



SASAM
ENSTİTÜSÜ
ISSN: 2459-0738

ANALİZ
YIL: 3 SAYI: 9 OCAK 2017

**SAĞLIK BAKANLIĞI VE
BAĞLI KURULUŞLARI
BÜTÇESİNİN;
YILLAR İTİBARIYLA GELİŞİMİ VE
2017 YILI ANALİZİ**



Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre



SASAM
ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

SASAM YAYINLARI

YIL: 3 • SAYI: 9 • OCAK 2017

ISSN: 2459-0738

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Metin MEMİŞ

Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni

Mustafa ÖRNEK

Yayın Kurulu

Mustafa Örnek, İdris Baykan, Abdülaziz Aslan, Murat Kalem,
Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan, Doç. Dr. Mehmet Merve Özaydın,
Dr. Özcan Kars, Mehmet Atasever, Arş. Gör. Mehmet Gözlü,
Zafer Karaca, Elif İşlek, Fatma Akay, Nihan Ready,
Onur Burak Barkan, Defne Demet

OCAK 2017

3.000 Adet

Grafik Tasarım

Sedat ALTUĞ



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23

Demirtepe/ANKARA

Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65

www.sagliksen.org.tr



sasamenstitusu



sasamenstitu



sagliksen



SagliksenGenelMerkezi

SUNUŞ



Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı
SASAM Enstitüsü Başkanı

Sağlık politikalarının, sağlık hizmetlerine erişilebilir, hakkaniyetli, sürdürülebilir bir sistem üzerinde şekillenmesi önemli bir avantaj olarak kabul edilir. Bu durum sağlık sisteminin işleyişini daha dinamik

olmaya zorlamaktadır. Bizler de SAĞLIK- SEN olarak sağlık çalışanlarının daha iyi çalışma şartlarında nitelikli sağlık hizmetleri sunumunu sağlamanın değerli olduğuna inandık.

Sağlık hizmetlerinin artan maliyeti, beklentilerin yükselmesi, teknolojik gelişmeler, kronik hastalıkların çeşitliliğindeki artış, yaşlı nüfusun artması, girdi maliyetlerinde yaşanan değişimler ve sağlık alanındaki yeni yatırımlar bütçe artışlarını zorunlu kılmaktadır. Her geçen gün artan talebin ideal şekilde karşılanması için bütçe kaynaklarını, istihdam politikalarını ve diğer alt yapı kaynaklarını geliştirmeyi gözden geçirmek gerekmektedir.

Sağlık politikalarında belirlenen hedeflere ulaşmakta sağlık çalışanlarının ortaya koyduğu emeği önemsemeliyiz. Çünkü sağlık çalışanlarımız yaşanması muhtemel tüm olağan dışı şartlara rağmen 7 gün 24 saat kesintisiz bir şekilde sağlık hizmetleri sunumunu başarılı bir şekilde ortaya

koymaktadır. Bu nedenle sürdürülebilir reformlar için sağlıkta dönüşümün mimarları olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlara kulak vermemeliyiz. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanlarının yetkili Sendikası olarak toplu sözleşme görüşmeleri sonucunda bütçe kaynaklarından sağlık çalışanlarına daha fazla pay ayrılması için birçok kazanıma imza attık.

Bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da sağlık çalışanlarımızın sesi olacak, bilimsel temelli ve gerekçeli raporlarımız sayesinde çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve mali yönden kazanımlarının artırılması adına her zaman ve zeminde çalışanlarımızın yanında olacağız.



SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARI BÜTÇESİNİN; YILLAR İTİBARIYLA GELİŞİMİ VE 2017 YILI ANALİZİ

Yazarlar

Mehmet ATASEVER

Mehmet GÖZLÜ

Elif İŞLEK

Mustafa ÖRNEK

Zafer KARACA

A. GİRİŞ

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmeti kamu malı niteliğindedir, devletin görevlerindedir ve sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca sağlanır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta

primleri ve cepten ödeme ile gerçekleşmektedir (Pekten, 2006).

Son 15 yıl içindeki hızlandırılmış reformlarla ve 2003 yılında başlayan 'Sağlıkta Dönüşüm' programıyla Türkiye sağlık sistemi yeniden organize olmuş, Sosyal Güvenlik Reformu ile Genel Sağlık Sigortası sistemi yürürlüğe sokulmuştur. Bu değişiklikler sonucunda vatandaşların sağlık hizmetlerine

erişiminde kolaylıklar sağlanmış ve yüksek sağlık harcamalarına karşı düşük gelir seviyeli kesim için mali koruma durumunda iyileşmeler görülmüştür (OECD, 2008). 2012 yılı itibarı ile tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası sistemine dahil olması zorunluluğu getirilmiştir (Atasever, 2014).

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması ve sağlık alanında istenilen noktaya ulaşılması hususunda gösterilen kararlılık ile 2003-2016 döneminde vatandaşların hayatını kolaylaştıran devrim niteliğinde birçok uygulama hayata geçirilmiştir. Bu dönemde SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş, dar gelirli kesimlere yönelik olarak yeşil kartlı vatandaşların hakları genişletilmiş, yeşil kart sahiplerinin "ayakta tedavi" kapsamında ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır. İlaçtaki KDV oranı düşürülmüş ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiştir. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlanmış, ilaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü, büyük ölçüde hafifletilmiştir.

Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamıştır. Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de "112 Acil Sağlık" hizmeti sunulmaya başlamış, istasyon sayısı artırılmış, ambulanslar en son teknolojilerle donatılmıştır. Sisteme, hava ve deniz taşıma araçları eklenmiştir. Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere halk sağlığı hizmetleri güçlendirilmiş, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekim-

liği uygulaması başlatılmış ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirilmiş, bu kapsamda kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bulaşıcı hastalıklardaki göstergeler gelişmiş ülkeler düzeyine ulaşmıştır. Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır. Bu dönemde çok önemli sağlık yatırımlarına imza atılmış hizmet alımıyla birlikte sağlık personeli sayısında önemli artışlar olmuştur.

2003-2016 döneminde kamu sağlık harcamalarında finansal sürdürülebilirlik sağlanmıştır. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile dünyanın takdir ettiği geniş kapsamlı bir dönüşüm programı uygulanmış ve 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, %70'lerin üzerine çıkarılmıştır (Atasever, 2014).

Sağlık Bakanlığı; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlamasından, denetiminden ve halk sağlığı ile 112 acil hizmet sunumundan sorumlu tek kamu kuruluşu ve hastane ile ağız diş sağlığı sunumunda da en büyük hizmet sunucusudur (Ateş, 2011).

Bu dönemde Türkiye'deki en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığının GSYİH içinde 2002 yılında %1,5 olan payı 2017 yılında %2,7'ye yükselmiştir (Tablo 1; Grafik 1).

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Bütçesinin GSYİH İçerisindeki Payı, (%), milyon TL, 2002-2017

Yıllar	GSYİH	Sağlık Bakanlığı			GSYİH İçindeki Payı (%)
		Döner Sermaye Bütçesi	Merkezi Yönetim Bütçesi	Toplam	
2002	350.476	2.583	2.510	5.093	1,5
2003	454.781	3.955	3.076	7.031	1,5
2004	559.033	5.182	3.716	8.898	1,6
2005	648.932	4.868	4.993	9.861	1,5
2006	758.391	7.811	5.733	13.544	1,8
2007	843.178	9.920	6.611	16.531	2,0
2008	950.534	11.094	8.099	19.193	2,0
2009	952.559	11.414	9.429	20.843	2,2
2010	1.098.799	12.257	10.574	22.831	2,1
2011	1.297.713	14.170	12.478	26.648	2,1
2012	1.416.798	16.890	14.973	31.863	2,2
2013	1.567.289	19.869	17.012	36.881	2,4
2014	1.748.168	21.745	19.499	41.244	2,4
2015	1.952.638	24.032	23.323	47.355	2,4
2016	2.148.121	27.573	25.574	53.147	2,5
2017	2.404.108	31.741	32.302	64.043	2,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli hedeflerinden biri olarak 2011 yılında yapılan 663 sayılı KHK ile sağlık hizmetlerinin idari yapılanmasında önemli değişimler yaşanmıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığı; Türkiye’de sağlık hizmetlerinin planlamasından, denetiminden ve 112 acil hizmet sunumundan sorumlu tek kamu kuruluşu haline getirilerek Sağlıkta Dönüşüm Programının

“planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı” bileşeni gerçekleştirilmiştir. Hastane ile ağız ve diş sağlığı sunumundaki sorumluluk da bağlı kuruluş statüsündeki Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na verilerek bu sağlık hizmet sunum birimleri idari ve mali yönden özerk sağlık kuruluşları haline getirilmesi amaçlanmıştır. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetlerini tesis etme amacıyla Türkiye

Grafik 1. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Bütçesinin GSYİH İçerisindeki Payı (2002-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

Halk Sağlığı Kurumu kurulmuş ve aile hekimliği sistemine geçilerek yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi benimsenmiştir. Ayrıca akılcı ilaç ve malzeme yönetimindeki kurumsal yapılanma da

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulmasıyla sağlanmıştır. Aşağıda bakanlık merkez ve bağlı kuruluşlara ilişkin altyapısal ve finansal gelişmelere kısaca değinilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2014 Faaliyet Raporu).

B. HASTANE HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Bu dönemde hastane hizmetleri ile ilgili gelişmelere baktığımızda 2002 yılında Türkiye'deki en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığı misyonu gereği bu rolünü yıllar itibarıyla arttırmaya devam etmiştir. Örneğin; 2002 yılında Türkiye'deki hasta yatakların %47'si Sağlık Bakanlığında iken bu oran 2015 yılında %58'e ulaşmıştır. Aynı şekilde hastaneye müracaatların 2002 yılında %53'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerine ait iken bu oran 2015 yılında %74'e ulaş-

mıştır. (Sağlık İstatistik Yıllığı, 2015).

2005 yılında SSK hastanelerini devralmasından sonra 2016 yılı Ekim ayı itibarıyla Milli Savunma Bakanlığına bağlı 26 ildeki 33 hastane, 3 poliklinik ve 5 sağlık merkezi (yaklaşık 5 bin yatak) Sağlık Bakanlığınca devralınmıştır (Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Bütçe Sunumu).

Bu dönemde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde işletmecilik alanında uygulamaya konan birçok yenilik ile 2011 yılı sonunda



Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Dünyanın takdir ettiği geniş kapsamlı bir program uygulanmış ve 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, %70'lerin üzerine çıkarılmıştır.

kanunlaşan Kamu Hastane Birlikleri modeli için birçok alanda ihtiyaç duyulacak altyapılar da hazırlanmıştır (Atasever, 2014).

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığında başlatılan işletmecilik uygulamalarının en önemlileri şunlardır (Atasever, 2014):

1. Tek Düzen Muhasebe Sisteminin uygulanması

2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerde (hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri, sağlık müdürlükleri-birinci basamak sağlık kuruluşları ve hıfzıssıhahalar) uluslararası muhasebe standartlarına uygun olarak düzenlenen tek düzen muhasebe sistemi uygulanmaktadır. Tek düzen muhasebe sistemi tahakkuk esaslı muhasebe sistemine göre çalışmaktadır. Bu sistem ile döner sermayeli işletmelerin gelirlerinin ve kaynakla-

rının doğru ve zamanında kullanılması açısından önemli mesafeler alınmıştır.

2. Performansa Bağlı Ek Ödeme Sisteminin uygulanması

2002 yılında yani Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı başlamadan önce Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerin ürettiği hizmetlerden elde edilen gelirlerden bu hizmette emeği geçenlere çok sınırlı katkı payı ödenmekteydi. Bu tür bir katkı payı ödemesi, üretilen sağlık hizmeti ile doğrudan ilişki içinde olmadığından sağlık hizmetinin verimliliği, kayıt altına alınması başarılı olmamıştı. Uygulamada, teorik olarak temel maaşın %100'üne kadar ek ödeme yapılması mümkün iken bu bile ödenmiyordu. 2003 yılından itibaren uygulamaya konan performansa bağlı ek ödeme uygulaması ile birlikte bu matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri ile mesai içi ve mesai dışı çalışmalar dikkate alınarak farklılaştırılmıştır.

3.Hizmet Alım Uygulamalarının Yaygınlaştırılması

Sağlıkta Dönüşüm Programının getirdiği en önemli gelişmelerden biri de Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde oldukça yaygın bir şekilde uygulamaya konulan hizmet alımları olmuştur. Hizmet alımları özellikle laboratuvar ve görüntüleme gibi tıbbî hizmetler alanlarında ve temizlik, güvenlik, yemek, bilgi işlem gibi destek hizmetlerinde geniş bir şekilde uygulanmıştır. Uygulama zamanla özellikle destek hizmetlerinde yeni bir personel istihdam modeline dönüşmüştür.

4. Hastane Yöneticilerinin Yetkilerinin Genişletilmesi

Özellikle finansal imkânların genişletilmesine paralel olarak hastane yöneticilerine bütçe yönetimi, satın alma ve yatırım kararları konusunda daha fazla özerklik ve esneklik verilmiştir. Yöneticilere bütçeleri kadar harcama yetkisi verilmesi merkeze sormadan işletme ihtiyaçlarını hızlı bir şekilde karşılama imkânı sağlamıştır. Bu uygulamalar

sağlık hizmetlerinin kalitesini ve vatandaşın memnuniyetini artırmak açısından yöneticilere büyük imkânlar sağlamıştır.

5. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Bütün İşletmelere Yaygınlaştırılması

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biri olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), uygulamaya konmuş, sağlık bilgi sistemlerinde ulusal standartlar geliştirilmiş ve bu sayede etkin bir bilgi sistemi altyapısı kurulmuştur. Hastanelerin tamamında bilgi işlem altyapısı oluşturulmuştur. Oluşturulan altyapı tüm Türkiye'yi kapsayan hızlı bir iletişim omurgasına sahip olup tıbbî görüntü transferine de imkân sağlamaktadır. Öte yandan bu sistemle sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların insan gücü, taşınır, taşınmaz, idari ve mali verilerini de kayıt altına almak mümkün olmuştur.

6. Hastanelerde Kalite ve Verimliliğin Önemslenmesi

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın



ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişiminin sağlanması olmuştur. 2003 yılından itibaren uygulamaya konan performansa dayalı ek ödeme sistemine 2005 yılında kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet altyapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir.

7. Hastanelerde Bütçe Disiplinin Sağlanması

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

8. Global Bütçe Uygulamasına Geçilmesi

Sağlık finansmanı alanında yapılan reformlardan diğer bir önemli adım da Sağlık Bakanlığının kamu sağlık harcamalarından aldığı payın 2006 yılından itibaren global bütçe adı verilen yöntemle tespit edilmesi olmuştur. Uzun ve kapsamlı çalışmalar neticesi sağlıkla ilgili ekonomik koordinasyon kurulu tarafından belirlenen global bütçe;

ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl içinde sunulacak hizmetler karşılığı elde edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile de harcama sınırını ve hedefini ifade etmektedir. Global bütçe uygulaması ile maliyet ve bürokrasi oluşturan birçok işlem son bulmuştur. Uygulama ile fatura hazırlama ve inceleme işlemlerinde çalışan personel ile kırtasiyecilik, depolama ve posta giderlerinde büyük tasarruf söz konusu olmuştur. Global bütçe ile Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerde nakit akışı sağlanmış, ödemeler düzenli olarak yapılmaya başlanmış bu sayede satıcılardan kaynaklanan maliyetler önemli ölçüde düşürülmüştür.

9. Yöneticiler İçin Performans Uygulamaları

Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde görevli yöneticilerin, görevlerini yerine getirirken dikkat etmeleri gereken bazı yönetsel öncelikler belirlenmiştir. Bu yönetsel önceliklerin ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak 2010 yılının Mart ayında yönetici performansı uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamaya göre Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde tıbbi ve idari yöneticiler önceden belirlenen performans kriterlerine göre işletmenin performansından sorumlu tutulmuşlardır.

10. Finansal Yönetimin Merkezi Olarak Kontrolü

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının başarıyla uygulanabilmesinin en önemli faktörlerinden biri de finansal yönetimde sağlanan başarıdır. Bu dönemde, Sağlık Bakanlığına

bağlı hastanelerin profesyonel bir şekilde, amatör duygularla yönetildiği gözlenmiştir.

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

10.1.Finansal Düzenleme İşlemleri

- Personel ağırlıklı hizmet alımlarında çalıştırılabilecek işçi sayısının tespitinin dinamik ve gerçekçi kriterlere bağlanması ile gereksiz işçi çalıştırılmasının önlenmesi,
- Personel ağırlıklı hizmet alımlarında yüklenicilere verilecek kâr oranının sınırlandırılması,
- Hizmet alımları kapsamında çalıştırılan işçilere öngörülecek ücretlerin standart hale getirilmesi,
- Firmalara yapılacak ödeme zamanının belirlenmesi ve ödeme süreçlerinin düzenlenmesidir.

10.2.Stok Yönetim İşlemleri

- Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi Uygulamaları (MKYS):
MKYS, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yer alan işletmelerde taşınırların (ilaç, tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemeleri ve demirbaş) verimli kullanımını ve güncel olarak takibini sağlamak üzere geliştirilen merkezi web tabanlı bir yönetim bilgi sistemidir. MKYS içinde, taşınırların kullanımı ve takibine yönelik birçok modül yapı bulunmaktadır. 2008 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı yönetiminde aktif olarak kullanılmakta olan

bu sistem ile mali mevzuat gereğince hazırlanması gereken birçok defter, belge ve cetveller elektronik ortamda hazırlanır hâle getirilmiştir.

• Azami Stok Miktarı (ASM) Uygulaması

Sağlık hizmet sunumunun kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için işletmelerin belirli seviyede stokla çalışmaları gerekmektedir. Stok seviyesinin gereğinin üzerinde olması işletmenin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir. Sürdürülebilir finansal yapının sağlanabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından stok yönetimi alanında yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda tedarik ve stok maliyetleri ile miat ve bozulma gibi riskleri asgari düzeye indirmek amacıyla işletmelerde ilaç ve tıbbî sarf malzeme tedarikinde “Azami Stok Miktarı Uygulaması” başlatılıp işletmelerde bulundurulabilecek stoklar en fazla 3 aylık ihtiyaçla sınırlandırılmıştır.

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



• Stok Fazlası ve İhtiyaç Fazlası Stok İşlemleri

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

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

Hizmet üretimi gereği tedarik edilen ancak herhangi bir nedenle ihtiyaç dışına çıkan mal veya malzemeler ihtiyaç fazlası malzeme olarak tanımlanmıştır. Kaynakların ve

rimli olarak kullanımına destek olmak üzere ihtiyaç fazlası taşınır modülünde yer alan ürünlerin bedelsiz olarak devri sağlanmıştır. 2009-2013 yılları arasında Sağlık Bakanlığına bağlı işletmeler arasında 190 milyon TL tutarında ihtiyaç fazlası malzeme devri gerçekleştirilmiştir.

• İhale Öncesi MKYS Sorgulama Zorunluluğu

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

kamu kaynaklarının ihtiyacı olan işletmelere devredilebilmesinde ve stok düzeylerinin düşürülmesinde önemli bir araç olarak kullanılmıştır.

• Stok Analizleri

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

• İl Düzeyinde Stok Koordinasyon Ekiplerinin ve İl Stok Havuzlarının Oluşturulması

Stok yönetimi alanında gerçekleştirilen uygulamaların devamı olarak, il düzeyinde

MKYS uygulamaları, ekonomik satın alma fonksiyonunun yanı sıra, atıl bekleyen kamu kaynaklarının ihtiyacı olan işletmelere devredilebilmesinde ve stok düzeylerinin düşürülmesinde önemli bir araç olarak kullanılmıştır.

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

• İhtiyaç Tespit Komisyonlarının Kurulması

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

10.3.Satın Alma Yönetimi İşlemleri

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından sağlık işletmelerinin ihtiyaçlarını etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde temin etmeleri için kamu ihale mevzuatı

çerçevesinde yeni yöntemler uygulamaya konulmuştur;

• Kamu Hastanelerinin Birbirlerinden Mal ve Hizmet Almalarının Önünün Açılması

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

• Küçük Hastanelerin İhtiyaçlarının Büyük Hastanelerce Karşlanması

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

• Çerçeve Anlaşma Yöntemi ile Toplu Satın Alımlar

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

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

rın oranı %11,3 iken bu oranı 2013 yılında %8,6'ya düşmüştür.

• Laboratuvar Hizmet Sunumu İhtiyaçlarının Toplu Satın Almalar ile Karşılanması

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

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

• AR-GE İhtiyaçlarının Temininde Kolaylık Getirilmesi

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3'üncü maddesinin (f) bendi kapsamında Sağlık Bakanlığı birimlerinin sağlık alanında yapacağı araştırma ve geliştirme faaliyetlerine ilişkin her türlü hizmet alımının esas ve usulleri belirlenmiştir. Sağlık ala-



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

nında yaptırılacak araştırma ve geliştirme hizmetleri Sağlık Bakanlığınca bu esaslara göre piyasadan pazarlık usulü veya doğrudan temin usulü ile kamu kuruluşlarından ve üniversitelerden ise protokol ile doğrudan alınabilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından, ihtiyaç duyulan araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütecek üniversitelere ve diğer kamu kuruluşlarına bu hizmetleri karşılığında, her bir hizmet için 3 milyon TL'ye kadar finansman sağlanarak, Türkiye'de AR-GE faaliyetlerinin geliştirilmesine katkı yapılmıştır.

10.4. Hastanelerin Finansal Risk Yönetimi Esaslarına Göre Yönetilmesi

Sağlık Bakanlığınca bağlı 1.000'in üzerindeki döner sermayeli işletme bu dönemde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından risk yönetim esasları dikkate

alınarak yönetilmiş, yüksek risk tespit edilen hastanelere mali analiz yapılarak, mali durumlarını düzeltebilmeleri sağlanmıştır.

• Hastanelerin Finansal Risk Yönetimi

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

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

• Mali Analiz Çalışmaları ve Finansal Eylem Planları

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

• Finansal Yönetim Toplantıları

Mali durum değerlendirmeleri kapsamında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca her yıl düzenli olarak hastane yöneticilerine yönelik “Finansal Yönetim

Bilgilendirme Toplantıları” düzenlenmiştir. Bu kapsamda işletme yöneticilerine yönelik mali mevzuattaki değişiklikler ile yürürlüğe konulan yeni düzenlemeler hakkında eğitim ve bilgilendirme toplantıları gerçekleştirilmiştir. Bu toplantılarda özellikle işletmelerin finansal sürdürülebilirliği için temel ilke olan “gelir = gider” dengesinin sağlanabilmesine yönelik mali tablolar ve uygulama sonuçları ile hassasiyet oluşturmaya çalışılmıştır. Ayrıca finansal yönetimin etkinleştirilmesi ve uygulamaya konulan düzenlemelerin takibi için il sağlık müdürlerine yönelik eğitim ve bilgilendirme toplantıları da üçer aylık periyotlarla düzenli olarak devam ettirilmiştir.

• İç Kontrol Sisteminin Oluşturulması

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

Kontrol Standartları Uyum Eylem Planını 30.06.2009 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.


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

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

merkez yöneticilerine çözüm önerilerinde bulunmuştur. Gidilen illere başka illerdeki sağlık idarecileri de görevlendirilerek hem gidilen ildeki kurumları incelemelerine hem de kendi kurumlarıyla mukayese etmelerine imkân verilmiştir. Böylece il değerlendirme çalışmaları aynı zamanda hizmet içi eğitim fırsatı olarak değerlendirilmiştir.


12. Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulması

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



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

C. HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ


 Sağlık Bakanlığı, Türkiye'deki en büyük hastane işletmecisi olmasının yanında halk sağlığı sunumundan tek başına sorumlu kamu idaresidir. 2016 yılına gelindiğinde sağıktaki diğer alanlarda olduğu gibi halk sağlığı alanında da çok önemli gelişmeler yaşanmıştır. 2002-2016 döneminde Sağlık Bakanlığının halk sağlığı hizmet sunumunda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu uygulamaların en önemlilerinden biri olarak 09 Aralık 2004 tarihinde 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir. Birinci basamak hizmet sunumunda çok önemli değişiklik yapan bir düzenleme olan aile hekimliği ile her hekime bir muayenehane prensibi getirilerek, aile hekimlerinin iş yönetiminde etkin olmaları

sağlanmıştır. Fiziki şartların geliştirilmesi ve çalışma ortamının iyileştirilmesi için gerekli ödeme kalemleri oluşturulmuştur. Pilot uygulama olarak başlayan aile hekimliği sisteminin bütün ülkeyi kapsamı 5 yılı aşan bir süre almıştır. 13.12.2010 tarihi itibarıyla tüm Türkiye'de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (Atasever, 2014).

Aile hekimi sayısının düşük olması zorunlu sevk sistemini kurulmasını mümkün kılmıştır. Aile hekimliğinin uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmuştur. Yine bu merkezler; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekten sorumlu tutulmuştur (Atasever, 2014).

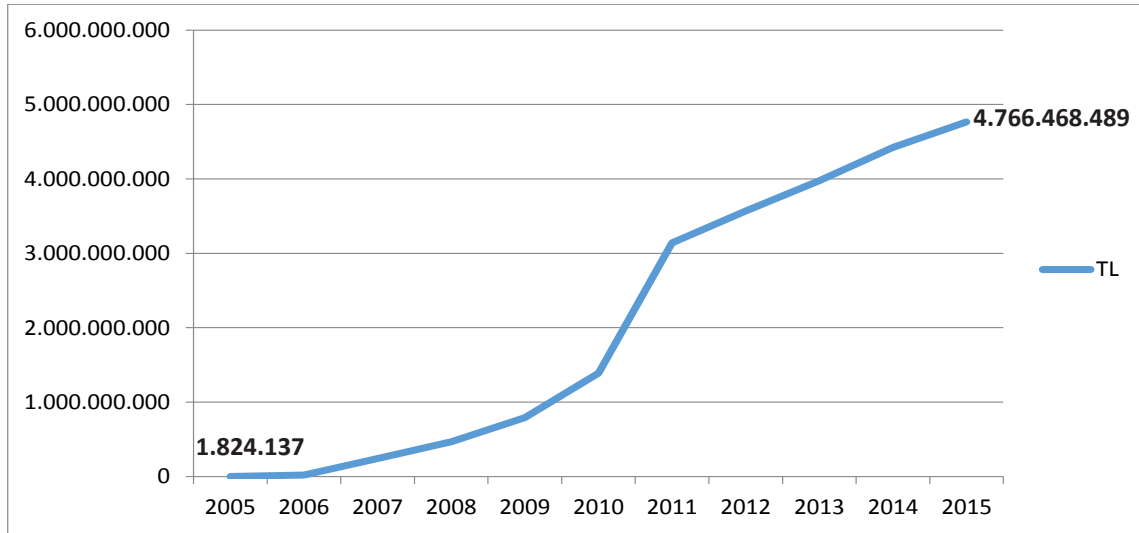
Tablo 2. Aile Hekimliği Harcamaları ve Muayene Sayısı, 2005-2015

Yıllar	Harcama (TL)	Muayene Sayısı
2005	1.824.137	
2006	19.115.241	
2007	241.964.016	22.902.118
2008	465.701.772	45.111.103
2009	792.489.860	65.716.898
2010	1.388.043.219	108.976.049
2011	3.137.992.948	240.298.753
2012	3.570.463.318	221.672.029
2013	3.973.420.039	212.318.024
2014	4.421.275.982	214.120.750
2015	4.766.468.489	208.538.951

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı, 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

Aile hekimliği harcamaları muayene sayılarında 2005-2015 döneminde önemli artış sağlanmıştır. 2015 yılında aile hekimliğine yaklaşık 4,8 milyar TL kaynak ayrılırken 209 milyon civarı muayene sayısına ulaşılmıştır (Tablo 2; Grafik 2).

Grafik 2. Aile Hekimliği Harcamaları (TL), 2005-2015



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

D. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Sağlık Bakanlığının doğrudan hizmetin üretilmesinden ve yönetiminden sorumlu olduğu alan 112 acil sağlık hizmet sunumudur. 2002-2016 döneminde 112 acil sağlık hizmet sunumunda da önemli gelişmeler yaşanmıştır.

2008 yılı Ekim ayında helikopter ambulanslar ve 2010 yılı Nisan ayında uçak ambu-

lanslar faaliyet göstermeye başlamıştır. 2002 yılında 618 olan kara ambulans sayısı 2016 yılında 4.809'a çıkarılmıştır. Ayrıca 2016 yılında 2002 yılında hiç olmayan 20 hava ambulansı, 265 kar paletli ambulans ve 6 deniz ambulansı acil sağlık hizmetleri sisteminde kullanılmaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyon Sunumu).

E. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

2002-2016 döneminde Sağlık Bakanlığı ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde de önemli atılımlar yapmıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı 14 ağız ve

diş sağlığı merkezi var iken 2016 yılında 133'e, 1 olan ağız ve diş hastanesi 16'ya çıkarılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyon Sunumu).

F. İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Bu dönemde uygulanan vatandaş odaklı politikalarla ilaç ve tıbbi cihaza erişim kolaylaştırılmıştır. Bu gelişmelerin en önemlileri şunlardır:

2003 yılında kan ve kan ürünlerinde, 2004 yılında ise ilaçlarda KDV oranı %18'den %8'e indirilmiştir. Bu gelişmeler sonucunda, ortalama ilaç fiyatlarında %25 ile %30 arasında indirim sağlanmıştır. Yine 2004 yılında yeşil kart sahiplerinin ilaç bedelleri devlet tarafından karşılanmaya başlanmış ve Maliye Bakanlığının yayımladığı bir genelge ile geri ödeme kararları için bir geri ödeme komisyonu oluşturulmuş ve ilaç fiyatlandırma kararname ile suistimallere açık maliyet esaslı sistem yerine ürün bazında en ucuz AB ülkesini baz alan referans fiyatlı sisteme geçilerek, 950 ilacın fiyatında %1 ile %80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmıştır. 2005 yılında Türk Eczacıları Birliği ile protokol gereği ilaç fiyatlarında ortalama %10 civarında indirim sağlanmış, yeşil kartlı hastalardan %20 oranında ilaç katılım payı alınmaya başlanmış, SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devri ile SSK sağlık tesislerindeki ayaktan hastalara ilaç veren eczaneler kapatılmış, SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alabilmesinin önü açılmış ve Beşeri Tıbbî Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği çıkarılmıştır. 2006 yılında tansiyon, şeker hastalığı, kolesterol vb. gibi uzun süre ilaç kullanılmasını gerektiren hastalıklarda rapor ve sadece bir kez reçete düzenlenmesiyle hastaların iki yıl boyunca ilaçla-

rını her seferinde yeniden muayene olmak zorunda kalmadan ve reçete yazdırmadan doğrudan eczaneye giderek üçer aylık dozlarda alabilmesi imkânı getirilmiştir. 2007 yılında yatan hastaların ilaçlarının hastane tarafından karşılanması zorunluluğu getirilmiş ve ilaç geri ödemelerinde Maliye Bakanlığı koordinatörlüğünde faaliyet gösteren "Geri Ödeme Komisyonu" nun koordinatörlüğü SGK'na devredilmiştir. 2008 yılında yapılan değişiklikle ürünler üzerinden kupür kaldırılarak, yerine "karekod" adıyla yeni bir tanımlayıcı konulmuştur. 2009 yılında eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulaması başlatılmıştır. 2011 yılında aynı eşdeğer grubu içindeki ilaçlarda uygulanan %15 bandının (en ucuz birimli ilacın %15 fazlasına kadar ödenmesi) %10'a düşürülmesine karar verilmiş ve raporlu hastanın ilaç bitimine 7 gün kala ilaç yazdırabilmesi kuralındaki gün sayısı 15'e çıkarılmıştır. 2012 yılında hekimlerce yazılan reçetelerden de katkı payı alınmaya başlanmış ve ayrıca reçetelerde yer alan üç kutu veya üç kaleme kadar ilaçlar için 3 lira, sonraki ilave her ilaç için 1 lira katılım payı alınması uygulaması başlanmıştır. 2013 yılında Klinik Araştırmalar Yönetmeliği yayımlanmış, "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" hazırlanmış ve Reçete Bilgi Sistemi (RBS) ile tüm aile hekimlerine kendi reçeteleri ile ilgili geri bildirim vermeye başlanmıştır. 2015 yılında kanser ilaçlarının hastanelerden teminini sağlamıştır. 2016 yılında ülke politikaları

açısından stratejik ürünlerin ruhsatlandırma süreçlerine yönelik “Öncelik Değerlendirme Kurulu” oluşturulmuş ve 128 adet ithal ürün yerelleştirme kapsamına dahil edilmiştir. Bu dönemde tıbbi cihaz alanında ise yatan hastaların tıbbî malzeme ihtiyaçlarının hastaneler tarafından karşılanma zorunlu-

luğu getirilerek vatandaşın tıbbî malzeme ihtiyacı büyük ölçüde ilgili hastane tarafından karşılanmaya başlamıştır. Uygulama ile hem vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmış hem de hastanelerce toplu alım yapıldığından maliyetler düşürülmüştür (Atasever, 2014; Sağlık Bakanlığı 2017 TBMM Plan Bütçe Komisyonu Sunumu).

G. SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ MERKEZİ YÖNETİM BÜTÇESİNDEN ALDIĞI PAYIN GELİŞİMİ

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Bütçesinin Merkezi Yönetim Bütçesi İçindeki Payı (%), milyon TL, 2002-2017

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Merkezi Yönetim Bütçesi	105.896	163.015	161.541	169.776	182.610	215.059	233.956	276.089	301.657	335.150	385.486	444.071	480.048	520.446	633.512	717.827
Sağlık Bakanlığı	2.190	3.065	4.116	4.365	5.971	6.677	7.075	8.446	9.446	12.558	13.935	16.894	18.647	20.378	25.574	32.302
MYB İçindeki Payı	2,1	1,9	2,5	2,6	3,3	3,1	3,0	3,1	3,1	3,7	3,6	3,8	3,9	3,9	4,0	4,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

2002-2017 döneminde Sağlık Bakanlığı bütçesinin Merkezi Yönetim Bütçesi içinde içinde 2002 yılında %2,1 olan payı 2017 yılında %4,5'a yükselmiştir (Tablo 3).

Grafik 3. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Bütçesinin Merkezi Yönetim Bütçesi İçindeki Payı, (%)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

H. SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ YATIRIM BÜTÇESİNİN GELİŞİMİ

Tablo 4. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Yatırım Bütçesinin Kamu Yatırımları İçindeki Payı, (%), milyon TL, 2002-2017

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kamu	13.560	17.235	17.853	23.491	26.422	28.928	30.524	55.661	40.957	47.998	56.610	63.805	70.784	83.222	94.785	116.241
Sağlık Bakanlığı*	309	408	432	695	881	1.122	1.029	1.145	1.313	1.514	1.978	3.268	2.837	3.033	4.416	6.033
Payı	2,3	2,4	2,4	3,0	3,3	3,9	3,4	2,1	3,2	3,2	3,5	5,1	4,0	3,6	4,7	5,2

*Döner Sermaye Rakamları Dahildir.

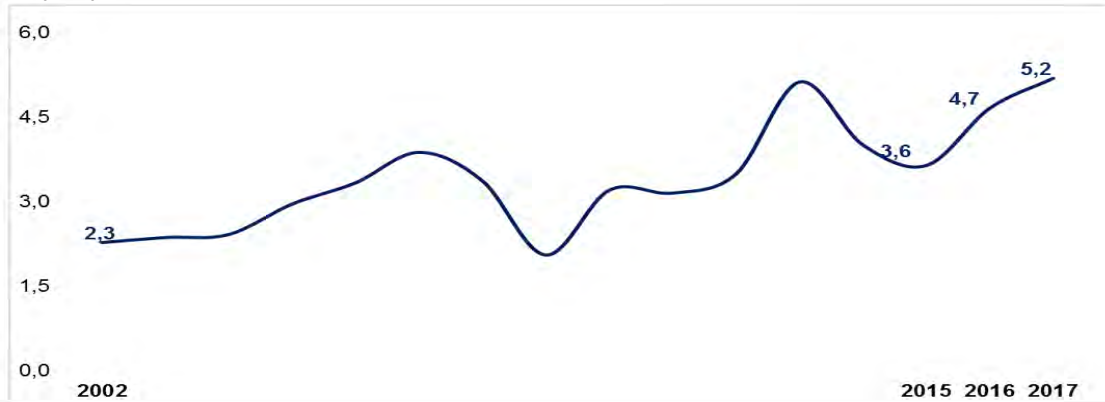
Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

2002-2017 döneminde Sağlık Bakanlığı yatırım bütçesinin kamu yatırımları içinde 2002 yılında %2,3 olan payı 2017 yılında %5,2'ye yükselmiştir (Tablo 4; Grafik 4).

2002 yılına göre 2017 yılında Sağlık Bakanlığı yatırım bütçesinde önemli artış göze çarpmaktadır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığında ilk olarak bütün sağlık yatırımları gözden geçirilmiş, detaylı bir sağlık envanteri oluşturulmuş ve yeniden planlanmıştır. Yatırımlar deprem riski, yangın riski ve

fonksiyonellik açısından değerlendirilmiştir. Yatırım planlamaları ve yatırımların önceliği ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde incelenerek ve yerel yöneticilerle birlikte yapılmıştır. Projeler öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif edilerek yatırım bütçelerinin daha akılcı olarak kullanılması sağlanmıştır. 2003 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde koğuş sisteminden içinde banyosu, tuvaleti olan, televizyon ve buzdolabı konforuna sahip, en fazla iki kişilik nitelikli oda sistemine geçilmiştir (Akdağ, 2012).

Grafik 4. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Yatırım Bütçesinin Kamu Yatırımları İçindeki Payı, (%), 2002-2017



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe Komisyonu Sunusu

Bu dönemin yatırım anlamında önemli adımlarından biride Sağlık Bakanlığı ve Toplu Konut İdaresi (TOKİ) Başkanlığı arasında imzalanan protokol ile sağlık tesislerinin yapımının TOKİ tarafından yapılmaya başlanmasıdır. Bu protokoldeki amaç; Sağlık Bakanlığının ihtiyaç duyduğu sağlık tesislerinin bütçe dışında ilave kaynak sağlanarak Sağlık Bakanlığına tahsisli arsaların TOKİ'ye devri karşılığında yaptırılmasıdır. Bu dönemde; Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye birçok sağlık tesisi yaptırılarak hizmete alınmıştır (Atasever, 2014).

Bu dönemde sağlık yatırımlarının gerçekleştirilmesinde kullanılmaya başlanılan bir diğer yöntem de Kamu Özel İşbirliği yöntemidir. 2005 yılında kanuni düzenlenmesi yapılan Kamu-Özel İşbirliği yoluyla sağlık tesisi yaptırılması çalışmalarının temelinde; hazineye ait taşınmazların, üzerinde sağlık tesisi yapmaları için ihale ile belirlenen kişilere tahsis edilmesini, yüklenicilerin bu taşınmazlar üzerinde Sağlık Bakanlığınca belirlenen özelliklerde sağlık tesisi yapmaları, bu sağlık tesislerini tekrar sözleşmelerinde belirlenen süre için Sağlık Bakanlığına kiralamaları ve belirlenen süre sonunda ise bu tesislerin bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığına devre-

dilmesi yatmaktadır. Bu yöntemin en büyük özelliği, kısa vadede tamamlanmasına ihtiyaç duyulan ancak kamunun finansman yetersizliği nedeniyle tamamlayamayacağı tesislerinin kamu arsalarını yükleniciye tahsis ederek tamamen kamu dışı kaynaklarla yaptırılmasıdır (Atasever, 2014).

Sağlık Bakanlığınca 2016 yılı sonu itibarıyla KÖİ yöntemi ile 29 proje planlanmıştır. Kamu – Özel işbirliği yöntemi ile planlanan yatırımların yapılması halinde yaklaşık 41.000 civarında yeni yatak hizmete sunulmuş olacaktır (Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu).

Bu dönemde sağlık yatırımlarında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Örneğin; 2003-2016 döneminde sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık hizmet binalarının kapalı alanı 13 milyon m²'yi bulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından son 14 yılda 881'i hastane binası, 1.837'si birinci basamak sağlık kuruluşu olmak üzere 2.718 sağlık tesisi tamamlanarak hizmete sunulmuştur. Bu dönemde yapılan sağlık yapıları ile Sağlık Bakanlığında nitelikli hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı %6'dan %51'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu).

I. SAĞLIK BAKANLIĞI ve BAĞLI KURULUŞLARININ 2017 BÜTÇESİNİN ANALİZİ

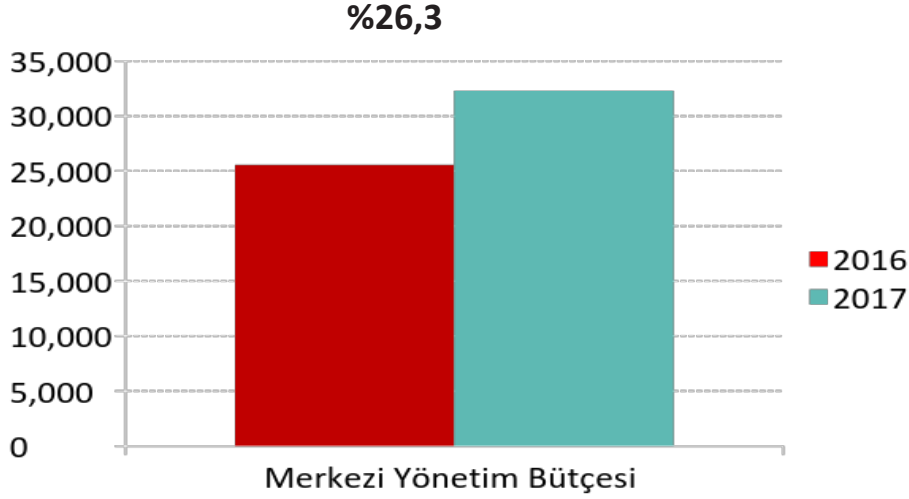
Tablo 5. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Bütçesinin* Değişimi, (milyon TL), (%), 2016-2017

	2016	2017	Değişim** (%)
Merkezi Yönetim Bütçesi	25.574	32.302	26,3
Döner Sermaye Bütçesi	27.573	31.741	15,1
Toplam	53.147	64.043	20,5

* Başlangıç ödeneği ** Geçen yıllarda Döner Sermaye Bütçesinde yer alan yatırım ödenek kalemi bu yıl Genel Bütçeye aktarılmıştır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

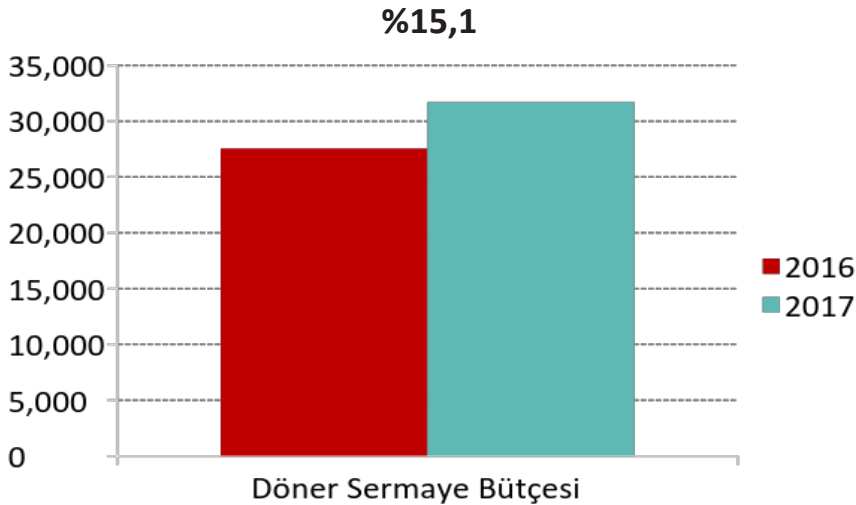
Grafik5. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Payın Değişimi (2016-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Merkezi Yönetim Bütçesinden aldığı pay % 26,3 artmıştır (Grafik 5).

Grafik 6. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye Bütçesinin Değişimi (2016-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Döner Sermaye Bütçesinden aldığı pay % 15,1 artmıştır (Grafik 6).

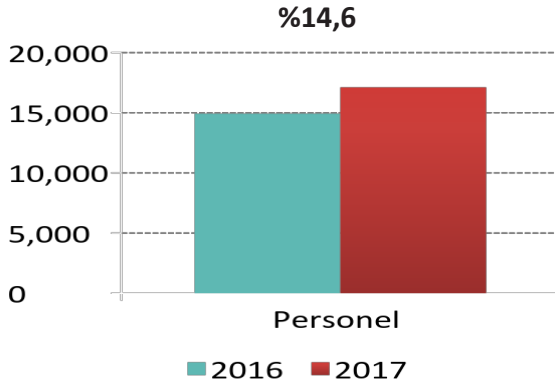
Tablo 6. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Ödeneklerin Değişimi, (milyon TL)

	2016	2017	Değişim (%)
Personel	14.930	17.114	14,6
Mal ve Hizmet Alımı (elektrik, su, yakacak vb.)	7.624	9.305	22
Yatırım	3.020	5.883	94,8*
Toplam	25.574	32.302	26,3

* Geçen yıllarda Döner Sermaye Bütçesinde yer alan yatırım ödenek kalemi bu yıl Genel Bütçeye aktarılmıştır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

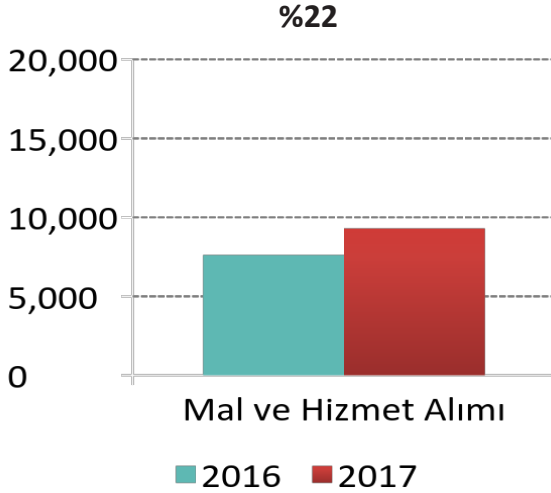
Grafik 7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Personel Ödeneklerinin Değişimi (2016-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Merkezi Yönetim Bütçesinden almış oldukları Personel Ödenekleri %14,6 artmıştır (Grafik 7).

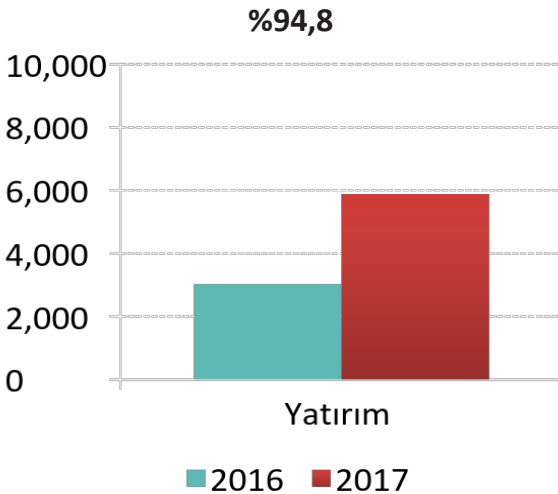
Grafik 8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Mal ve Hizmet Alım Ödeneklerinin Değişimi (2016-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Merkezi Yönetim Bütçesinden almış oldukları Mal ve Hizmet Alım Ödenekleri %22 artmıştır (Grafik 8).

Grafik 9. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Yatırım Ödeneklerinin Değişimi (2016-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

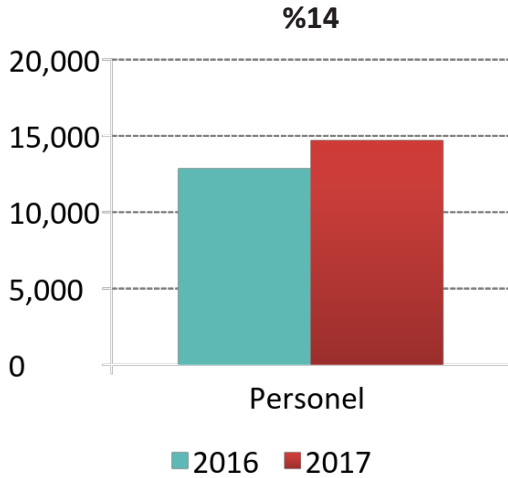
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Merkezi Yönetim Bütçesinden almış oldukları Yatırım Ödenekleri %94,8 artmıştır (Grafik 9). Bu artışın en önemli nedeni tahsis edilen döner sermaye yatırım bütçesi kalemin merkezi yönetim bütçesine kaydırılmasıdır.

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye Bütçe Ödeneklerinin Karşılaştırması, (milyon TL)

	2016	2017	Değişim (%)
Personel	12.881	14.713	14
Mal ve Hizmet Alımı (elektrik, su, yakacak vb.)	13.192	16.878	28
Yatırım	1.500	150	-90
Toplam	27.573	31.741	15

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

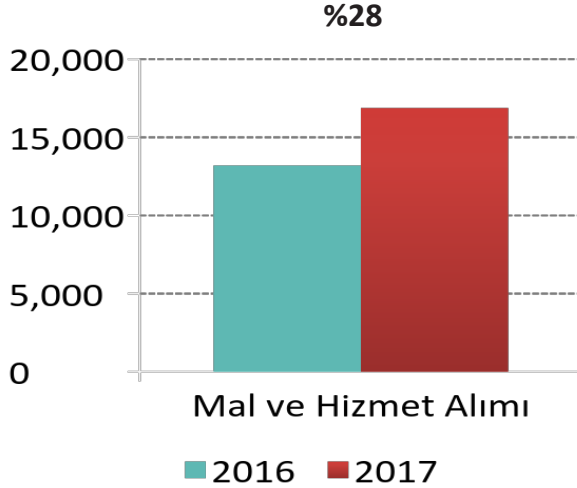
Grafik 10. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye Bütçesi Personel Ödeneklerinin Değişimi, 2016-2017



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Döner Sermaye Bütçesinden almış oldukları Personel Ödenekleri %14 artmıştır (Grafik 10).

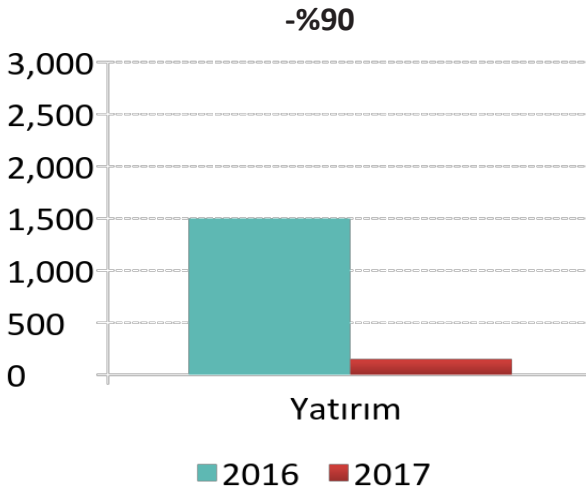
Grafik 11. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye Bütçesi Mal ve Hizmet Ödeneklerinin Değişimi (2016-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Döner Sermaye Bütçesinden almış oldukları Mal ve Hizmet Ödenekleri %28 artmıştır (Grafik 11).

Grafik 12. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye Bütçesi Yatırım Ödeneklerinin Değişimi (2016-2017)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

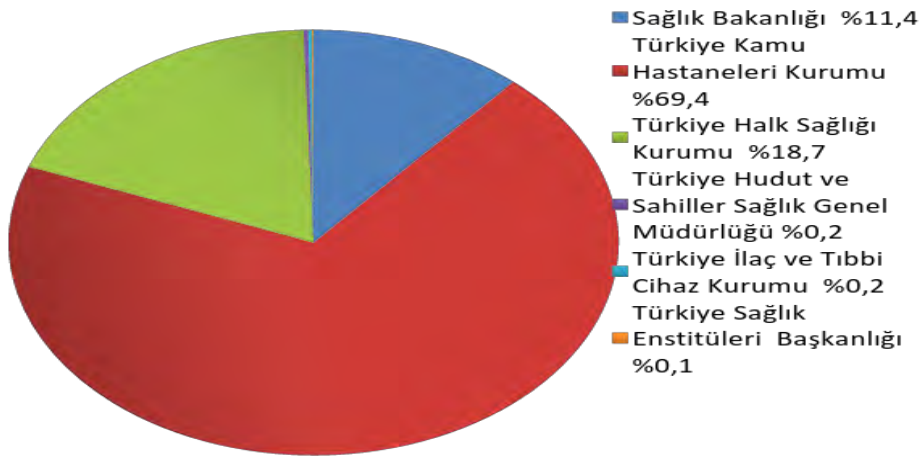
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 Yılına göre 2017 yılında Döner Sermaye Bütçesinden almış oldukları Yatırım Ödenekleri %90 azalmıştır (Grafik 12). Bu azalışın en önemli nedeni tahsis edilen döner sermaye yatırım bütçesi kaleminin merkezi yönetim bütçesine kaydırılmasıdır.

Tablo 8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Bütçesinin Kurumlara Göre Dağılım, (2017, milyon TL)

	Personel	Diğer Cari	Yatırım	Toplam
Sağlık Bakanlığı	2.741	952	3.595	7.288
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	25.485	17.076	1.908	44.468
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	3.502	8.070	382	11.954
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	32	14	106	151
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	55	54	21	130
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı	12	18	21	51
Toplam	31.827	26.184	6.033	64.043

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Grafik 13. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Bütçesinin Kurumlara Göre Dağılım,(%), 2017



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

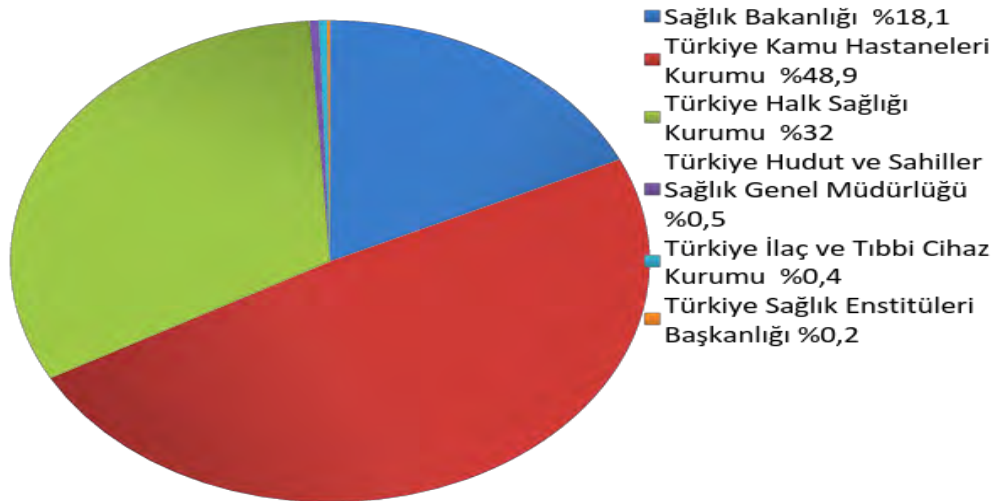
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2017 yılında almış olduğu bütçe ödeneklerinin %69,4'ünün Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, %18,7'sini Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, %11,4'ünü Sağlık Bakanlığı kalanını ise diğer bağlı kurumlar kullanacaktır (Grafik 13).

Tablo 9. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Payın Kurumlara Göre Dağılımı, (%), 2017, milyon TL

	Personel	Diğer Cari	Yatırım	Toplam	Pay
Sağlık Bakanlığı	1.784	458	3.589	5.831	%18,1
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	12.774	1.238	1.784	15.795	%48,9
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	2.457	7.524	362	10.343	%32
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	32	14	106	151	%0,5
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	55	54	21	130	%0,4
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı	12	18	21	51	%0,2
Toplam	17.114	9.305	5.883	32.302	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Grafik 14. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Merkezi Yönetim Bütçesinden Aldığı Payın Kurumlara Göre Dağılımı, (2017, milyon TL)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

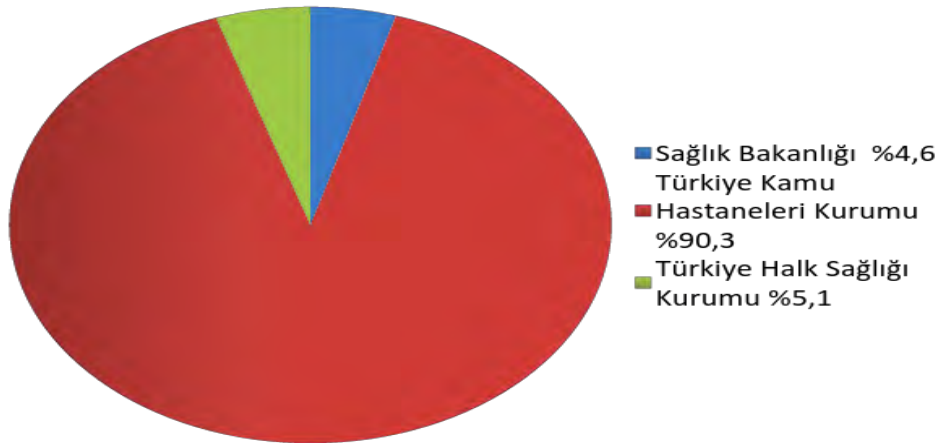
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2017 yılında Merkezi Yönetim Bütçesinden almış olduğu bütçe ödeneklerinin %48,9'unu Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, %32'sini Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, %18,1'ini Sağlık Bakanlığı kalanını ise diğer bağlı kurumlar kullanacaktır (Grafik 14).

Tablo 10. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Döner Sermaye Bütçesinin Kurumlara Göre Dağılımı, (%), 2017, milyon TL

	Personel	Diğer Cari	Yatırım	Toplam	Pay
Sağlık Bakanlığı	957	494	6	1.457	% 4,6
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	12.711	15.838	124	28.673	%90,3
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	1.045	546	20	1.611	%5,1
Toplam	14.713	16.878	150	31.741	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Grafik 15. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye Bütçesinin Kurumlara Göre Dağılımı, (%), 2017



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2017 Plan Bütçe sunumu

Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşların 2017 yılında döner sermaye bütçesi içindeki payı incelendiğinde; Türkiye Kamu Hastaneleri kurumu payı %90,3, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu %5,1, Sağlık Bakanlığı merkez payı ise % 4,6 olarak düzenlenmiştir (Tablo 10; Grafik 15).

İ. 2017 BÜTÇESİNİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ

Personel Ödenekleri; Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 yılına göre 2017 yılında personel ödenekleri; Merkezi Yönetim Bütçesinden alınan paylar itibariyle %14,6 Döner Sermaye Bütçesinde ise %12,9 artmıştır. Söz konusu ödenek artışlarının yeni personel ihtiyacının had safhada olduğu sağlık sektöründe yetersiz olduğu açıktır. 2017 yılı için Sağlık Bakanlığı 9 bin hizmet alımı, 11 bin sağlık personeli olmak üzere 20 bin personel alım izni alabilmiştir. Bu rakam nicelik olarak oldukça eksik olan sağlık personel sayısının üzerindeki yoğun iş yükünü derman olabilecek durumda değildir. Bu rakam öte yandan yıllardır sağlık personelinin alınlarının teriyle kazandığı performans ek ödeme gelirleri fiyat artışlarının doğurduğu kayıpları giderebilecek düzeyde değildir. Dolayısıyla Döner sermaye bütçesinde öngörülen artışlar personelin performans ek ödeme gelirlerinde yaşanan reel kayıpları karşılamaktan çok uzaktır.

Mal ve Hizmet Alım Ödenekleri; Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 yılına göre 2017 yılında mal ve hizmet alım ödenekleri Merkezi Yönetim Bütçesinden alınan paylar itibariyle %22 Döner Sermaye Bütçesinde ise %12,8 artmıştır. Söz konusu ödenek artışlarının finansal olarak sıkıntı yaşayan sağlık kurum ve kuruluşlarının ihtiyacı için yeterli olmadığı açıktır. Üstelik yaşanan gelişmelerle birlikte açılan yeni hizmet birimleri için gereken mal ve hizmetler düşünüldüğünde bu ödeneğin daha da yetersiz kalacağı aşıkardır. Son yıllarda özellikle üniversite hastaneleri finansal sürdürülebilirlikleri kaybetmiş ve borçlarını ödeyemez duruma gelmiştir. Şöyle ki bazı üniversite hastanelerinin borçlarının vadeleri

2 yılı geçmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bugün itibariyle bu ölçüde finansal dar boğazda olmasa bile döner sermaye bütçelerindeki artışlar böyle kısıtlı olmaya devam ederse Sağlık Bakanlığı hastaneleri de benzer duruma düşebilir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin bu tür risklerle karşılaşmaması için döner sermaye bütçelerinde yeterli artış oranları sağlanmalıdır.

Yatırım Ödenekleri; Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2016 yılına göre 2017 yılında yatırım ödenekleri Merkezi Yönetim Bütçesinden alınan paylar itibariyle %94,8 artmış Döner Sermaye Bütçesinde ise %90 azalmıştır. Merkezi Yönetim bütçesindeki söz konusu ödenek artışları tatmin edici düzeyde olsa bile döner sermaye bütçesindeki yatırım ödeneklerinin bu kadar azaltılması anlaşılır bir durum değildir. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 2017 Bütçesinin Plan bütçe Komisyonuna sunumunda söz konusu döner sermaye yatırım ödeneklerin Merkezi Yönetim Bütçesinden alınan yatırım ödeneklerine aktarıldığı ifade edilmiştir. Bu durum bir çok açıdan hatalı bir uygulama olmuştur. Birincisi Sağlık Bakanlığı döner sermaye bütçesinin baz değerini azaltılmıştır. Bu gelecek yıllarda sağlanan artışları olumsuz etkileyecektir. İkincisi Merkezi Yönetim bütçesinin kullanım kuralları döner sermaye bütçelerine göre daha katıdır. Buda bu bütçenin kullanımını zorlaştırmakta ve hizmete dönüşümünü geciktirmektedir. Sağlık Bakanlığı döner sermaye bütçesinin kullanımındaki esneklik önemli bir oranda kaybedilmiştir. Nihayet Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının onarım ve cihaz ödenek ihtiyaçları için döner sermaye bütçelerindeki ödeneklerin bu kadar azaltılmasının sağlık hizmet sunumunu olumsuz etkilemesi muhtemeldir.

KAYNAKLAR

- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011. Ankara
- Ateş, M. (2011). Sağlık Sistemleri (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi
- Atasever M. (2014), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Sağlık Harcamalarının Analizi, Sağlık Bakanlığı Yayın No:983, ISBN:978-975590-521-1
- OECD (2008) "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf] (27.11.2016).
- Pekten, Ali (2006) "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler", Sa-yıştay Dergisi, 61:119-138.

- Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014), ISBN:978-975-590-579-2

- Sağlık Bakanlığı, 2017 YILI BÜTÇE SUNUMU TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Sunumu, <https://sgb.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=57&newsCat=1&newsID=1018>

- Sağlık Bakanlığı 2014 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 25.11.2016 https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2014/index.html

- Sağlık Bakanlığı 2015 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 25.11.2016 <https://sgb.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=57&newsCat=1&newsID=992>

- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi: 25.11.2016 https://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/faaliyet_raporu/THSK_2015_Faaliyet_Raporu.pdf