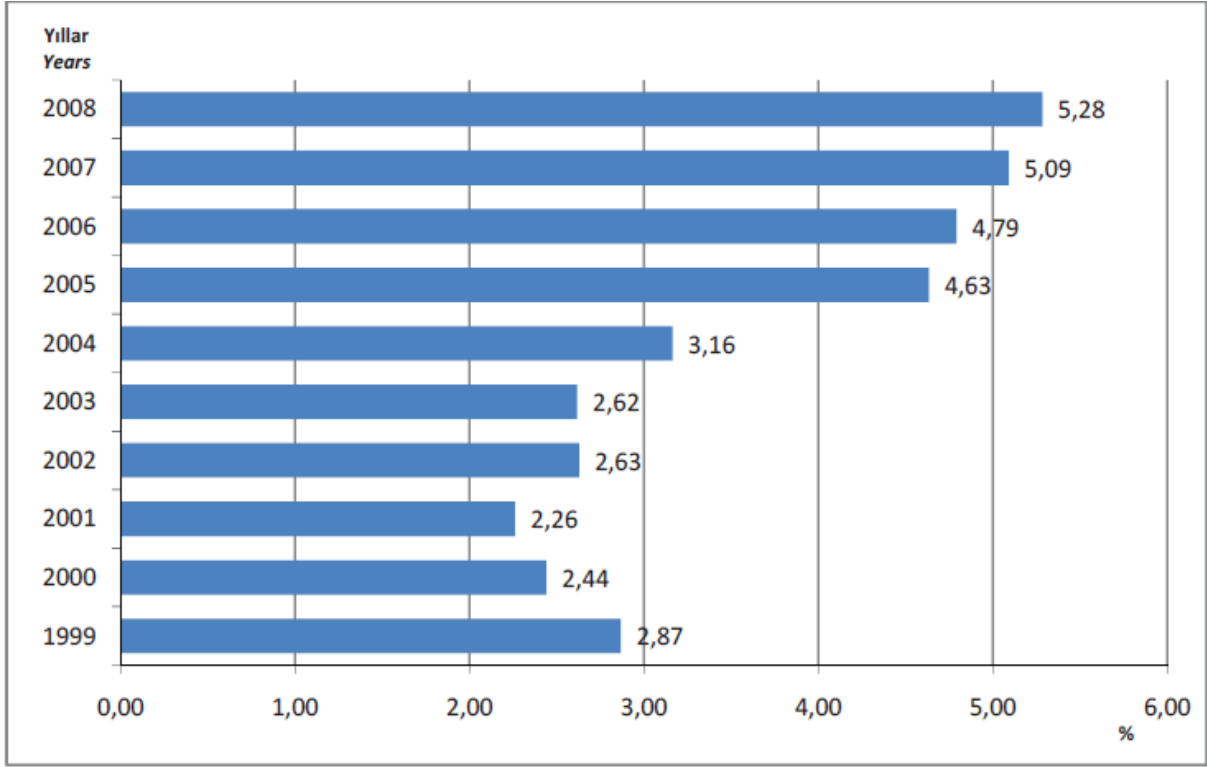
**Tablo 11. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bütçesinin Kamu Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması, Konsolide Bütçe ve GSYİH'ya Göre Dağılımı, 1999-2006, Türkiye**

BİN YTL	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Harcama) (Yeşil Kart Dahil)	805.246	1.139.513	1.821.581	3.038.946	3.674.262	4.461.250	6.769.154	8.535.254
Kamu Sağlık Harcaması	26,4	22,0	20,0	21,0	18,8	18,6	25,6	27,3
Toplam Sağlık Harcaması	3.047.000	5.190.000	9.097.000	14.445.000	19.510.000	24.019.000	26.426.000	31.284.000
Konsolide Bütçe	16,2	13,8	13,7	14,8	13,5	13,4	18,3	19,8
GSYİH	4.985.000	8.248.000	13.337.000	20.524.000	27.259.000	33.237.000	37.013.000	43.197.000
	2,9	2,4	2,3	2,6	2,6	3,2	4,6	4,9
	28.084.685	46.705.028	80.579.065	115.682.350	140.454.842	141.020.860	146.097.573	175.303.995
	1,0	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	1,4	1,5
	77.415.000	124.583.000	178.412.000	277.574.000	359.763.000	430.511.000	487.202.000	576.322.231

**Kaynak:** Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 2007, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007

Yukarıdaki Tablo 11 de, Sağlık Bakanlığı bütçesinin kamu sağlık harcaması, toplam sağlık harcaması, konsolide bütçe ve GSYİH'ya göre dağılımına bakıldığında; Sağlık Bakanlığı bütçe harcamalarında yeşil kart dahil olmak üzere sürekli bir artış olduğu görülmektedir. Özellikle 2005 yılından sonra yeşil kart uygulamasındaki artış bakanlık bütçesindeki harcamalara da artış olarak yansımıştır. Bu da bütçe harcamalarına artış olarak yansımaktadır. 2000 yılından itibaren sağlık harcamalarına bakıldığında, yüzde olarak 2000 yılında yüzde 13,8, 2001 yılında yüzde 13,7, 2002 yılında yüzde 14,8 ve 2004 yılında yüzde 13,4 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları 2005 yılından itibaren bir artış göstererek yüzde 18,3 ve 2006 yılında yüzde 19,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu artışın nedeni yeşil kart uygulamasının genişletilmesinden kaynaklanmaktadır. Burada SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)'nın yürürlüğe girmesiyle hastanelerin tek çatı altında toplanarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ve yeşil kart uygulamalarında ayaktan tedavi ve ilaç tedavilerinin bakanlıkça karşılanması harcamaları arttırmıştır. Konsolide bütçe ile GSYİH payına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı bütçesi GSYİH yüzde 1 ile yüzde 1,5 arasında gerçekleşmiştir. Bu da Sağlık Bakanlığı'na ayrılan payın azaldığını göstermektedir.

**Tablo 12. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Harcama Bütçesinin Konsolide Harcama Bütçesine Oranı,(%)**



Kaynak: TÜİK, Sağlık Bakanlığı, Bütçe Kesin Hesap Cetvelleri, Türkiye Sağlık İstatistikleri 2008

Yukarıdaki Tablo 12 de 1999 yılında yüzde 2.87 oranında olan Sağlık Bakanlığı harcama bütçesinin konsolide harcama bütçesine oranı 2001 yılında yüzde 2.26 oranından, 2003 yılından sonra artarak 2008 yılında yüzde 5.28 oranında gerçekleşmiştir. Bu artışta özellikle 2003 yılından sonra hız kazanan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan bir dizi düzenleme ve uygulamalar (hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hizmete kolay ulaşılması yönünde uygulanan politikalar vb) etkili olmaktadır.

**Tablo 13. Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Seyri**

(Milyon TL)

	2005	2006	2007	2008	2009**
<b>MERKEZİ YÖNETİM BÜTÇESİ</b>	<b>4.003</b>	<b>5.350</b>	<b>6.625</b>	<b>6.763</b>	<b>7.084</b>
<b>Kamu Personeli Sağlık Giderleri</b>	<b>2.194</b>	<b>2.440</b>	<b>2.711</b>	<b>2.732</b>	<b>2.975</b>
Tedavi*	1.272	1.635	1.736	1.788	1.830
İlaç	922	805	975	944	1.145
<b>Yeşil Kart Sağlık Giderleri</b>	<b>1.809</b>	<b>2.911</b>	<b>3.914</b>	<b>4.031</b>	<b>4.109</b>
Tedavi*	1.047	1.987	2.607	2.730	2.743
İlaç	762	924	1.307	1.301	1.366
<b>SOSYAL GÜVENLİK KURUMU***</b>	<b>13.607</b>	<b>17.666</b>	<b>19.984</b>	<b>25.346</b>	<b>27.561</b>
Tedavi*	6.606	9.294	11.126	14.629	15.408
İlaç	7.001	8.372	8.858	10.717	12.153
<b>TOPLAM</b>	<b>17.610</b>	<b>23.016</b>	<b>26.609</b>	<b>32.109</b>	<b>34.645</b>

Not: \* Tedavi yoluğu hariç, diğer sağlık ödemeleri tedavi giderlerinin içindedir.

\*\* Başlangıç Hedefi

\*\*\* Sosyal Güvenlik Kurumu'nun verilerini içermektedir.

Kaynak : Maliye Bakanlığı 2010 Yılı Bütçe Gerekçesi

Yukarıdaki Tablo 13'e bakıldığında, yıllar itibariyle sağlık harcamalarında önemli artışlar olduğu görülmektedir. 2007 yılı sonunda bir önceki yıla göre toplam sağlık harcamalarındaki artış yüzde 1.15 olurken 2008 yılında ise bir önceki yıla göre artış yüzde 1.20 olarak gerçekleşmiştir. 2005- 2009 yılları arasında sağlık harcamalarındaki artış yüzde 1.96 olarak gerçekleşmiştir. 2006 yılından sonraki yıllarda sağlık harcamalarındaki artış SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi ile birlikte SSK mensuplarının (sigortalı ve emekli) ayakta hasta bakımı için reçete edilen ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmeleri, yeşil kart sahiplerinin ayaktan tedavide sağlık hizmetlerinin resmi sağlık kurumlarınca sağlanmasıyla birlikte, hastaların ilaca erişim imkanının arttırılmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Kamu sağlık harcamaları yıllar itibariyle; hastalıklarla mücadelede olumlu sonuçlara ulaşılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hizmete kolay ulaşılmasına yönelik

uygulamalar neticesinde toplumda sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerinde de artmasına paralel olarak artmıştır. Tablo 14 de görüldüğü üzere 2005 yılından itibaren SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri çerçevesinde SSK'ya bağlı sigortalı ve emeklilerin ilaçlarını bütün eczanelerden alabilmesi sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur. Yine 3816 sayılı kanunda yapılan düzenleme ile yeşil kart sahiplerinin yatarak tedavilerinin yanında ayakta tedavilerinin de resmi sağlık kurumlarınca karşılanması ve bu kapsamda reçete edilen ilaçların serbest eczanelerden alınabilmesi de harcamaları arttırmıştır.

**Tablo 14. Tedavi ve İlaç Giderleri**

Milyon YTL	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>SGK</b>	4.233	7.131	9.977	12.306	12.635	16.860	19.125	22.612
<b>MERKEZİ YÖNETİM</b>	1.023	1.654	2.035	2.462	2.194	2.279	2.694	2.891
- YEŞİLKART	392	650	917	1.062	1.809	2.910	3.904	3.850
<b>GENEL TOPLAM</b>	<b>5.648</b>	<b>9.435</b>	<b>12.930</b>	<b>15.830</b>	<b>16.638</b>	<b>22.049</b>	<b>25.723</b>	<b>29.353</b>

Kaynak 2008 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu Değerlendirilmesi

**Tablo 15. 5510 Sayılı Kanunun 4 üncü Maddesinin Birinci Fıkrasının (C) Bendi Kapsamındakilere İlişkin Aktif Pasif Dengesi**

YILLAR	AKTİF SİGORTALI SAYISI	PASİF SİGORTALI SAYISI		AKTİF/ PASİF ORANI	
		AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE	AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE
2003	2.408.148	1.467.966	1.315.379	1.64	1.83
2004	2.404.091	1.534.592	1.382.562	1.56	1.74
2005	2.402.409	1.595.973	1.444.189	1.50	1.66
2006	2.420.897	1.649.998	1.498.484	1.46	1.62
2007	2.444.680	1.698.325	1.547.386	1.45	1.58
2008	2.464.206	1.756.760	1.605.589	1.40	1.53

Kaynak: Maliye Bakanlığı, 2010 Bütçe Gerekçesi

Yukarıdaki Tablo 15'e baktığımızda; 2003 yılında 5510 sayılı kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının C bendi kapsamındaki aktif sigortalı sayısı 2.408.148 iken 2008 yılında yüzde 1.02 artışla 2.464.206'ya ulaşmıştır. Buna karşın aynı dönem için aylık alan



pasif sigortalı sayısı yüzde 1.19 artarak 2003 yılında 1.467.966'dan 2008 yılında 1.756.760'a çıkmıştır. Yine aynı dönem için aylık ödenen dosya sayısına göre pasif sigortalı sayısı ise; yüzde 1.22 oranında artmıştır. Aktif pasif oranı ise; 2003 yılında aylık alan kişi sayısına göre yüzde 1.64 iken yıllar içerisinde azalarak 2006 yılında yüzde 1.46 ve 2008 yılında yüzde 1.40 oranında kalmıştır. Aynı şekilde aylık ödenen dosya sayısına göre de 2003 yılında yüzde 1.83'den 2008 yılında yüzde 1.53'e gerilemiştir.

**Tablo 16. 5510 Sayılı Kanununun 4 üncü Maddesinin Birinci Fıkrasının (A) Bendi Kapsamındakilere İlişkin Aktif Pasif Dengesi**

YILLAR	AKTİF SİGORTALI SAYISI	PASİF SİGORTALI SAYISI		AKTİF/ PASİF ORANI	
		AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE	AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE
2003	6.750.460	3.935.523	3.584.044	1.72	1.88
2004	6.952.848	4.120.866	3.769.896	1.69	1.84
2005	7.651.705	4.308.186	3.957.617	1.77	1.93
2006	9.025.091	4.535.943	4.188.720	2.00	2.17
2007	9.198.398	4.763.434	4.391.469	1.93	2.09
2008	9.533.683	5.024.696	4.645.163	1.89	2.05
Haziran 2009	9.633.763	5.162.090	4.782.408	1.86	2.01

Kaynak: Maliye Bakanlığı,2010 Bütçe Gerekçesi

Yukarıdaki Tablo 16'ya baktığımızda; 551 sayılı kanununun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının A bendi kapsamındaki aktif sigortalı sayısı 2003 yılında 6.750.460 iken 2009 yılı Haziran ayı sonuna kadar yüzde 1.42 artışla 9.633.763 ulaşmıştır. Buna karşın aynı dönem için aylık alan pasif sigortalı sayısı yüzde 1.31 artarak 2003 yılında 3.935.523'dan 2009 yılı Haziran ayı sonuna kadar 5.162.090'a çıkmıştır. Yine aynı dönem için aylık ödenen dosya sayısına göre pasif sigortalı sayısı ise; yüzde 1.33 oranında artmıştır. Aktif pasif oranı ise; 2003 yılında aylık alan kişi sayısına göre yüzde 1.72 iken 2006 yılında yüzde 2.00 ve bu oran daha sonraki yıllarda azalarak 2009 yılı haziran ayı sonunda yüzde 1.86 oranında gerçekleşmiştir. Aylık ödenen dosya sayısına göre de 2003 yılında yüzde 1.88'den yıllar içerisinde artarak 2009 yılı Haziran ayı sonuna kadar 2.01 seviyesine ulaşmıştır.

**Tablo 17. 5510 Sayılı Kanunun 4 üncü Maddesinin Birinci Fıkrasının (B) Bendi Kapsamındakilere İlişkin Aktif Pasif Dengesi**

YILLAR	AKTİF SİGORTALI SAYISI	PASİF SİGORTALI SAYISI		AKTİF/ PASİF ORANI	
		AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE	AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE
2003	3.383.849	1.445.820	1.279.556	2.34	2.64
2004	3.448.549	1.519.190	1.349.284	2.27	2.56
2005	3.354.372	1.600.294	1.435.273	2.09	2.33
2006	3.375.629	1.753.025	1.583.997	1.92	2.13
2007	3.376.300	1.817.685	1.650.860	1.86	2.05
2008	3.260.719	1.965.247	1.795.063	1.65	1.82
<b>Temmuz 2009</b>	3.156.942	2.051.223	1.862.733	1.54	1.69

Kaynak: Maliye Bakanlığı,2010 Bütçe Gerekçesi

Yukarıdaki Tablo 17’de 5510 sayılı kanunun 4’üncü maddesinin birinci fıkrasının B bendi kapsamındaki 2003 yılı aktif sigortalı sayısı 3.383.849 iken 2009 yılı Temmuz ayı sonunda bu rakam yüzde 0.93’lük artışla 3.156.942’ye ulaşmıştır. Buna karşın aynı dönem için aylık alan pasif sigortalı sayısı yüzde 1.41 oranında artarak 2003 yılında 1.445.820’den 2009 yılı Temmuz ayı sonunda da 2.051.223’e çıkmıştır. Yine aynı dönem için aylık ödenen dosya sayısına göre pasif sigortalı sayısı ise; yüzde 1.45 oranında artmıştır. Aktif pasif oranı ise; 2003 yılında aylık alan kişi sayısına göre yüzde 2.34 iken yıllar içerisinde azalarak 2009 yılı Temmuz ayı sonunda yüzde 1.54 oranına gerilemiştir. Aynı şekilde aylık ödenen dosya sayısına göre de 2003 yılında yüzde 2.64 oranından 2009 yılı Temmuz ayı sonunda yüzde 1.69’a gerilemiştir.

**Tablo 18. Konsolide Aktif Pasif Dengesi**

YILLAR	AKTİF SİGORTALI SAYISI	PASİF SİGORTALI SAYISI		AKTİF/ PASİF ORANI	
		AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE	AYLIK ALAN KİŞİ SAYISINA GÖRE	AYLIK ÖDENEN DOSYA SAYISINA GÖRE
2003	12.542.457	6.849.309	6.178.979	1.83	2.03
2004	12.805.488	7.174.648	6.501.742	1.78	1.97
2005	13.408.486	7.504.453	6.837.393	1.79	1.96
2006	14.821.617	7.938.966	7.271.201	1.86	2.04
2007	15.019.378	8.279.444	7.589.715	1.81	1.98
2008	15.258.608	8.746.703	8.045.815	1.74	1.90

Kaynak: Maliye Bakanlığı,2010 Bütçe Gerekçesi

Tablo 18’de Aktif pasif oranına göre konsolide bütçe de, aylık alanların sayısı ve aylık ödenen dosya sayısına göre bakıldığında ortalama olarak azaldığı görülmektedir. Burada önemli olan pasif (çalışmayan, emekli ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler) dosya sayısının aktif (çalışan) olan kişilerin sayısını geçmemesidir. Kayıp ve kaçakların önüne geçecek uygulamaların yapılması da bu açıdan gereklidir.

**Tablo 19. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (%), (1923-2004)**

Yıllar	SB Bütçesi / Genel Bütçe
1923	2.21
1925	2.64
1930	2.02
1935	2.54
1940	3.05
1945	3.12
1950	4.08
1955	5.18
1960	5.27
1965	4.10
1970	3.08
1975	3.54
1980	4.21
1981	3.59
1982	2.81
1983	2.93
1984	3.11
1985	2.53
1986	2.71
1987	2.80
1988	2.73
1989	2.74
1990	4.12
1991	4.21
1992	4.71
1993	4.56
1994	3.72
1995	3.90
1996	2.76
1997	3.22
1998	2.65
1999	2.81
2000	2.26
2001	2.66
2002	2.40
2003	2.43
2004	3.19

Kaynak: Türkiye sağlık istatistikleri 2006

Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı Türkiye'nin sağlık politikalarının gelişimine bağlı olarak, dalgalı bir seyir izlemiştir. Cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı yüzde 2.21 olarak gerçekleşmiştir. Bu tarihten sonra 1940'lara kadar savaş yaralarının sarılması, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılması gibi politikalar geliştirilirken bakanlık bütçesinin genel bütçeye oranı 1925'te 2.64, 1930'da 2.02, 1935'de 2.54, 1940'ta 3.05'dir. 1945 yılından 1960 yılına kadar merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirilmeye yönelik milli sağlık politikası çalışmaları yapılmıştır. Beraberinde Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı 1950'de 4.08, 1955'te 5.18 ve 1960 yılında ise en yüksek seviyeye yüzde 5.27'ye çıkmıştır. 1960'dan sonra ise, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çalışmalarıyla beraber Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı 1965'de 4.10, 1970'de 3.08, 1975'de 3.54 ve 1980 yılında 4.21 oranında gerçekleşmiştir. Bu tarihten sonra 1990 yılına kadar sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı giderek azalan bir seyir izlemiştir. 1990'da tekrar 4.12 seviyesine yükselmiş fakat bu tarihten sonra tekrar düşme eğilimi göstermiştir. 2004 yılında ise Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı 3.19'dur.

Bu gelişmeler ışığında, Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadar Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı zaman zaman düşmüş zaman zaman yükselmiştir. Özellikle 1990 yılından sonra bütçe içindeki pay yükselmiştir. Türk ekonomisindeki 1994 krizi Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payını da azaltmıştır. 2000'li yıllara geldiğinde genel bütçe içindeki pay düşerek devam etmiştir. Günümüzde ise; Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçe içindeki payının giderek düşürülmesi öngörülmektedir. Buradaki düşünce sağlık hizmeti veren birimlerin kendi kendine yönetir duruma gelmeleri ve bütçe kaynaklarının azaltılması yönündeki eğilimler öne çıkmaktadır.

## 4. KAMU HASTANELERİ HARCAMA UYGULAMALARI

Hastaneler, hasta bakım sisteminin temel unsurlarından birisidir. Sağlık sisteminin bir alt sistemi olan hastaneler, sağlık hizmetlerinin temel fonksiyonu olan tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü ekonomik, teknik ve hukuki özellikler taşıyan bir hizmet işletmesi türüdür. Hastanelerde temel amaç, her türlü koruyucu önlemlere rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa zamanda eski konumuna getirilmesidir. Bu amacı gerçekleştirirken eldeki kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir.<sup>192</sup>

### 4.1. Hastanelerin Tanımı

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hastane, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak gözlem, muayene, tanı, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan, sihi ve fenni şartlar haiz yerlerdir” şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında ise; “Hastaneler, müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren ve hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak açıklanmaktadır.<sup>193</sup>

Bu tanımlara ek olarak eğitim, araştırma ve geliştirme, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma ve toplumsal sağlık programlarına katılma gibi işlevleri de eklediğimizde günümüze daha uygun bir tanımlama ortaya çıkmaktadır. Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma açısından bakıldığında hastaneler, kamu yararına faaliyet gösteren örgütlerdir. Esas amaçları hastalara tedavi hizmeti vermek olduğundan hastaneler birer hizmet örgütüdür.<sup>194</sup>

---

<sup>192</sup> Zafer Kelat, Kamu ve Özel Hastane Yöneticilerinin Müşteri İlişkileri Yönetimine Bakış: Ankara İlinde Bir Uygulama, Ankara 2007 s.30-31.

<sup>193</sup> Nuri Şaşmaz, Hastane Yöneticiliğinin Başarısında Halkla İlişkilerin Rolü, (Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Bilimleri Anabilimdalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Ankara 2001 s. 52

<sup>194</sup> Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın no:252 İstanbul 1991 s.6.

Hastaneler günümüzün en karmaşık işletmeleri olmasının yanında yapısal, teknolojik ve çevresel özellikleri nedeniyle en yüksek uzmanlaşmaya sahip en eski toplumsal örgütlerden olan organizasyonlardır.

Diğer bir tanımla hastaneler; her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikler gösteren bir hizmet işletmesi türüdür.<sup>195</sup> Ayrıca hastaneler hizmet üretim kapasitesi ve sağlık harcamaları bakımından sağlık sisteminin en önemli alt sistemidirler ve sağlık sektöründe çalışan insan gücünün büyük yüzdesini bünyelerinde barındırmaktadırlar.<sup>196</sup>

## 4.2. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin dört temel işlevi bulunmaktadır. Bunlar; tedavi hizmetleri, eğitim hizmetleri, araştırma ve geliştirme hizmetleri, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktır. Tedavi hizmetleri; tarihsel gelişimi içinde de ilk kuruluş amacı olmakla birlikte diğer işlevlerinin başında gelmektedir ve günümüzde de üstlenilen en önemli işlevdir.

Eğitim hizmetleri; hasta hastaneden ayrıldıktan sonra hastalığına neden olan yaşam alışkanlıklarını değiştirebilmeli ve sağlığı ile ilgili birtakım hususlara dikkat eder hale gelmelidir. İşte bu boyut, hastanelerde hastalara ve hasta yakınlarına verilen eğitim sonucunda gerçekleşmektedir. Ayrıca hastanelerde hemşirelik hizmetleri eğitimleri ve sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri kesintisiz devam etmektedir. Tıpta uzmanlık eğitimi de hastanelerde verilmektedir.

Araştırma ve geliştirme işlevleri; hastaneler tıp bilimleri alanında araştırmaların yapıldığı yerlerdir. Ayrıca hastaneler alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede önemli rol oynamakta ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma; hastaneler koruyucu hekimlik çalışmaları ve sağlam çocuk poliklinikleriyle toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunmaktadır.<sup>197</sup>

---

<sup>195</sup>Çetin Akar, Hasan Özalp, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara 2002 s.58.

<sup>196</sup> Vahide Bilir, Meslek Hastalıkları, Türk-İş Yayınları, Ankara 2004 s.457-496.

<sup>197</sup> Hikmet Seçim a.g.k., s.9.

### 4.3. Hastanelerin Sınıflandırılması

Yataklı Tedavi Kurumları olarak da adlandırılan hastaneler, sundukları hizmetlerin türlerine, hastaların hastanede ortalama kalış sürelerine, hastanenin mülkiyetine ve yatak adetlerine göre çeşitli şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir.<sup>198</sup> Ülkemizde kullanılmayan bir diğer sınıflama türü ise hastanelerin akredite edilme durumuna göre yapılan; akredite olmuş ve akredite olmamış hastane sınıflamasıdır. Başka bir sınıflama ise, hizmet kapsamına göre yapılan sınıflamadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler yani günü birlik tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü, İkinci basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler yani akut vakaların tedavi edildiği ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler ki gelişmiş teknolojiye sahip hastaneler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.<sup>199</sup>

#### 4.3.1. Mülkiyet Yapısı

Mülkiyet bakımından hastaneler, mülkiyetin hangi kurum veya kuruluşa ait olduğuna veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılabilir. Türkiye’de hastanelerin %65,7’si Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır.

Kamu Hastaneleri

Özel Hastaneler

- Şahıslara Ait Özel Hastaneler

- Azınlıklara Ait Özel Hastaneler

- Yabancılara Ait Özel Hastaneler

- Hayır Kurumları (Vakıflar) ve Dernek Hastaneleri

#### 4.3.2. Eğitim Statüsü

Hastaneler, eğitim statüsü bakımından eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olarak ikiye ayrılırlar. Eğitim hastanesi, tanı ve tedavi hizmetleri yanında, sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetler de sağlamaktadır. Türkiye’de hekimlerin uzmanlık eğitimi yalnızca eğitim hastanelerinde verilmektedir. Eğitim amacı olmayan hastaneler, geleneksel teşhis ve tedavi hizmetlerini sağlamakla birlikte; sınırlı olarak eğitim yani staj hizmetleri de vermektedirler.

<sup>198</sup> Recep Çiçek, İlişki Pazarlamasının Uygulanması Ve Hastane Performansına Etkisi Üzerine Bir Araştırma, İstanbul, 2002 s.103.

<sup>199</sup> Şeref Kavuncubaşı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara,2000 , s.79.



### **4.3.3 Hizmet Türü**

Hastaneler verdikleri hizmet türüne göre de sınıflandırılırlar. Bu sınıflandırmaya göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak iki grupta toplanmaktadırlar. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk gibi belirli cinsiyet veya belirli hastalık türleriyle (kalp damar hastalıkları, onkoloji hastanesi gibi) ilgili hizmet veren hastanelerdir.

### **4.3.4. Büyüklük**

Hastaneler büyüklüklerine göre de sınıflandırılmaktadır. Hastane büyüklüğünü belirlemede kullanılan en yaygın ölçüt, yatak sayısıdır. Buna göre hastaneler 25, 50,100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

### **4.3.5. Yatış Süresi**

Hastaneler, ayrıca, yatarak tedavi edilen hastaların ortalama yatış sürelerine göre, akut bakım hastaneleri ve kronik bakım hastaneleri olarak iki grupta toplanmaktadır. Akut bakım hastaneleri, genellikle 30 günden daha kısa süre hastaneye yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisiyle ilgilenmekte iken, kronik bakım hastaneleri genellikle 30 günden daha fazla yatış gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadırlar.

### **4.3.6. Akreditasyon Durumu**

Hastaneler akredite edilme ve edilmeme durumuna göre sınıflandırılır. Türkiye’de geçerli olmayan bir sistemdir.

### **4.3.7. Dikey Bütünleşme Basamağı**

Hastaneleri sınıflandırmada kullanılan bir diğer kriter de, dikey bütünleşme basamaklarındaki konumuna göre yapılan sınıflamadır. Bu kritere göre hastaneler, birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olarak üç gruba ayrılırlar. Birinci basamak hastaneler, genellikle gününbirlik tanı ve tedavi hizmetleri sağlamaktadırlar. İkinci basamak hastaneler, kısa süreli yataklı tedavi ve acil hastaları kabul etmektedirler. Üçüncü basamak hastaneler ise, gelişmiş teknolojik donanıma ve olanaklara

sahiptirler. Üniversite hastaneleri ve yanık merkezleri, üçüncü basamak hastanelere örnek olarak verilebilirler.<sup>200</sup>

#### 4.4 Hastanelerin Fonksiyonları

Hastanelerin temel fonksiyonları; tıbbi fonksiyon, eğitim fonksiyonu ve araştırma geliştirme fonksiyonudur. Bu temel fonksiyonlarının dışında sosyal hizmet fonksiyonu, otelcilik fonksiyonu, yönetim fonksiyonu, mali fonksiyon, teknik fonksiyon gibi diğer fonksiyonları da bulunmaktadır.

Tıbbi fonksiyon; hastalara, kendisini hasta hissedenlere ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlere sunulan tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik ve ameliyathane hizmetlerini kapsamaktadır. Hastanelerin ana fonksiyonudur. Bu hizmetlerin yanında sağlık ile ilgili bağışıklama, tarama v.b. hizmetlerin verilmesi de hastanelerin tıbbi fonksiyonu içerisinde algılanır.<sup>201</sup>

Hastanelerin eğitim fonksiyonu, hastaneleri birer eğitim kurumu haline getirmiştir. Bu fonksiyon personelin eğitimi, halkın eğitimi, öğrenci eğitimi ve tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitimini kapsamaktadır. Hastalıkların ortaya çıkarılmasında ve tedavi edilmesi sırasında kullanılacak tıbbi yöntemlerin belirlenmesinde hastanelerin araştırma faaliyetleri ön plana çıkmaktadır. Bazı hastanelerde araştırma ve geliştirme bölümleri hastane içinde ayrı bir bölüm olarak da bulunmaktadır.

Hastanelerde bulunan her türlü araç, gereç ve malzemelerin bakımı ve onarımı, fiziksel ortamın sağlanması, hastalar için gerekli olan yemek, çamaşır, berber gibi hizmetler hastanelerin teknik fonksiyonu kapsamındadır.

Mali fonksiyon; Hastane personeli ve hastalar için gerekli olan mali işlemleri kapsar. Hastaların ihtiyacı için yapılan giderler ve birtakım mali ihtiyaçların karşılanması fonksiyonlarını kapsamaktadır.

Tüm örgütler için geçerli olan yönetim fonksiyonları hastane örgütleri için de gereklidir. Planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon, denetim, karar verme gibi yönetim fonksiyonlarının yerine getirilmesi hastanelerin idari görevi kapsamına girmektedir.<sup>202</sup>

---

<sup>200</sup>Şeref Kavuncubası, a.g.k. s.78.

<sup>201</sup> Bilal Ak, Hastane Yöneticiliği, Ankara, 1990 s. 76,

<sup>202</sup> Zafer Kelat, a.g.k., s.36-37.

## 4.5 Türkiye'de Hastane Örgütleri

Ülkemizde, hastane organizasyonlarının yapısını genelde hastanenin bağlı olduğu mevzuat belirlemektedir. Devlet hastanelerinde yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği, özel hastane örgütlerinde hastanenin statüsüne bağlı olarak şirket ana sözleşmesi ve Türk Ticaret Kanunu örnek verilebilir.

**Tablo 20. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı**

Kuruluşun Adı	Hastane Sayısı	% Dağılımı
Sağlık Bakanlığı	849	67,4
Tıp Fakülteleri	56	4,5
Özel	331	26,9
Milli Savunma	42	3,4
Belediyeler	5	0,4
Dernek ve Vakıf	19	1,5
Yabancılar	3	0,2
Azınlıklar	5	0,4
TOPLAM	1.232	100,0

**Kaynak:** [www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx) (19.06.2010)

Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarının kuruluşlara göre dağılımlarına baktığımızda, % 67,4'ü sağlık bakanlığına bağlı hastaneler, % 26,9'u özel kişi ya da kuruluşlara bağlı hastaneler, % 4,5'i tıp fakültesi hastaneleri, % 3,4'ü Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastanelerdir.<sup>203</sup> Hastane yataklarının %14,8'ini Üniversite hastaneleri, %67'sini Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, %10'unu özel ve vakıf hastaneleri oluşturmaktadır.<sup>204</sup>

### 4.5.1. Kamu Hastanelerinin Yapısı

Devlet hastanelerinin organizasyon yapısını yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği belirler. Devlet hastaneleri organizasyonunun yetkisi başhekimde toplanmıştır. Yönetim kurulu icra organı olarak genel müdür pozisyonundaki başhekim hastanenin tüm

<sup>203</sup> [www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx)

<sup>204</sup> Ülkemizde Sağlık Hizmeti Sunumunda Üniversite Hastanelerinin Yeri Ve Gelecek Perspektifi, (10.11.2009). <http://www.hastane.comu.edu.tr/univsunum/erciyessunum.doc>

hizmetlerinin yürütülmesi ile yetkili kişidir. Bu yetkisini yardımcılara veya daha alt kademedeki yöneticilere devredebilmektedir.<sup>205</sup>

Başhekim altındaki organizasyon temelde medikal, para medikal, hasta bakımı, idari, mali ve teknik hizmetler organizasyonları olarak gruplanarak başhekime bağlanmaktadır. Medikal bölümde, klinik, poliklinik, laboratuvar, ameliyathane, doğumhane, tedavi üniteleri yer almakta olup, hekim ve diş hekimi olan personelin organizasyonu bu bölüm içinde sağlanmaktadır. Bölümlerin başkanları yani şefler veya uzmanlar, başhekim tarafından seçilerek atanır. Klinik şefleri veya uzmanları altında eğitim hastanelerinde başasistanlık, asistanlık ve pratisyen hekimlik yapısı, genel hastanelerde ise uzmanlık ve pratisyen hekimlik organizasyonları yer alır.<sup>206</sup>

Para medikal grup, hekimler ve hemşireler dışında kalan ama hasta tedavisi ile doğrudan ilgilenen ancak hasta üzerindeki girişimlerinin boyutları tıp doktorları tarafından belirlenen kişilerdir. Hasta bakım grubu organizasyonu, hemşirelik hizmetlerine ilişkin bir organizasyondur. Hemşirelik hizmetleri, hemşireler içinden başhekim tarafından seçilen ve doğrudan başhekime bağlı bir başhemşire tarafından yürütülür. Organizasyon, başhemşire yardımcıları, sorumlu hemşireler, hemşireler ve hastabakıcılar biçiminde kurulmaktadır.

İdari, mali ve teknik hizmetler, sağlık bakanlığı tarafından atanan bir hastane müdürü tarafından yürütülür. Hastane müdürü doğrudan başhekime bağlı olarak çalışır. Hastane müdür yardımcıları, idari ve mali bölüm şefleri, memurlar, hizmetliler biçimindeki organizasyona ek olarak teknik hizmetler açısından da müdür yardımcısı, başteknisyen, teknisyen ve hizmetliler biçiminde bir organizasyona sahiptirler. Hastane müdürü, idari işler olarak personel, evrak, yazışma, arşiv, emniyet, kütüphane vb. mali işler olarak da genel bütçe, satın alma ayniyat, ambar, maaş gibi, teknik olarak da ısınma, havalandırma, telefon ve ulaştırma gibi hizmetleri yürütür. Hastanelerde bu organizasyon yapılarının dışında gerektiğinde toplanan sağlık kurulu, enfeksiyon komitesi, satın alma komitesi gibi değişik kurul ve komiteler de bulunur.

---

<sup>205</sup> Çetin Akar, Hasan Özalp, Sağlık Hizmetlerinde Ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998, s.133.

<sup>206</sup> a.g.k., s.134.

### III. BÖLÜM

## TÜRKİYE’DEKİ KAMU HASTANELERİ DÖNER SERMAYE BÜTÇE UYGULAMALARI

### 1. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI DÖNER SERMAYE BÜTÇE UYGULAMALARI

#### 1.1. Döner Sermaye Gelir Bütçesi Önemli Kalemleri

- **Ayaktan grup 1 geliri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-10/B ve Ek-10/C listesi hizmetleri gelirlerini içerir. Ek-10/B listesi ayaktan başvurularda ödeme listesini gösteren, Ek-10/C ise ayaktan başvurularda ilave olarak faturalandırılacak işlemler listesini içermektedir. Bu işlemler Ek-10/B için; iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, pratisyen hekim muayenesi v.b Ek-10/C için; onkolojik PET, tiroid sintigrafisi, eritrosit yaşam süresi saptanması, hepatik arter perfüzyon çalışması v.b işlemlerdir.<sup>207</sup>
- **Yatan grup 1 geliri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-9 listesi hizmetleri gelirlerini içermektedir. Ek-9 listesi; yoğun bakım hizmetleri, cerrahi uygulamalar lazer tedavi uygulamaları, baş-boyun, kas iskelet sistemi ve yumuşak doku cerrahisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, organ transplantasyonu v.b işlemleri içermektedir.<sup>208</sup>
- **Ayaktan radyoloji gelirleri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-8 listesi 801.560 – 804.510 arası ile sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-7 listesi 401 050 – 401 160 arası gelirleri içermektedir. 801.560 - 804.510 arası gelirler; direkt grafiler, akciğer grafileri, düz karın grafisi, kontrastlı tetkikler, renkli doopler, ultrasonografik tetkikler, bilgisayarlı tomografiler, manyetik rezonans görüntüleme v.b işlemleri içermektedir. 401 050 – 401 160 arası gelirler ise; diğ röntgen filmi, el bilek filmi, dijital radyografi v.b işlemleri içermektedir.<sup>209</sup>

<sup>207</sup> T.C Resmi Gazete, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Mükerrer Sayı:27535 Tarih 25.03.2010

<sup>208</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>209</sup> a.g. resmi gazete.,

- **Yatan radyoloji gelirleri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-8 listesi 801.560 – 804.510 arası ile sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-7 listesi 401 050 – 401 160 arası gelirleri içermektedir. 801.560 - 804.510 arası gelirler; direkt grafilere, akciğer grafilere, düz karın grafisi, kontrastlı tetkikler, renkli doppler, ultrasonografik tetkikler, bilgisayarlı tomografiler, manyetik rezonans görüntüleme v.b işlemleri içermektedir. 401 050 – 401 160 arası gelirler ise; diş röntgen filmi, el bilek filmi, dijital radyografi v.b işlemleri içermektedir.<sup>210</sup>
- **Ayaktan muayene ve rapor gelirleri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-8 listesi 520.010 – 520.090 arası ile sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-7 listesi 401 010 – 401 040 arası gelirleri içermektedir. Bunlar Ek-8 için; hekim muayeneleri ve raporlar, ayrıca Ek-7 de diş hekim muayenesi bu grupta gelir getiren uygulamalardır.<sup>211</sup>
- **Yatan muayene ve rapor gelirleri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-8 listesi 520.010 – 520.090 arası ile sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-7 listesi 401 010 – 401 040 arası gelirleri içermektedir. Bunlar Ek-8 için; hekim muayeneleri ve raporlar, ayrıca Ek-7 de diş hekim muayenesi bu grupta gelir getiren uygulamalardır.<sup>212</sup>
- **Ayaktan laboratuvar gelirleri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-8 listesi 900.010 – 911.260 arası gelirleri içermektedir. Bunlar biyokimya, hematoloji, mikrobiyoloji, parazitoloji, seroloji v.b laboratuvar işlemlerini kapsayan gelir grubunu oluşturmaktadır.<sup>213</sup>
- **Yatan hasta laboratuvar gelirleri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-8 listesi 900.010 – 911.260 arası gelirleri içermektedir. Bunlar biyokimya, hematoloji, mikrobiyoloji, parazitoloji, seroloji v.b laboratuvar işlemlerini kapsayan gelir grubunu oluşturmaktadır.<sup>214</sup>
- **Yatan hasta ameliyat ve anestezi gelirleri;** sağlık uygulama veya bütçe uygulama tebliği Ek-8 listesi 540.010 – 621. 800 arası gelirleri kapsamaktadır. Anestezi ve reanimasyon tanı, tedavi ve yoğun bakım amaçlı uygulamalar, anestezi uygulama ilkeleri, cerrahi uygulamalar v.b bu grupta gelir getiren işlemleri içermektedir.<sup>215</sup>

<sup>210</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>211</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>212</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>213</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>214</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>215</sup> a.g. resmi gazete.,

## 1.2. Döner Sermaye Yatırım Bütçesi Kalemleri

- **Tesis makine ve cihazlar;** bunlar; tesisler grubu, makineler ve aletler grubu ve cihazlar ve aletler grubu olmak üzere üç kalem olarak incelenir. Tesisler grubu; hizmet üretiminde kullanılan tesis giderleri, şantiye tesislerinin yapımı, prefabrik şantiyelerin satın alınmasına ilişkin alımlardır. Makineler ve aletler grubu; hizmet üretiminde kullanılacak her türlü makine alımlar, imal montaj ile makinelerin performans ilavesine yönelik yapılacak alımları kapsar. Cihazlar ve aletler grubu; hizmet üretiminde kullanılan tıbbi cihazların alımı, imal ve montaj ile cihazların performans ilavesine yönelik yapılacak alımları kapsar.<sup>216</sup>
- **Taşıtlar grubu;** otomobiller, yolcu taşıma araçları, yük taşıma araçları, arazi taşıtları, özel amaçlı taşıtlar (ambulanslar), binek araçları, diğer araçlar bu grupta yer almaktadır. Her yılın bütçe kanunu ekinde yayınlanan T cetveli çerçevesinde alımlar planlanmalıdır.<sup>217</sup>
- **Demirbaşlar grubu;** döşeme ve mefruşat grubu, büro makineleri grubu, mobilyalar grubu, beslenme/gıda ve mutfak demirbaşları grubu, canlı demirbaşlar grubu, tarihi ve sanat değeri olan demirbaşlar grubu, kütüphane demirbaşları grubu, eğitim demirbaşları grubu, spor amaçlı kullanılan demirbaşlar grubu, güvenlik kontrol ve tedbir amaçlı demirbaşlar grubu, demirbaş niteliğindeki süs eşyaları, kullanımda olan demirbaş niteliğindeki değerli eşyalar grubu, diğer demirbaşlar grubu şeklinde sınıflandırılır. Döşeme mefruşat grubu; döşeme demirbaşları, koruyucu giysi ve malzemeler, işletmede kullanılacak halı, perde gibi mefruşat alımları, hastanede kullanılan demirbaş niteliğindeki her türlü taşınırlar(hizmet üretiminde kullanılan her türlü demirbaş alımı). Büro makineleri grubu; bilgisayar çevre birimleri, haberleşme cihazları, ses, teksir ve çoğaltma makineleri, görüntü ve sunum cihazları, aydınlatma cihazları, işletmede kullanılacak daktilo, hesap makinesi gibi büro makine alımlarını içermektedir. Diğer demirbaşlar grubunda ise; seyyar kulübe, kabin, büfe, sandık ve kafesler, seyyar tanklar ve tüpler, sergileme ve tanıtım amaçlı taşınırlar ile işletme faaliyetlerinde kullanılan diğer maddi duran varlıkların alımları bu grupta yer alır.<sup>218</sup>

---

<sup>216</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>217</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>218</sup> a.g. resmi gazete.,

### **1.3. Döner Sermaye Gider Bütçesi Önemli Kalemleri**

- **Hizmet üretim giderleri;** bu gider grubunun içindeki belli başlı gider kalemleri; Tıbbi ve laboratuvar sarf malzemeleri grubu, memur ücret ve giderleri, temizlik hizmeti alım giderleri, yemek hizmeti alım giderleri, güvenlik hizmeti alım giderleri, veri hazırlama ve bilgi işlem hizmeti giderleri, görüntüleme hizmeti alım giderleri, elektrik-su giderleri sayılmaktadır.<sup>219</sup>
- **Genel yönetim giderleri;** vergi, resim, harçlar, ek çalışma karşılıkları, kadrosu saymanlık bünyesinde olan memurların her türlü aylık ücret tazminat v.b giderleri bu grubun belli başlı gider kalemlerini oluşturmaktadır.<sup>220</sup>

## **2. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 2008 2009 2010 YILI DÖNER SERMAYE TAHMİNİ BÜTÇESİ ÖRNEK UYGULAMASI**

### **2.1. 2008 – 2009 Yılları Gerçekleşen Gelir Bütçesi İncelemesi**

T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008 2009 2010 yılları döner sermaye tahmini bütçesi örnek uygulamasında daha çok gelir getiren kalemler tercih edilerek yorumları yapılmıştır. 2008 yılında 74.924.367 YTL gelir elde eden hastane 2009 yılında bu rakamı yüzde 1.5 arttırarak 115.747.944 TL gelir elde etmiştir. 2008 yılında ayaktan grup 1 geliri, yatan grup1 geliri, ayaktan radyoloji geliri ve yatan radyoloji geliri kalemler bu yılın toplam gelirinin yüzde 48’lik kısmını oluşturmuşlardır.(EK-1’de)

Ek 1’de 2008 yılına göre 2009 yılında gelir miktarı artarken gelir getiren kalemlerde de artış yaşanmıştır. Her iki yılda da en çok gelir elde edilen kalemler; ayaktan grup1 ve yatan grup 1 kalemleridir. Ayrıca yatan hasta ameliyat ve anestezi gelir kaleminde 2008 yılında 4.715.745 YTL olan gelir 2009 yılında 11.369.041 TL’ye yükselmiştir. Ayaktan muayene ve rapor gelirleri 5.302.425 YTL’den 9.398.709 TL ‘ye ayaktan laboratuvar gelirleri

---

<sup>219</sup> a.g. resmi gazete.,

<sup>220</sup> a.g. resmi gazete.,



ise 4.871.699 YTL'den 9.269.513 TL'ye, yatan hasta laboratuvar gelirleri de 4.871.699 YTL'den 6.400.095 TL'ye artmıştır. 2008 yılında 4.871.699 YTL olan ayaktan laboratuvar gelirleri, 2009 yılında 9.269.513 TL'ye, yatak gelirleri 259.923 YTL'den 4.821.268 TL'ye, ayaktan diğer gelirler ise; 74.255 YTL iken 5.134.920 TL olarak gerçekleşmiştir.

Radyasyon onkolojisi gelir kaleminde ise düşüş yaşanmış 2008 yılında 1.240.204 YTL gelir getiren bu kalemden 2009 yılında 3.769 TL gelir elde edilmiştir. Yatan hasta radyolojisi gelir kaleminde de 2008 yılında 6.847.113 YTL gelir elde edilmişken 2009 yılında bu rakam 4.568.752 TL'ye gerilemiştir. Yatan hasta diğer gelirler kaleminde 2008 yılında gelir elde edilemezken 2009 yılında 3.860.267 TL gelir elde edilmiştir.

2008 yılında yüksek gelir elde edilen kalemlerden 2009 yılında da yüksek gelir elde edilmiştir. Yalnızca radyasyon onkolojisi ve yatan hasta radyolojisi gelir kalemlerinde düşüş meydana gelmiştir. Ayrıca 2008 yılında düşük gelir getiren bazı gelir kalemlerinin 2009 yılında daha yüksek gelir getirdiği görülmüştür.

## **2.2. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Yatırım Bütçesi İncelemesi**

T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2009-2010 yılları döner sermaye tahmini bütçesi örnek uygulamasında öngörülen yatırım bütçesi kalemleri tercih edilerek yorumları yapılmıştır.

Demirbaşlar grubunu oluşturan yatırım bütçesi kalemleri 3.700.010 TL ile 2009 yılında 6.703.532 TL olarak öngörülen yatırım bütçesinin yüzde 55'lik kısmını oluşturmaktadır. Bu grupta diğer demirbaşlar kalemi 1.000.000 TL, mobilyalar kalemi 863.016 TL, büro makineleri kalemi 831.584 TL, döşeme mefruşat kalemi 739.232 TL olarak öngörülmüştür. Yine 2009 yılında tesis makine ve cihazlar grubu yatırım bütçesinde 1.656.721 TL olarak öngörülmüş ve bu gruptaki en yüksek kalemi 1.227.200 TL olarak öngörülen cihazlar ve aletler kalemi oluşturmuştur. Yazılımlar 2009 yılında 1.346.800 TL olarak öngörülmüş ve yatırım bütçesinin yüzde 20'sini oluşturmuştur. 1.346.800 TL olan yazılımlar, 1.227.200 TL öngörülen cihaz ve aletler, 1.000.000 TL olarak öngörülen diğer demirbaşlar kalemleri 2009 yılı toplam yatırım bütçesinin yüzde 53'ünü oluşturan en yüksek yatırım bütçesi kalemleridir.

2009 yılında 6.703.532 TL olarak öngörülen yatırım bütçesi 2010 yılında 2.814.981 TL olarak öngörülmüştür. 2009 yılında 1.346.800 TL ile yatırım bütçesinin yüzde 20'sini oluşturan yazılımlar yatırım kalemi 2010 yılında yatırım bütçesinden yüzde 0.29 oranında pay alarak 8.260 TL olarak öngörülmüştür. Yazılımlar kaleminin bu kadar düşük öngörülmesi her yıl bilgisayar yazılımlarına ihtiyaç olmaması ve 2009 yılında alınan programın 2010 yılında da kullanılabilmesi anlamını taşımaktadır. 2009 yılında 1.656.721 TL öngörülen tesis makine ve cihazlar yatırım grubu 2010 yılında yatırım bütçesinden yüzde 50 oranında bir pay alarak 1.419.615 TL olarak öngörülmüştür. Bu grupta yine 2009 yılında olduğu gibi cihazlar ve aletler yatırım kalemi en yüksek paya sahip kalemdir. Demirbaşlar yatırım kalemi ise 2010 yılında öngörülen yatırım bütçesinde yüzde 49'luk bir payla 1.387.105 TL olarak öngörülmüştür. Bu grupta yer alan diğer demirbaşlar kalemi 2009 yılında 1.000.000 TL olarak öngörülmüşken 2010 yılında 483.022 TL olarak öngörülmüştür. Büro makineleri kalemi 223.825 TL, mobilyalar kalemi ise 241.625 TL olarak öngörülmüştür.

2009 yılına nazaran 2010 yılı yatırım bütçesinin daha düşük öngörüldüğü görülmektedir. Bunun nedeni 2009 yılı için yanık merkeze yapılacak yatırımlar ve ameliyathanenin tadilat ve bakımının 2010 yılına kadar tamamlanması gösterilebilir. 2009 yılı içerisinde hastanemizdeki poliklinik sayısı artırılmış ve gerekli araç gereç tıbbi malzeme alımı ve gerekli yatırımlar 2010 yılına kadar tamamlanmıştır.

### **2.3. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Gider Bütçesi İncelemesi**

T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008 2009 2010 yılları döner sermaye tahmini bütçesi örnek uygulamasında daha çok gider gerçekleştiren kalemler tercih edilerek yorumları yapılmıştır.

2009 yılında hizmet üretim gider kalemlerine öngörülen bütçe 61.304.373 TL iken 2010 yılında 61.115.868 TL olarak öngörülmüştür. Genel yönetim giderleri ise 2009 yılında 55.635.003 TL ve 2010 yılında 40.515.300 TL olarak öngörülmüştür. Toplam giderler de durum 2009 yılı için 118.939.379 TL iken 2010 yılı için 121.035.320 TL öngörülmüştür.

Gider bütçesi incelendiğinde yüksek paya sahip gider kalemlerinde anlamlı değişiklikler görülmemektedir. 2009 ve 2010 yılı için en anlamlı değişim önceki dönem gider ve zararlar gider kaleminde görülmektedir. 2009 yılında 1.950.000 TL öngörülen bu gider kalemi 2010 yılı için neredeyse iki katı bir artışla 3.980.849 TL olarak öngörülmüştür.

Hizmet üretim giderlerinde, 2009 yılında öngörülen rakamlarla 2010 yılında öngörülen rakamlar arasında çok anlamlı değişimler yaşanmamıştır. Fakat özellikle görüntüleme hizmeti alım giderleri kaleminde iki katı bir artış yaşanarak 2009 yılında 4.000.000 TL olarak öngörülen bu gider kalemine 2010 yılında 7.287.178 TL öngörülmüştür. Hizmet alımlarına ait (temizlik hizmeti alımı, yemek hizmeti alımı, görüntüleme hizmeti alımı ve güvenlik hizmeti alımı gider kalemleri) gider kalemleri 2009 yılında öngörülen 15.600.000 TL ile hizmet üretim giderlerinin yüzde 25'ini oluşturmuştur. Bu oran 2010 yılı için ise; öngörülen 20.350.173 TL için yüzde 33'lük bir orana yükselmiştir. Bu artışta görüntüleme hizmeti alım gider kaleminde iki katına varan artışın etkisi büyüktür. Bu gruptaki öngörülen en yüksek gider kalemi ise 2009 yılı için öngörülen 18.000.000 TL ve 2010 yılı için öngörülen 20.702.940 TL ile tıbbi ve laboratuvar sarf malzemeleri gider kalemidir.

Memur ücret ve giderleri için 2009 yılında 4.100.000 TL öngörülürken, 2010 yılı için 5.136.325 TL öngörülmüştür. Müşavir firma ve bilirkişi gider kaleminde ise 2009 yılında öngörülen rakam 3.000.000 TL iken 2010 yılı için bu gider kalemine 37.097 TL öngörülmüştür. Bu gider kalemindeki düşüşün nedeni 2010 yılı için, ihtisas isteyen işlerde üçüncü kişilerden alınacak yardıma veya fizibilite çalışmalarına 2009 yılına göre daha az ihtiyaç olmasından kaynaklanmaktadır. Yine aynı şekilde yapı tesis onarım gideri 2009 yılı için 1.863.481 TL ve 2010 yılı için 29.290 TL öngörülürken, inşaat maliyet gider kalemine 2009 yılı için 1.500.000 TL öngörülürken 2010 yılı için bu gider kalemine herhangi bir ödenek ayrılmamıştır. Bunun nedeni ise; yine Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki inşaat, tadilat, bakım ve onarım işlerinin 2009 yılı içinde tamamlanması 2010 yılı için bu gider kalemlerine daha az oranda pay ayrılmasına neden olmuştur.

Genel yönetim giderlerinde ise; ek çalışma karşılıkları bu gruptaki en yüksek gider kalemidir. 2009 yılı için 38.000.000 TL, 2010 yılı için de 30.529.162 TL öngörülmüştür. Bu rakamlar 2009 yılı için toplam yönetim giderlerini yüzde 60'ını oluştururken, 2010 yılında yüzde 75'ini oluşturmaktadır. 2009 yılında 14.000.000 TL ve 2010

yılında 8.142.808 TL öngörülen vergi resim ve harçlar gider kalemi bu gruptaki ikinci en yüksek gider kalemidir.

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi adıyla beraber eğitim ve araştırma hastanesi olmasına rağmen, araştırma ve geliştirme gider kalemine 2009 yılında hiç ödenek ayırmamış, 2010 yılında ise sadece 1.256.880 TL öngörmüştür. Anadolu yakasının büyük hastaneleri arasında yer alan ve aynı zamanda eğitim ve araştırma hastanesi olmasına karşın 2009 yılında bu işlevine hiç pay ayrılmamış ve 2010 yılında ise öngörülen rakam oldukça düşük kalmıştır.

Bu bilgiler ışığında, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin başlıca gelirini; yurtiçi satışlar gelir grubu oluştururken yanık merkezindeki yapım çalışmaları ve yeni ameliyathane inşaatının tamamlanmasının 2010 yılında ameliyat ve anestezi gelir kaleminde artış meydana getireceği öngörülmüştür. Yine yeni ameliyathane inşaatı, yeni poliklinikler açılmasına bağlı olarak yapılan tadilat çalışmaları, yanık merkezi etrafındaki çevre düzenleme çalışmaları 2009 yılında ilgili gider kalemlerinde artış olarak öngörülmüş 2010 yılında ise bu gider kalemlerine öngörülen rakamlarda fark edilir düşüş yaşanmıştır.

### **3. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 2008 – 2009 – 2010 YILI DÖNER SERMAYE TAHMİNİ BÜTÇESİ ÖRNEK UYGULAMASI**

#### **3.1. 2008 – 2009 Yılları Gerçekleşen Gelir Bütçesi İncelemesi**

T.C. Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008 2009 2010 yılları döner sermaye tahmini bütçesi örnek uygulamasında daha çok gelir getiren kalemler tercih edilerek yorumları yapılmıştır. 2008 yılında 40.474.739 YTL gelir elde edilirken 2009 yılında bir önceki yıla göre azalarak 34.296.292 TL gelir elde edilmiştir. 2008 yılında yurt içi satışlar gelir grubunda 22.834.601 YTL gelir elde edilirken bu genel gelir toplamının yüzde 55'ini oluşturmuştur. 2009 yılı için ise bu oran yüzde 73.9 olarak gerçekleşmiş ve yurtiçi satışlardan 25.360.232 TL gelir elde

edilmiştir. Bu grupta ayaktan grup1 gelir kalemi, 2008 yılında 5.602.256 YTL, 2009 yılında 3.721.960 TL ile en yüksek gelir getiren gelir kalemini oluşturmuştur. 2008 yılında sırasıyla yatan grup 1 gelir kaleminden 3.569.068 TL, yatak gelirleri kaleminden 1.996.352 TL, yatan hasta ameliyat ve anestezi gelir kaleminden 1.893.323 TL, yatan hasta laboratuar gelir kaleminden 1.786.808 TL, yatan hasta genel uygulama ve girişim gelir kaleminden 1.662.572 TL, diğer gelirlerden ise 1.029.303 TL gelir gerçekleşmiştir.

Ek 2’de 2008 yılı için en dikkat çekici gelir getirisi ise; diğer gelirler grubundan olan kurumlar arası karşılıksız kaynak aktarımından doğan gelirler kaleminde gerçekleşen 7.685.004 TL olarak gerçekleşen gelirdir. 2009 yılında bu gelir kalemi sadece 666.667 TL gelir getirmiştir. 2009 yılında yüksek gelir getiren gelir kalemleri ise şunlardır; yatak gelirleri 3.407.229 TL, yatan grup 1 gelir kalemi 3.206.203 TL, ayaktan muayene ve rapor gelir kalemi 2.438.893 TL, yatan hasta genel uygulama ve girişim gelir kalemi 2.397.978 TL, yatan hasta ameliyat ve anestezi gelir kalemi 1.979.761 TL, yatan hasta laboratuar gelirleri 1.990.562 TL ve ayaktan radyoloji gelirleri 1.278.902 olarak gerçekleşmiştir.

2008 yılında ilaç ve tıbbi malzeme gelirleri 9.397.500 TL olarak gerçekleşmişken, 2009 yılında bu gelir grubundan 7.082.235 TL gelir elde edilmiştir. Bu gelirin 4.498.500 TL’si aşı, serum, ilaç, kan, kan ürünleri gelir kaleminden gerçekleşirken 2009 yılında bu kaleme 6.051.141 TL gelir elde edilmiştir. Tıbbi malzeme gelirlerinden 4.899.000 TL gelir elde edilirken 2009 yılında ise bu gelir kaleminden 1.031.094 TL gelir elde edilmiştir.

2008 yılı ve 2009 yılında gerçekleşen gelirlerin büyük oranda yurt içi satışlar gelir grubunda gerçekleştiği görülmektedir. 2008 ve 2009 yılları arasında gerçekleşen gelir kalemleri uygulamaları arasında belirgin farklar olmamasına karşın özellikle 2008 yılında kurumlar arası karşılıksız kaynak aktarımı gelir kaleminde gerçekleşen gelirin 2009 yılında çok cüzi oranda gerçekleşmesine bağlı olarak 2009 yılı gelir bütçesi 2008 yılı gelir bütçesinin gerisinde kalmıştır.(EK 2’de)

### 3.2. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Yatırım Bütçesi İncelemesi

T.C. Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2009 2010 yılları döner sermaye tahmini bütçesi örnek uygulamasında öngörülen yatırım bütçesi kalemleri tercih edilerek yorumları yapılmıştır. 2009 yılında öngörülen yatırım bütçesi 780.003 TL iken 2010 yılında öngörülen yatırım bütçesi kısıtlı tutulmuş ve 542.580 TL olarak öngörülmüştür. 2009 yılında öngörülen bütçenin 205.001 TL tesis makine ve cihazlar grubuna tahsis edilmiş ve 2010 yılında ise bu gruba 440.132 TL öngörülmüştür. Bu gruptaki cihazlar ve aletler yatırım kalemine ise 2009 yılında 200.000 TL ve 2010 yılında 330.933 TL pay öngörülmüştür. Bu da 2009 ve 2010 yıllarında hizmet üretiminde kullanılacak tıbbi cihaz alımının gerçekleşeceği anlamını taşımaktadır.

Demirbaşlar grubu ise 2009 yılı itibariyle öngörülen şekliyle yatırım bütçesinin yüzde 41'ini oluşturmaktadır. Bu grupta yer alan döşeme ve mefruşat yatırım kaleminde kullanılmak üzere hasta koşulları için yatak aralarına ve camlara perde döşenmesi için 90.000 TL, yeni bilgisayarlar almak için, büro makineleri yatırım kalemine 90.000 TL öngörülmüştür. Ayrıca güvenlik, kontrol ve tedbir amaçlı demirbaşlar yatırım kaleminde koruyucu güvenlik sistemi döşenmesi için 50.000 TL ve diğer demirbaşlar yatırım kalemi için 50.000 TL, hasta bekleme salonlarındaki eskiyen bazı mobilyaların yenilenmesi için de mobilyalar yatırım kalemine 40.000 TL öngörülmüştür. Ayrıca yine bu yıl bilgisayarlara yeni program yükleneceği için yazılımlar yatırım kalemine 250.000 TL öngörülmüştür.

2009 yılında demirbaşlar grubu yatırım bütçesinin yüzde 41'ini oluştururken 2010 yılında tesis makine ve cihazlar grubu yatırım bütçesinin yüzde 81'ini oluşturmuştur. 2010 yılı yatırım bütçesinde; 440.132 TL tesis makine ve cihazlar, 95.707 TL demirbaşlar grubu ve 6.740 TL yazılımlar için öngörülmüştür. Ayrıca 2010 yılı yatırım bütçesinde döşeme ve mefruşat kaleminden güvenlik, kontrol ve tedbir amaçlı demirbaş kalemine 1.000 TL aktarılmıştır.

### 3.3. 2009 – 2010 Yılları Öngörülen Gider Bütçesi İncelemesi

T.C. Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008 2009 2010 yılları döner sermaye tahmini bütçesi örnek uygulamasında daha çok gider gerçekleştiren kalemler tercih edilerek yorumları yapılmıştır. 2009 yılında öngörülen gider bütçesi 41.759.009 TL iken bu rakamın yüzde 59'unu 25.019.008 TL ile hizmet üretim giderleri oluşturmaktadır. Genel yönetim giderleri ise 16.430.000 TL ile yüzde 39'luk bir paya sahiptir. 2010 yılında ise; gider bütçesi 36.154.453 TL olarak öngörülmüştür. Bu bütçenin de yüzde 49.8'ini 18.039.242 TL ile yine hizmet üretim giderleri oluşturmaktadır. 2010 yılı gider bütçesinde genel yönetim giderleri ise yüzde 39 ile 14.135.502 TL olarak öngörülmüştür.

Ek 2'de 2009 yılında önceki dönem gider ve zararlar gider kalemi 300.000 TL olarak öngörülürken 2010 yılında 280.000 TL olarak öngörülmüştür. Fakat daha sonra bu rakamın 100.000 TL'si kırtasiye malzemeleri gider kalemine aktararak, kırtasiye malzemeleri gider kalemi 138.803 TL'den 238.803 TL'ye çıkartılmıştır. Ayrıca 2010 yılı gider bütçesinde 2009 yılı gider bütçesinde olmamasına karşın 10.000 TL araştırma ve geliştirme giderleri öngörülmüştür.

Hizmet üretim giderleri grubunda, tıbbi laboratuvar ve sarf malzemeleri gider kalemi bu grupta yer alan en yüksek gider kalemidir. Bu gider kalemi 2009 yılında 9.200.000 TL ve 2010 yılında 2.724.563 olarak öngörülmüştür. Hizmet alım giderleri ise; 2009 yılında hizmet üretim giderlerinin yüzde 31.9'unu, 2010 yılında yüzde 45.3'ünü ve 2009 yılında toplam giderlerin yüzde 19'unu, 2010 yılında yüzde 22.6'sını oluşturmuştur. Bu değerlendirme çerçevesinde 2009 yılında temizlik hizmet alım giderleri 2.700.000 TL, yemek hizmeti alım giderleri 2.100.000 TL, güvenlik hizmeti alım giderleri 1.150.000 TL, görüntüleme hizmeti alım giderleri 750.000 TL ve diğer hizmet alımları (yönlendirme hizmeti, teknik servis hizmeti) 1.300.000 TL olarak öngörülmüştür. 2010 yılında ise; temizlik hizmet alım giderleri 2.753.687 TL, yemek hizmeti alım giderleri 3.434.618 TL, güvenlik hizmeti alım giderleri 1.081.558 TL, görüntüleme hizmeti alım giderleri 907.219 TL ve diğer hizmet alımları (yönlendirme hizmeti, teknik servis hizmeti) 300.000 TL olarak

öngörülmüştür. 2009 yılına göre 2010 yılı gider bütçesinde hizmet alım giderleri artış göstermiştir.

Memur ücret giderleri 2009 yılında 2.200.000 TL öngörülürken, 2010 yılı için 2.249.669 TL öngörülmüştür. Elektrik, su gider kalemi 2009 yılında 1.000.000 TL ve 2010 yılında 1.285.000 TL olarak ve veri hazırlama ve bilgi işlem giderleri 2009 yılında 1.200.000 TL, 2010 yılında ise 1.075.705 TL olarak öngörülmüştür. Yapı tesis onarım hizmeti gider kalemi de 2009 yılında 1.400.000 TL olarak öngörülürken, 2010 yılında 140.879 TL olarak öngörülmüştür. Buradaki fark hastane binasının eski bir yapı olmasından dolayı zaman zaman gerekli olağan tadilatın 2009 yılı için planlanmış olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca 2009 yılı ve 2010 yılı gider bütçeleri kıyaslandığında genelde büyük farklara rastlanmamıştır.

### **3.4. Değerlendirme**

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008 2009 2010 yılları tahmini döner sermaye bütçeleri karşılaştırıldığında; her iki hastanede Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanesi olup Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dal hastanesi olup sadece göğüs hastalarına hizmet vermektedir. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ise genel hastane olup her türlü hastalığın tedavisiyle ilgilenmektedir. Ayrıca her iki hastane de üçüncü basamak sağlık kuruluşları olup gelişmiş teknoloji ve imkanlara sahiptir.

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008 yılında 74.924.367 YTL ve 2009 yılında 115.747.944 TL gelir elde ederken, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2008 yılında 40.474.739 YTL ve 2009 yılında da 34.296.292 TL gelir elde etmiştir. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin gelirleri 2008 yılı için neredeyse iki katı iken 2009 yılında bu oran üç katına çıkmıştır. Bu durumu incelendiğinde, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin genel hastane olması dolayısıyla daha çok hastaya hitap edebilmesi, ulaşımının çok daha elverişli olması daha fazla ameliyat yapılması ve yatak sayısının daha çok olması gösterilebilir. Oysa Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ulaşımı daha sıkıntılı olmakla beraber sadece göğüs hastalarının ihtiyaçlarına



cevap vermektedir. Tüberküloz tedavisi de ücretsiz yapılmaktadır. Yatak sayısı daha az ve tüberküloz tedavisi için de yatakların bir kısmı ayrılmaktadır. Ameliyathane daha küçük ve yapılan ameliyat sayısı da daha azdır. Göğüs hastalıklarının genel özelliği olarak kış aylarında ve özellikle de bahar aylarında hasta sayısı artarken diğer dönemlerde hasta sayısı fark edilir düzeyde düşmektedir. Özellikle yüksek gelir kalemini oluşturan ayaktan grup 1 hizmetleri gelirlerinde de fark edilir düşüş yaşanmaktadır.

Bütün bunlardan dolayı, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin gelir bütçesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin gelir bütçesinin oldukça gerisinde kalmaktadır. Yatırım bütçesi ve gider bütçesi için de bu durumlar geçerlidir. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin daha fazla ve her türlü hastaya hizmet verebildiği buna karşın Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bir gruba hizmet verebildiği de düşünülürse bütçelerdeki fark da anlaşılacaktır.

## SONUÇ

İnsanların yaşama hakkının kutsal olmasından dolayı sağlık vazgeçilemez ve devredilemez bir haktır. Ülkelerin en önemli beşeri kaynağı insandır. Ekonomik büyüme ve kalkınmada sağlıklı toplumun katkısı küçümsenmemekle birlikte sağlıklı işgücü ve yarattığı istihdam açısından ülkelerin ekonomisine de dolaylı olarak katkı sağlamaktadır. Bireylerin ve buna bağlı toplumların sağlıklı olabilmeleri için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri ise toplumların gelişmişlik düzeyi ile paralellik gösterir.

Sağlığı yükseltmek için sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artırılması gerekir. Sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artması için de daha fazla harcama yapmak gerekmektedir. İnsanların, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı sınırsız olmasına karşın bu alandaki kaynaklar da sınırlıdır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakları etkili ve verimli bir şekilde kullanarak, en yüksek düzeyde, ulaşılabilir, sürdürülebilir ve adaletli sağlık hizmeti sunmak ve bu hizmetlerin rasyonel olarak nasıl finanse edileceği ise günümüzde gelişmiş veya gelişmekte olan her ülkenin ortak sorunudur.

Gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması, kronik hastalıklar, yaşlı bakım masrafları ve eğitim düzeyinin yükselmesine paralel olarak daha fazla sağlık hizmeti talep edilmesi gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise; yüksek doğum hızı, sağlıksız çevre koşulları, sağlık hizmetine ulaşamama gibi nedenler sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Nedenler farklı olsa da ortak sorun sağlığın “nasıl?” ve “nereden?” finanse edileceğidir.

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları ülkeden ülkeye göre değişiklik göstermekle beraber genellikle vergilere dayalı, primlere dayalı veya her ikisinin birlikte kullanıldığı üç farklı finansman kaynağı bulunmaktadır. Bu sistemlerden hangisinin kullanılacağı ise ülkenin ekonomik yapısı, tarihi, kültürü ve politik rejimi gibi etkenlerine bağlı olarak değişmektedir. Türkiye’de ise vergi ve primlerle finanse edilen karma bir finansman yapısı mevcuttur.

Ülkemizde sağlık sisteminin oldukça karmaşık bir yapısı vardır. Genel olarak, özel ve kamu çerçevesinde verilen sağlık hizmetinin “kamusal hizmet” özelliği taşıması dolayısıyla Türkiye’de hizmet sunucusu olan en büyük kurum Sağlık Bakanlığı’dır. Özel kesimin payının son dönemde artmasına rağmen özellikle koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulur. Finansman kurumu bazında kilit unsur ise sosyal güvenlik kurumudur.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, sağlığa ayrılan finansın artırılması ile sağlık hizmeti gelişir. En büyük hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeden aldığı pay ise zaman zaman düşmüş zaman zaman yükselmiştir. Özellikle 2000’li yıllarla beraber genel bütçeden aldığı pay düşerek devam etmiştir. Değişen ekonomik ve siyasal gelişme ve değişimler neticesinde sağlık politikası da bu değişim ve gelişimlerden etkilenmiştir. Günümüzde de sağlığa ayrılan payın azaltılması düşünülmektedir. Diğer yandan artan sağlık harcamalarının karşılanması için yeni kaynak yada var olan kaynakların daha etkin kullanılması çerçevesinde döner sermaye uygulamaları hız kazanmıştır. Döner sermaye uygulaması sağlığa yeni finansman kaynağı olarak değerlendirilmiştir. Bu uygulama sayesinde özellikle hastaneler daha fazla idari ve mali özeleğe sahip, kendi kendine yetmeye çalışan kurumlar haline dönüşmüştür. Sağlık Bakanlığı harcamalarının büyük çoğunluğunu günümüzde de personel giderleri oluşturmaktadır. SSK’ya bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na devri ve yeşilkart uygulamasındaki düzenlemeler gibi değişimler Sağlık Bakanlığı bütçesi harcamalarını daha arttırırken genel bütçeden sağlığa ayrılan pay düşme eğilimdedir.

Bütün bu gelişmeler ışığında sağlık hizmetlerinin etkin sunumu için, döner sermaye uygulamaları hız kazanmış ve 2001 yılından itibaren sağlık müdürlüklerinde de bu uygulamaya geçilmiştir. Günümüzde hastanelerin neredeyse tüm giderleri döner sermaye bütçesinden karşılanmakla beraber bir kısım personel ücretleri dahil Sağlık Bakanlığı bütçesinde önemli paya sahip bir çok gider üzerindeki baskıyı hafifletmiştir. Fakat sağlık finansmanında kaynak olarak görülmesine karşın, son yıllarda hızla gelişen teknoloji, piyasaya sürülen yeni ve pahalı ilaçların getirdiği yüksek maliyetler döner sermaye bütçesi tarafından karşılanamamaktadır. Döner sermaye uygulanan Sağlık Bakanlığı birimleri birbirinden farklı olduğu için döner sermaye gelirleri ve giderleri de birbirinden oldukça farklıdır. Dolayısıyla bazı birimler bir takım tasarruf tedbirlerine gidebilmekte bu da verilen sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Sağlıkta önemli olan olumlu sonuçlardır. Sağlıkta en önemli hedef, günümüz dünyasının teknik ve teknolojileriyle teşhis

ve tedavileri gerçekleştirmek ve bu dūřünce ile ũlkemizde de gelişen sağlık hizmetlerini sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aslolan; sağlığın finansmanı, sağlığın finansman kaynakları ũlkelerin sağlık hizmetlerine yansdıka sağlık hizmetlerinin sunumunda bireysel ve toplumsal olarak artabilecektir.

## **KAYNAKÇA**

### **Kitaplar**

Ak, B., Hastane Yöneticiliği, Ankara, 1990

Akar, Ç., Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara 2002

Akar, Ç., Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde Ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1998,.

Akdur, R., Türkiye de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması A.Ü.T.F Halk Sağlığı ABD Ankara 1999

Aktan, C., Işık, K., Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi Aura Kitapları İstanbul 2007

Aktan, C., Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi Aura Kitapları İstanbul 2007

Bilir, V., Meslek Hastalıkları, Türk-İş Yayınları, Ankara 2004.

Bulutoğlu, K., Kamu Ekonomisine Giriş İstanbul 1981

Bulutoğlu, K., Kamu Ekonomisine Giriş Maliye ve Hukuk Yayınları, Ankara 2008

Giray, A., Avrupa Birliğinde Sağlık Yönetimi, Sağlık ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul 2007

Kavuncubaşı, Ş., Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara,2000

Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları İstanbul 1998

Önertürk, P., Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Yayın no 262 Ankara 1984

Seçim, H., Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın no:252 İstanbul 1991

Tosun, H., Cebeci, A., 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, Muhasebet Kontrolörleri Derneği Yayını Yayın no:8 Ankara 2006

Tokat, M., Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Sağlık ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul 2007

## **Dergiler**

Altay, A., Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi Ocak- Mart sayı 64 Ankara 2007

Egici, M., Dünya Sağlık Örgütü İlkeleri ve Türkiye ile İlişkileri, Aile Hekimliği Dergisi cilt 1 sayı 1 Ankara 2006

Orhaner, E., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi sayı 1 Ankara 2006

Tatar, F., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları Toplum ve Hekim cilt 11 sayı 72 Mart Nisan Ankara 1996

Yalçın, T., Yıldırım, H., Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı No 40 Temmuz -Ağustos Ankara 2001

## **Raporlar**

Çelebier, N., Türkiye’de Konsolide Devlet Bütçesinin Finansmanı(1965-1985), Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Ankara 1985

Çiçek, R., İlişki Pazarlamasının Uygulaması Ve Hastane Performansına Etkisi Üzerine Bir Araştırma, İstanbul, 2002

DPT Beş Yıllık Kalkınma Planı(2001-2005) Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu Finansman ve Maliyet Alt Komisyon Raporu 2000 Ankara

Kelat, Z., Kamu ve Özel Hastane Yöneticilerinin Müşteri İlişkileri Yönetimine Bakış: Ankara İlinde Bir Uygulama, Ankara 2007

Özdemir, Y., Saatçi M., 2008 yılı merkezi bütçe kanununun değerlendirilmesi Ankara 2008

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2002, Maliye Bakanlığı Verileri

## **Tebliğler**

T.C Resmi Gazete, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Mükerrer Sayı:27535 Tarih 25.03.2010

## Tezler

Aydın, N., Neoliberal Politikalar Çerçevesinde Hasta Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi: 2000-2007 Yılları Arasında Kamu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma( Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul 2008

Makas, R., Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi) İstanbul 2003

Şaşmaz, N., Hastane Yöneticiliğinin Başarısında Halkla İlişkilerin Rolü, (Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Ankara 2001

Top, S., Türk Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Yapısı ve Harcama Yöntemleri,( Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi )İstanbul 2009

Yenimahalleli Yaşar, G., Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara 2007

## İnternet Kaynakları

Akdur, R., piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde sağlık harcamaları neden daha yüksektir? [www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya\\_saglik\\_harcamaları](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya_saglik_harcamaları)

Ala, M., Yoksulluk ve Küresel Çözumsuzlük, Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi Yıl 5 Sayı 2 Temmuz 2009 <http://www.paradoks.org/> (02.05.2010)

Buharalı, C., Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi, Deloitte, [http://www.deloitte.com/view/tr\\_TR/tr/sectorler/saglikveilacendustrisi/69128e6bc220e110VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm](http://www.deloitte.com/view/tr_TR/tr/sectorler/saglikveilacendustrisi/69128e6bc220e110VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm) (27.01.2009)

Damat, M., bütçe ve yeşil kart uygulamaları [http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce\\_ykart\\_dosyalar/frame.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/sunumlar/butce_ykart_dosyalar/frame.htm) (25.06.2010)

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı T.C Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı; <http://www.dtm.gov.tr/dtmweb/index.cfm?action=detayrk&yayinid=1045&icerikid=1156> (31.03.2010)

Garg, C., Sağlık Finansmanında USH'nin Önemi ve İlişkisi, Sağlık Sistemleri Finansmanı WHO Cenevre Ulusal Sağlık Hesapları Sempozyumu 25-27 Ekim Ankara 2005  
<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/> (19.01.2009)

Gazi, A., T.C Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı  
<http://www.tdms.saglik.gov.tr/Dosya/> (25.06.2010)

Hülür, Ü., Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları, Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Mayıs 2008 Ankara s. 6  
[http://www.tusak.saglik.gov.tr/dosyalar\\_sps3/1\\_2.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/dosyalar_sps3/1_2.pdf) (12.02.2009)

OECD Sağlık Sistemi incelemeleri  
[http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250.OECD\\_Kitap.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250.OECD_Kitap.pdf)  
(31.03.2010)

OECD'nin Yapısı ve Üyesi Ülkelerin Bilgi Profilleri, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı; Ekonomik ve Stratejik Araştırmalar Merkez Müdürlüğü Ankara Mart 2004 s 3  
<http://www.kosgeb.gov.tr/Pages/UI/Yayinlar.aspx?ref=8&refContent=85> (31.03.2010)

Sağlığı Bakış; OECD Göstergeleri 2005 Türkçe Özet  
<http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf> (12.02.2009)

Sur; H., Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>  
(05.05.2010)

Sur, H., Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Uluslararası Sağlık Kuruluşları  
<http://www.merih.net/m1/whaysur14.htm> (15.04.2010)

T.B.M.M. 2006 9. Kalkınma Planı 2007-2013 Resmi Gazete Sayı 26215 s.41  
<http://rega.basbakanlik.gov.tr/#> (02.05.2010)

T.C.Maliye Bakanlığı 2010 Yılı Bütçe Gerekçesi, Ankara 2009  
<http://www.bumko.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?> (15.05.2010)

T.C Başbakanlık Avrupa Birliği Genel Sekreterliği, Avrupa Birliğinin Tarihiçesi;  
<http://www.abgs.gov.tr/index.php?p=105&l=1> (01.04.2010)

T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Aralık Ankara 2003  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster>. (27.01.2009)



Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Avrupa Birliği Nedir?(Tarihsel Gelişim, Kurumsal Yapı ve Genişleme Süreci) Ağustos 2002, , <http://www.tobb.org.tr/raporlar/abnedir.pdf> (31.03.2010)

Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007; Sağlık Hizmetleri Sistemi , T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Bölük Ofset Ankara 2007  
<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf> ( 25.08.2009)

Tezcan, N., Döner Sermaye Uygulamaları, T.C Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Döner Sermayeli İşletmeler Daire Başkanlığı  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster> (25.06.2010)

Uluslar arası alma-ata konferansı 2003 <http://www.un.org.tr/who/Who.htm> (12.02.2009)

Uz, M., Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hastanelere Ödeme Modelleri  
[www.merih.net/m1/whulkuz](http://www.merih.net/m1/whulkuz) (15.06.2010)

Ülkemizde Sağlık Hizmeti Sunumunda Üniversite Hastanelerinin Yeri Ve Gelecek Perspektifi, (10.11.2009). <http://www.hastane.comu.edu.tr/univsunum/erciyessunum.doc>

WHO <http://www.who.int/about/en/> (01.06.2010)

WHO Basic Documents, Forty-First Edition ,Geneva 1996 <http://www.who.int/en/> (10.05.2009)

WHO The World Health Report 2000 Health Systems Improving Performance Geneva 2000  
<http://www.who.int/whr/2000/en/> (12.06.2009)

WHO Anayasası [http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who\\_anayasa.pdf](http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who_anayasa.pdf) (03.09.2009)

WHO Health 21 The Health For All Policy Framework For The WHO European Region 1999  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

WHO Health 21  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)  
(01.06.2010)

Yıldırım, S., Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü DPT Yayın no: 2350 temmuz 1994 Ankara s 12 <http://ekutup.dpt.gov.tr/> (25.08.2009)

## ÖZGEÇMİŞ

23.04.1979 Manisa doğumluyum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Manisa'da tamamladım. Lisans eğitimimi Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü'nde 2001 yılında bitirdim. 2004 yılından itibaren T.C Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktayım.