

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ BOYUTLARI VE BUNALIMININ ETKİLERİ

Doç. Dr. Sinan SÖNMEZ
Gazi Üniversitesi
İİBF, Maliye Bölümü

Sağlık hizmetlerinin nitelikleri, üretimi bir toplumda yürürlükte olan sosyal güvenlik sisteminin çerçevesinde incelenebilir. Bağlı olarak sağlık harcamalarının genel finansmanı ve kamunun finansman içindeki payı ve de işlevlerine ilişkin sorunlar da sosyal güvenlik sisteminin finansmanı çerçevesinde çözümlenebilir. Biz de bu bağlamda sosyal güvenlik kavramı ve gelişmiş ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemleri üzerinde duracak ve de yetmişli yıllarda belirginleşen ekonomik ve mali bunalımın, bu temelde bunalım aşma politikalarının sosyal güvenlik sistemlerinde ve üretilen finansmanında ne tür yönelimlere yol açtığını incelemeye çalışacağız. Özellikle sosyal güvenlik bütçelerindeki açıkların bunalımla birlikte belirli bir oranda artmasının sosyal güvenlik mekanizmalarının işlemlerini etkilediği ve bu temelde «koruyucu devlet» kavramının etkinliği ve bizzat varlığının bilinçli olarak «yeni liberal» akım tarafından tartışma konusu yapıldığı göz önüne alındığında, konunun önemi ortaya çıkmaktadır. Kısacası finansman sorununun çok boyutlu olduğu, toplumsal ve siyasal içeriğe sahip olduğu gözlenmektedir.

1. Sosyal Güvenlik ve «Refah Devleti»

Öncelikle 2. Dünya Savaşından sonra «refah devleti» kavramının yaygınlaştığı gözlenmektedir. Savaş sonrasında altmışlı yılların sonuna dek uzanan kesitte çok özel tarihsel koşullar sermaye birikiminin hızlanmasını ve yoğunlaşmasını sağlamıştır. Şöyle ki, üretim güçlerinin hızla gelişmesi, üretim ilişkilerinde sermaye birikimi açısından «olumlu» gelişmeler, devletin birikim sürecinde etkin görev alması ve birikime müdahale etmesi (özellikle keynesçi politikalar) ve uluslararası ilişkilerin niteliği —bu çerçevede bir yandan az gelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelerdeki birikimi hammadde sağlayarak ve pazar oluştura-

rak desteklemesi, diğer yandan teknolojik ilerlemenin yaygınlaştırılması ve denetimi konusunda ABD, Batı Avrupa ve Japonya arasındaki ilişkiler— sermaye birikiminin genelde sorunsuz ve hızlı olmasını sağlayan başlıca etkenlerdir. Bu süreçte devlet bir yandan kârlı sermaye birikimi koşullarını, diğer yandan da sosyal uyum koşullarını oluşturmuş ve geliştirerek sürdürmüştür. Nitekim bu bağlamda gelişmiş kapitalist toplumlarda emeğin yeniden üretimini sağlayan ve çalışmayan nüfusu koruma altına alan devlet gücünün «refah devleti»nin temel niteliklerini oluşturduğu savunulmaktadır⁽¹⁾. Emeğin yeniden üretimini sağlamak açısından devletin başlıca dört biçimde müdahalesi söz konusu olmaktadır :

— Bireysel tüketim harcamaları vergiler ve sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla değiştirilebilmektedir.

— Bireylerin satın alacakları kullanım değerlerinin devlet tarafından düzenlenmesi söz konusu olabilmektedir.

— Bazı mallar ve hizmetler tamamen veya kısmen devlet tarafından sübvansede edilmektedir.

— Devlet doğrudan kullanım değerleri üretebilmektedir. Bu hizmetler parasız olarak veya düşük bir bedel karşılığında tüketicilere sunulmaktadır. Bunun en tipik örneği inceleme konumuz olan sağlık hizmetleridir. İngiltere'deki gibi Ulusal Sağlık sistemi varsa bu tür bir işlevin daha da belirginleştiği görülmektedir. Yani emeğin yeniden üretiminde ortak veya toplu üretilen sosyal hizmetlerin önemli bir işleve sahip olduğu ortaya çıkmaktadır.

«Refah devleti»nin ikinci özelliğinin ise çalışmayan kitlelerin bakımının üstlenilmesi olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmayanlar arasında çocuklar, yaşlılar, hastalar ve işsizler yer almaktadır. Bu kategoride yer alanların geçimlerinin sağlanabilmesi için sosyal hasıladan bir bölümünün söz konusu gruplara transfer edilmesi gerekmektedir. Bakımın sağlanması açısından aile yapısının çok önemli bir etken olduğu yadsınamaz, ancak genelde bu doğrultuda kullanılan araçların başında sosyal yardımlar ve sosyal güvenlik ödentileri gelmektedir.

Emeğin yeniden üretimi ve çalışmayanların bakımının sağlanması arasında kopukluk yoktur, tam tersi birbirini tamamlamaktadırlar. Çocuklar, gençler, çalışma yaşındaki hastalar ve işsizlikler (bu sonuncu grup arasında kadınlar önemli bir orana sahiptir) ele alındığı za-

(1) Gough I, *The Political Economy of the Welfare State*, yeniden basım, MacMillan Press, Ltd, Londra ve Basingstoke, 1981, s. 44-54.

man bu gerçek ortaya çıkmaktadır. Çocuklar ve gençler uzun ve orta vadede potansiyel işgücünü oluşturmaktadır. Tedavi sonunda çalışabilir duruma gelen hastalar ve işsizler ise orta ve kısa vadede istihdam edilebilir grupları oluşturmaktadır. İşsiz kategorisinde yer alanların başında gençlerin, kadınların, yaşlıların ve de yabancı işgücünün gelmesi, söz konusu grupların sistemin «emniyet sibobu»nu oluşturduğunu işaret etmektedir.

«Refah devleti»nin işlevleri ve faaliyetleri biraz daha açılacak olursa, yapılan kamu harcamalarının sosyal yatırım, sosyal tüketim ve sosyal harcamalar olarak başlıca üç grupta toplandığı ileri sürülebilir⁽²⁾. Sosyal yatırım harcamaları emeğin verimliliğini artıran, sosyal tüketim harcamaları emeğin yeniden üretim maliyetini düşüren, sosyal harcamalar da sosyal uyumu sağlamaya yönelik proje ve hizmetler olarak nitelendirilebilir. Yani «refah devleti»nin faaliyetleri yukarıdaki üç grupta toplanan faaliyetlerden oluşmaktadır. O'Connor'a göre sosyal yatırım ve sosyal tüketim harcamaları özel sermaye açısından dolaylı olarak üretken olup, sermaye birikimini hızlandırmakta, kâr oranını yükseltmektedir. Sosyal harcamaların ise dolaylı olarak bile özel sermaye için üretkenliğe sahip olmadığı belirtilmektedir. Yani gerekli olmasına karşın üretken olmayan harcamalar olarak nitelendirilmektedir. Ancak bu üç grup arasında geçişmenin olduğunu özellikle belirtmek istiyoruz.

Örneğin sağlık harcamaları emeğin verimliliğini artırmaya katkıda bulunduğu için *sosyal yatırım* harcamalarıdır. Devletin sağlık hizmetlerini parasız veya düşük bir bedel karşılığında sunması emeğin yeniden üretim maliyetini aşağı çekeceği için *sosyal tüketim* harcamalarıdır. Sosyal uyumun sağlanması açısından değerlendirildiği zaman ise *sosyal harcama* kategorisine girmektedir. Bu kategoriler arasında çelişkiler olabilir. Ancak bu çelişkiler çözümlenmez nitelikte değildir. Üstelik daha önce vurguladığımız üzere genel plandaki çözüm sermaye birikimiyle sosyal uyum arasındaki ilişkiler çerçevesinde aranmaktadır. Çözüm yolları ise keynesgil politika ve uygulamalardan «yeni-liberal» öneri ve uygulamalara dek uzanmaktadır.

II. Sosyal Güvenlik Kavramı

Geleneksel «koruyucu devlet»in modern «refah devleti»ne dönüşümü, koruyuculuk kapsamının genişletilmesi ve niteliklerinin yükseltil-

(2) Sönmez, S., *Toplumsal Gereksinimler, Kaynak Dağıtımı ve Pareto Optimumu*, Gazi Univ., Yay. no: 17/14, Ankara, 1983, s. 6-7.

O'Connor J., *The Fiscal Crises of the State*, St. James Press, 1973, s. 67.

mesi anlamında sosyal sözleşmenin yeniden gözden geçirilmesi olarak algılanabilir. Sosyal güvenlik sistemlerinin tüm sanayileşmiş ülkelerde aynı yoldan ve aynı ilkeler çerçevesinde oluşturulduğunu ileri sürmek güç gözükmemektedir. Her ülkedeki siyasi, ekonomik ve sosyal yapılar, yaş piramidi ve hatta dış olaylar farklı modellerin gelişmesine yol açmıştır. Hatta bizzat sosyal güvenlik kavramı ülkelere göre farklı olarak yorumlanmıştır. Bazı ülkelerde *sigorta*, bazılarında ise *dayanışma* kavram ve ilkeleri temel alınmıştır. Gene «sosyal riziko»nun içerik ve kapsamı değişebilmektedir. Genelde «koruyucu devlet» iki yönde gelişmiştir⁽³⁾ :

i. Kıta Avrupa'sındaki birçok ülkede sosyal güvenlik anlayışı yardımlaşma düşüncesine dayanmaktadır. Yani sosyal güvenlik temel olarak çalışanların korunmasını amaçlamakta ve sigorta kavramını gündeme getirmektedir. Bireyin çalışması karşılığında elde ettiği dolaylı ve dolaysız haklar göz önüne alınmaktadır. Bu durumda bireye çalıştığı dönemlerde elde ettiği geliri belirli ölçüde ikame eden bir gelirin çalışmadığı dönemde aktarımı söz konusudur.

ii. Diğer bir kavram ise özellikle anglo-sakson ve de Kuzey Avrupa ülkelerinde geçerlidir. Buna göre sosyal güvenlik devlet gözetimi ve denetimi altında her bireye tanınması gereken evrensel bir haktır. Çalışan ve çalışmayan her bireye asgari bir gelir düzeyinin sağlanması amaçlanmaktadır. Yani *yardım* veya *dayanışma* düşüncesi temel olarak kabul edilmektedir.

Bir başka anlatımla sosyal güvenlik konusundaki başlıca tartışma konularını şöyle sıralayabiliriz :

i. İlk tartışma veya uzlaşmazlık konusu, her bireyden çalıştığı dönemlerde yapılan kesintilerin, çalışmadığı dönemlerde belirlenmiş oranlarda bir kesime gelir aktarımı yapan güvenlik sistemi arasında ortaya çıkmaktadır. Birinci sistemde bir tür sigortacılık mantığı egemendir. Ancak sigortacılık anlayışına göre de bir farklılık vardır. Kesintiler bireylerin sigortalandığı rizikonun büyüklüğüne ve gerçekleşme olasılığına göre değil, elde ettikleri gelire göre belirlenmektedir. Mali yük aynı rejime tabi yükümlüler arasında dağıtılmaktadır. Kesintiler karşılığında elde edilen ödentilerin bir bölümü gelirden bağım-

(3) *Economie Mondiale 1980-1990 : la Fracture*, Rapport du CEPII, Economica, Paris, 1984, s. 75-77.

RAMSES 83-84, Inst. Françaises de Relations Internationales, Paris, 1984, s. 162-168.

La Protection Sociale dans le Monde, IRES, Cahiers Français, no: 222, Temmuz-Eylül 1985, s. 10-12.

sız (hastalık ve aile yardımları), bir bölümü de kesintilere orantılı olmaktadır (emeklilik, işsizlik ve hastalık sırasındaki günlük ödemeler). Bu son durumda çalışamama nedeniyle kaybedilen gelirin tamamen veya kısmen ikamesi söz konusudur. Buna karşın bir ihtiyacın varlığı saptanırsa yardımın gerçekleştirilmesi söz konusudur. Yardım sigortadan farklıdır. Yani bireyin gelir düzeyi göz önünde bulundurulmaktadır. Ancak daha önce sağladığı gelirden kesintiler yapıp yapılmadığı dikkate alınmaksızın her bireye sosyal planda asgari bir gelir düzeyinin sağlanması amaçlanmaktadır. Sistemin finansmanı merkezi devlet örgütü ve yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır.

ii. Diğer bir tartışma konusu ise *mesleki dayanışma* ile *ulusal dayanışma* kavramları arasındadır. Mesleki dayanışma ilkesine göre gelirin yitirilmesi veya yaşam düzeyinin düşmesiyle riziko belirlemektedir. Sonuç olarak kesintiler ve sosyal güvenlik sisteminin yaptığı ödemeler gelire orantılıdır. Bunun tam tersi olan ulusal dayanışma ilkesine göre toplumdaki çalışan veya çalışmayan tüm bireylere sosyal güvenlik hakkı ilkesel düzeyde tanınmaktadır. Yapılan ödeme farklılaşmayıp aynı miktardadır ve finansman vergilerle karşılanmaktadır.

iii. Mesleki dayanışma ise iki biçimde örgütlenebilmektedir. Bir yandan tek bir rejim altında mesleki dayanışma ilkesi yaşama geçirilmektedir. Bu çerçevede ödentilerin gelire orantısız olması ilkesi korunmakla birlikte, tüm çalışan nüfusa (ücretli veya ücretsiz) uygulanması söz konusu olmaktadır. Diğer yandan ise mesleki dayanışma tek bir genel rejim çerçevesinde değil, türdeş kategoriler temelinde uygulanmaktadır. Bir meslek grubu, faaliyet kolu hatta işletme temelinde uygulamaya geçilebilmektedir.

Ne var ki, tüm bu kavramların ve sistemlerin teoride öngörüldüğü biçimde uygulanmaları olanaksız gözükmektedir. Şöyle ki, farklı sistemlerin, yaklaşımların birbirini etkilemesi söz konusu olmuş ve *karma* olarak nitelendirilebilecek sistemler oluşmuştur. Karşıt gözüken sistemler birbirlerini dışlama yerine, birbirlerini karşılıklı olarak etkilemektedir. Ancak tam anlamıyla tek bir karma sistemden söz edilemez. Nitekim sanayileşmiş ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemlerinin temel nitelikleri bu durumu yansıtmaktadır. Şöyle ki, Avrupa ülkelerinde sosyal güvenlik sistemleri türdeş olmayan bir gruba oluşturmaktadır. Yukarıda vurgulandığı üzere *mesleki dayanışma* ve *ulusal dayanışma* kavramları kabul edilmektedir. Diğer yandan ABD'de sosyal güvenlik, işletme temelinde yükselen rejimler çerçevesinde sağlanmakta ve yardım programları uygulanmaktadır. Japon sistemi Avrupa'daki uygulamalarla ortak yönleri sahip olmasına karşın ABD'deki sisteme yakın

gözükmektedir. Biz sosyal güvenlik uygulamasının ayrıntılarına girmeksizin yalnızca sağlık hizmetlerine ağırlık vereceğiz ve bu çerçevede aralarındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koymaya çalışacağız.

III. Sağlık Hizmetleri ve Harcamaları

Gelişmiş batı ülkelerinde sosyal güvenlik harcamalarına ilişkin istatistikler üç olguyu işaret etmektedir.

— Altmışlı yılların başlarından itibaren sosyal güvenlik harcamaları GSYİH'ya göre daha hızlı artmıştır (Çizelge 1). Ancak bu genel

Çizelge 1. Sosyal Güvenlik Harcamalarının GSYİH'ya Esnekliği (Cari Fiyatlarla)

Ülkeler	1960-1975	1975-1981
Avusturya	1.21	1.31
Belçika	1.54	1.37 (a)
Kanada	1.53	1.02
Danimarka	1.57	1.30
ABD	1.66	1.05
Fransa	1.28	1.24
İtalya	1.35	1.02
Japonya	1.41	1.59
Norveç	1.66	1.10
Hollanda	1.62	0.96
F. Almanya	1.35	0.93
İngiltere	1.69	1.23
İsveç	1.57	1.40

(a) 1975-1980.

Kaynak: OECD ve La Protection Sociale dans le Monde, IRES, Cahiers Français, no. 222, Temmuz-Eylül 1985, s. 6.

eğilim bunalımın etkisiyle değişik aşamalar geçirmiştir. Şöyle ki, 1973' deki ilk petrol şokundan sonra bunalımın genişleyici keynesgil politikalarla aşılabileceğini varsayan gelişmiş ülkeler talebi desteklemişler ve buna koşut olarak da sosyal politikada bir kısıtlamaya başvurmuşlardır. İkinci aşamada mali açıkların büyümesi üzerine sosyal harcamaları denetleyerek «rasyonalize» etmeye çaba göstermişlerdir. Üçüncü aşamada ise 1979'daki ikinci petrol şokunun ardından bunalımın depresmesi üzerine sosyal harcamalarda kısıtlamalara başvuran bir politika izlemeye başlamışlardır.

— Altmışlı yıllarla birlikte sağlık ve yaşlılık-malûllük harcamala-

rı veya transferlerinin sosyal güvenlik harcamaları içinde en önemli kalemleri oluşturduğu gözlenmektedir (Çizelge 2).

Çizelge 2. Sosyal Harcamalar İçinde Kamusal Sağlık Harcamaları ve Yaşlılık-Malullük Yardımlarının Payı (%)

ABD	Fransa		Japonya		F. Almanya		İngiltere		1960	1981
	1960	1981	1960	1981	1960	1981	1960	1981		
Sağlık	19.9	29.0	26.5	32.5	37.1	40.1	23.0	27.3	38.7	29.3
Yaşlılık	57.7	49.5	44.0	50.0	38.5	40.2	51.4	47.4	39.5	38.8
Toplam	77.0	78.5	70.5	82.5	75.6	80.3	74.4	74.7	78.2	68.1

Kaynak: İbidem.,

— Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı oransal olarak artmıştır. Yani GSYİH'ya göre daha hızlı bir artış söz konusudur (Çizelge 3). Sağlık harcamalarındaki artışın iki temel nedenden kaynaklandığı ileri sürülebilir(4) :

Çizelge 3. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

Ülkeler	Toplam Harcamalar					Kamu Harcamaları		
	1960	1970	1975	1980	1983	1960	1980	1983
Belçika	—	4.0	5.2	5.9	6.5	2.7	5.4	6.0
Danimarka	—	6.1	6.5	7.8	6.6	3.6	6.2	5.6
ABD	5.3	7.6	8.8	9.5	10.6	1.3	4.0	4.5
Fransa	4.3	6.1	7.1	8.0	9.3	2.5	6.1	6.6
İtalya	3.8	4.5	7.4	6.5	7.4	2.9	5.8	6.2
Japonya	—	4.6	5.7	6.7	6.7	1.4	4.7	5.0
Hollanda	3.9	6.0	7.7	8.3	8.8	1.4	6.5	6.9
F. Almanya	4.8	5.7	8.4	8.0	8.2	3.1	6.2	6.6
İngiltere	4.0	4.6	5.6	5.7	6.2	3.4	5.2	5.5
İsveç	—	7.3	8.0	9.8		3.4	8.8	—

Kaynak: Supplement aux Cahiers Français no: 222 : la Sante. Problemes Economiques, no: 2011, 11 Şubat 1987, s. 26.

— Demografik, tıbbi ve sosyal nedenlerden dolayı tedaviye yönelik talebin artmasının yanı sıra, koruyucu hekimliğin de belirli ölçüde önem kazanması (Çizelge 5).

(4) Economie Mondiale, op. cit., s. 69-75.

RAMSES, op. cit., s. 170-172.

Observateur l'OCDE, no: 126, Ocak 1984.

Çizelge 4. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamunun Payı (% olarak cari fiyatlarla)

Ülkeler	1960	1980	Ülkeler	1960	1980
Avusturya	64 (a)	70	Japonya	67 (b)	76
Belçika	87 (b)	92	Norveç	76	84
Kanada	44	78	Hollanda	36	78
Danimarka	78 (a)	80	F. Almanya	65	78
ABD	25	42	İngiltere	85	91
Fransa	58	76	İsveç	72	92
İtalya	76	89			

(a) 1965 ; (b) 1970.

Kaynak : Economie Mondiale 1980-1990 : la Fracture?, Rapport du CEPPII, Economica Paris, 1984, s. 74. Cahicis Français., op. cit., s. 8.

— Maliyeti yüksek tıp teknolojisinin kullanılması ve tıbbi yapıların, özellikle de hastanelerin yapısal dönüşümü tedavi giderlerini arttırmaktadır (Çizelge 7).

Çizelge 5. Hanehalkı Tüketiminde Sağlık Harcamalarının Payı (% olarak cari fiyatlarla)

Ülkeler	1962	1970	1976	Ülkeler	1962	1970	1976
Belçika	5.0	6.8	9.4	Hollanda	5.2	8.3	11.2
ABD	7.6	9.5	11.0	F. Almanya	—	9.7	14.3
Fransa	7.3	9.8	11.5	İngiltere	—	6.5	8.6
İtalya	4.5	6.9	8.4				

Kaynak : «Le Cout de l'Hospitalisation. Comparaisons Internationales», Documents du CERC, no: 48, s. 110.

Bir başka anlatımla nüfusun yaşlanması, korunma altına alınan birey sayısının artması, bireysel korunmanın niteliğinde belirli bir artışın sağlanması, talebin artması, arzın itici gücü, sağlık hizmetlerinin görece fiyatlarındaki yükselmeler (Çizelge 6) harcamaların artmasına

Çizelge 6. Sağlık Hizmeti Göreli Fiyat Endeksi

Ülkeler	1960-1980	Ülkeler	1960-1980
Avusturya	143 (a)	Japonya	129 (b)
Kanada	85	Norveç	118 (c)
Danimarka	96 (b)	Hollanda	144 (d)
ABD	117	F. Almanya	122
Fransa	95	İngiltere	86
İtalya	77 (b)	İsveç	79

(a) 1965-1975 ; (b) 1970-1980 ; (c) 1965-1975 ; (d) 1965-1980.

Kaynak : Cahiers Français, op. cit., s. 8.

yol açmıştır. Ancak sağlık harcamalarının ülkelere göre değişiklikler gösterdiği gözlenmektedir. Gerek aile bütçelerindeki yeri itibariyle, gerekse kamunun toplam finansman içindeki payı açısından bu farklılıklar belirgindir (Çizelge 4 ve 5). Bu farklılıklar sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlendiğine büyük ölçüde bağlıdır. Bu bağlamda başlıca üç düzeyde farklılıklar ortaya çıkmaktadır :

- Hizmeti üreten birimlerin özel ve/veya kamusal olması,
- Finansman biçimleri,
- Sağlık sigortasının niteliği, yani zorunlu veya isteğe bağlı olması.

Bu üç düzeyde veya sağlık sorununun üç ögesinin ayrı ayrı ele alınması birbirlerinden tamamen kopuk oldukları anlamına gelmemektedir. Tam tersi bir bütünü oluşturmaktadırlar. Daha önce genel planda sosyal güvenlik sistemlerine ilişkin yapmış olduğumuz saptama, yani sosyal güvenlik sisteminin belirlenmesi ve yönlendirilmesinde etkin olan *mesleki dayanışma* ve *ulusal dayanışma* kavramları sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını etkilemektedir. Bu bağlamda değişik sağlık hizmeti veya tedavi hizmeti sistemlerini başlıca iki grupta toplayabiliriz. Birinci gruptaki ülkelerde *Ulusal Sağlık Örgütü*ne dayalı bir sistem oluşturulurken, ikinci grup ülkelerde *sigorta rejimi* uygulanmaktadır. ABD'deki sistemi bu iki sistemin dışında tutmak gerekmektedir.

— Maliyeti yüksek tıp teknolojisinin kullanılması ve tıbbi yapıların, özellikle de hastanelerin yapısal dönüşümü tedavi giderlerini artırmaktadır (Çizelge 7).

Çizelge 7. Sağlık Harcamalarının Yapısı (%)

	Ayakta		İlaç	Diğer	Toplam
	Hastane	Tedavi			
ABD (1979)	54.7	40.6	4.7	—	100
Fransa (1981)	50.2	29.1	20.6	—	100
F. Almanya (1980)	35.7	46.6	17.7	—	100
İngiltere (1980)	70.2	12.3	10.5	7	100
İsveç (1979)	73.3	20.5	6.2	—	100
Belçika (1976)	33.0	41.0	26.0	—	100
İtalya (1976)	58.0	23.0	18.0	1	100
Hollanda (1976)	61.0	30.0	9.0	—	100

Kaynak : Office Statistique des Communautés Europeennes Supplement aux Cahiers Français no: 222; la Sante, s. 4.

Çizelge 8. Zorunlu Ödemelerin GSYİH'ya Oranı (%) (1981)

Ülkeler	Vergi Gelirleri	Sosyal Kesenekler	Toplam
Avusturya	29.1	13.4	42.6
F. Almanya	24.1	13.3	37.4
Fransa	24.6	18.3	42.9
İngiltere	31.3	5.9	37.2
Japonya	18.8	8.1	26.9
ABD	23.0	8.3	31.3
İsveç	36.1	15.2	51.3
Kanada	30.7	4.0	34.7
Danimarka	44.3	1.0	45.3

Kaynak : OECD, Statistiques des Recettes Publiques

Çizelge 9. Sosyal Keseneklerin İşveren-Ücretli Arasındaki Dağılımı (%) (1981)

Ülkeler	İşveren	Ücretli	Ülkeler	İşveren	Ücretli
İsveç	96.4	3.6	ABD	61.3	38.7
İspanya	78.7	21.3	Avusturya	57.8	42.2
Fransa	74.5	25.5	İngiltere	56.4	41.6
Kanada	65.2	34.8	F. Almanya	55.4	44.6
Japonya	64.4	25.6	Danimarka	48.5	51.5

Kaynak : OECD, Statistiques des Recettes Publiques

A. Ulusal Sağlık Örgütü (USÖ)

İkinci Dünya Savaşı ertesinde İngiltere'de, 1955'de İsveç'te, 1973'de Danimarka'da ve 1978'de İtalya'da bu sistemin yürürlüğe konulduğu gözlenmektedir. Örneğin İngiltere'de sağlık harcamaları içinde USÖ'nün payı 1982'de %81 dolayındadır. Yani GSMH'nin %4.95'ine eşit bir harcama söz konusudur. Geri kalan harcamalar ise Ulusal Sigorta tarafından gerçekleştirilmektedir. Ulusal Sigorta çeşitli sigorta rejimlerini kapsamaktadır. Bunların arasında hastalık ödentileri, malûlluk tazminatları, iş kazaları ve meslek hastalıkları ödentileri yer almaktadır. Bu sistemin temel özelliklerini aşağıdaki gibi özetleyebiliriz :

— Tüm nüfus korunma altındadır ve Sağlık Örgütü tüm hizmetleri bedelsiz sunmaktadır.

— Merkezi bir örgütlenme vardır. Devlet Sosyal İşler Bakanlığı aracılığıyla ülkedeki sağlık faaliyetlerini planlamaktadır. Bu güçlü merkezileşme bazı sevk ve yönetim yetkilerinin alt kademelere veril-

mesini engellememektedir. Böylece bu birimler belirli bir hareket serbestliğine sahip olmanın yanısıra, sistemin işleminde de sorumluk üstlenmektedirler.

— Sağlık Örgütüne verilen bütçeyi her yıl Parlamento oylamaktadır. Finansman kaynakları vergilerden sağlanmaktadır. Bununla birlikte değişik ülkelerdeki sistemler arasında bazı önemli farklılıklar görülmektedir. Bu ayrılıklar örgütlenme biçimlerinde, korumanın kapsamı düzeyinde ve bazı tedavi türlerinin neden olduğu harcamaların karşılanmasında ortaya çıkmaktadır. Örneğin Danimarka'da kamu gücünün belirlediği tavan gelir ölçütüne göre toplam nüfus iki gruba ayrılmaktadır. Devlet hastaneleri yatarak tedavi süresinde kısıtlama olmaksızın tüm bireyler için parasızdır. Ülkede ikamet edenler belirlenen ilaçlardan eşit derecede yararlanabilmektedirler. Ancak daha önemli tedavi hizmetlerinde gelir tavanının üzerinde yer alan grup (%15) hizmetin bedelini ödemek durumundadır. Daha sonra hastalara götürü bir geri ödeme yapılmakta, böylece üst gelir, grubunda bulunanlar tedavi giderlerinin önemli bir bölümünü finanse etmek durumunda kalmaktadırlar. Diğer ülkelerde ise tek tip uygulama görülmektedir. Bu ülkelerin çoğunda ülkede ikamet edenler tercih ettikleri hekime kayıt olmaktadır. Bireyin yetkili makamlara başvurarak ve yönetsel bazı formaliteleri yerine getirerek hekimini değiştirmesi olanaklıdır. Bunun bir istisnası İsveç'te görülmektedir. Danimarka, İtalya, İngiltere ve İsveç'te doktor viziteleri ve hastane masraflarının tümü geri ödenirken, ilaç giderlerinin finansmanına belirli oranlarda tüketicilerin katılımı söz konusu olmaktadır. Şöyle ki, normal olarak hastalar vizite ücreti ödemedikleri için Sağlık Örgütü veya İtalya'da olduğu gibi sağlık (hastalık) sandıkları doktorların vizite ücretlerini ödemektedir. İngiltere'de yalnızca hastanelerdeki hekimler ücretlidir. Diğerlerine hekime kayıtlı hasta, faaliyette bulunulan bölge ve meslekte kıdeme göre yıllık götürü bir gelir sağlanmaktadır. İsveç'te tüm hastane hekimleri ve bölgelerdeki hizmet birimlerinde çalışanlar ücretlidir. Diş hekimleri ve sayıca azınlıkta olan bazı özel hekimler bağımsızdır. Danimarka'da da hastanelerde çalışan hekimler ücretlidir, diğerlerine ise kayıtlı hasta başına sabit bir ücret ödenmekte veya karma bir sistem uygulanmaktadır. İtalya'da devlet hastanelerinde çalışan hekimler ücretlidir, diğerleri ise gene kayıtlı hasta sayısına orantılı olarak gelir elde etmekte veya muayene sonunda vizite bedelini almaktadırlar. İlaç bedellerinin ödenmesinde önemli farklılıklar görülmektedir. İngiltere'de küçük bir götürü tutarın dışında Sağlık Örgütü yapılan harcamaları ödemektedir. İsveç'te bu oran %50, Danimarka'da %75'dir. Bununla birlikte İsveç'te yaklaşık otuz dolayında kronik hastalığın (tüberkü-

loz, astım, epilepsi, vd...) tedavisinde kullanılan ilaçlar bedelsizdir. Danimarka'da Sağlık Örgütünün üstlendiği %75'lik finansman yaklaşık 1000 dolayında ilacı kapsamaktadır.

Sonuç olarak bu kategoride yer alan ülkelerde vergi gelirlerinin, finansmanın en önemli kaynağı oluşturduğu gözlenmektedir. 1979'da İngiltere'de bu oran %87.3, İsveç'te %78.5'dir (Çizelge 10). Çalışır nüfusun elde ettiği gelirlerden sağlanan sosyal kesintiler kamunun payını aşağıya çekebilmektedir. Ancak uygulamada vergi ile sosyal kesinti arasındaki ayırım oldukça formel görünmektedir, çünkü her ikisi de aynı etkiye sahip olmanın yanı sıra, aynı biçimde «farkına varılmaksızın» tahsil edilmektedir ve genelde kaynakta işveren tarafından kesilmektedir. Bu açıdan sosyal keseneklerin işveren ile ücretli arasındaki dağılımı çizelge 9'da gösterilmektedir. Sağlık hizmetlerinin tüketenlerin giderlere katılımı ise değişik biçimlerde gerçekleştirilmektedir, (ilaç, protez, tıbbi araçlar, hastane masraflarının belirli bir oranının ödenmesi, vb...) [5]

Çizelge 10. Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (%) (1979)

Kaynaklar	ABD	Fransa	Hollanda	F. Almanya	İngiltere	İsveç
Vergiler	31.8	7.0	15.0	14.6	87.3	78.5
Sosyal Sigorta	11.7	69.0	56.0	62.5	5.3	13.1
Kamu Toplamı	42.7	76.0	71.1	77.1	92.6	91.6
Sağlık Hizmeti	26.1	19.6	—	12.5	5.8	8.4
Tüketicisinin						
Doğrudan						
Ödemesi	25.6	3.0	27.3	5.3	1.4	—
Özel Sigorta						
İşletmeler,	4.6	1.4	1.6	5.1	0.4	—
Diğerleri						
Özel Toplamı	57.3	24.0	28.9	22.9	7.6	8.4

Kaynak : Maxwell R.J., Health and Wealth: An International Study of Health Care Spending, MA Lexington Book, Lexington, 1981.

İngiltere'de Ulusal Sağlık Örgütü, ücretli statüde bulunmayan sağlık elemanlarına yapılan ödemeler de dahil üzere tüm sağlık hizmet-

(5) Supplement aux Cahiers Français, no: 222, Temmuz-Eylül 1985.

Griffith A., «Le Service National de Santé Britannique : Organisation, financement, Ressources», Revue Française des Finances Publiques, no: 2, 1983, s. 31-57.

Polton D., «La Décentralisation du Systeme de Santé. Analyse de l'Experience Britannique», Revue Française des Affaires Sociales, no: 1, 1984, s. 132-161.

lerinin maliyetini üstlenmek durumundadır. Başlangıçta devlet bu ör-
gütün tüm harcamalarını finanse etmekteydi. Daha sonra sağlık hiz-
meti tüketicilerinin de belirli oranda finansmana katılımı sağlanmış-
tır. 1980-1981 kesitinde USÖ'nün finansmanı incelendiği zaman kamu-
nun %88.2'lik bir paya sahip olduğu görülmektedir. Sosyal kesenekler
%7.2'lik, sağlık hizmetini tüketenler de %4.4 paylarla finansmana ka-
tılırken, sosyal keseneklerin payı da %7.2 dolayında gerçekleşmiş-
tir⁽⁶⁾.

B. Sigorta Rejimi

Bu kategoride Fransa, F. Almanya, Belçika, Hollanda ve Japonya
yer almaktadır. Mesleki dayanışma ilkesi temelinde yükselen bu tür
sağlık sigortası sisteminde çok sayıda özerk sandıklar tarafından yöne-
tilen çeşitli rejimlerin olduğu gözlenmektedir. Finansman gelirlerden
yapılan kesintilerle sağlanmaktadır. Bu sistemde sağlık ve tedavi ör-
gütlenmesinin başlıca özelliklerini şöyle belirtebiliriz⁽⁷⁾ :

- Hasta serbestçe hekimi seçebilmektedir,
- Sağlık elemanlarına vizite ücreti muayene sonunda ödenmek-
tedir,
- Uzman hekimlere muayene olmak Hollanda ve Belçika dışında
bir kısıtlamaya tabi değildir.
- Sağlık sektöründe kamu ve özel kesim yanyana bulunmaktadır.
Buna karşın güvence altındaki nüfus, finansman oranı gibi konularda
ülkeler arasında önemli farklılıklar görülmektedir.

Fransa'da zorunlu sağlık sigortası (rejimi) yaklaşık olarak nüfu-
sun %99'unu kapsamaktadır. Sigortalılar ilkesel olarak tedavi masraf-
larını karşılamakta, daha sonra bu masraflar geri ödenmektedir. Ne
var ki, bu konuda birçok istisna vardır.

F. Almanya'da nüfusun yaklaşık %89'u sağlık sigortasından, ge-
ri kalanlar ise özel sigortadan yararlanmaktadır. Hastalar tedavi mas-
raflarını doğrudan yapmamaktadır. Sağlık sigortası sandıkları —ki
hastalık, doğum, ölüm sandıklarının sayısı yaklaşık 1300 dolayında-
dır— toplanan kesenekleri hekim dernekleri veya birlikleri aracılığıy-
la, üyelerine yaptıkları konsültasyon oranında dağıtmaktadır. F. Al-

(6) Health and Personal Statistics for England, HMSO, 1982.

(7) Cahies, Français no: 215, Mart-Nisan 1984. Supplement aux Cahiers Français
no: 222, Temmuz-Eylül 1985.

— Hastalık ödentisinden yararlananların Ocak 1984'den itibaren işsizlik sigortasına, ödentilerin verilmeye başlandığı tarihten geçerli olmak üzere ödeme yapması gerekmektedir. Daha önce bu kesintiler 13. ayda başlamaktaydı.

— İş kazası veya meslek hastalığı sonunda işgöremezlik tazminatının alınabilmesi için Ocak 1984'den beri sigortalının son beş yılın en az üçünde çalışmış olması gerekmektedir.

Fransa

— Bérégovoy planı çerçevesinde sosyal sigortanın açığını kapatmak için bazı ilaç giderlerinin finansmanına tüketicilerin katılım payları artırılmıştır. 1257 ilacın fiyatı üzerinden %70 yerine %40 oranında geri ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. Onbeş dolayındaki hastalıktan sigortanın finansman payı %30 düşürülerek %70'e çekilmiştir. Hastanede yatarak tedaviye günlük 20 frank ödeme zorunluluğu getirilmiştir. Ocak 1984 sonrasında yaşlılık kesenekleri %1 arttırılmıştır. Bu bir puanlık artış yıl boyunca 10 milyar franklık ek gelir sağlamıştır. Alınan önlemlerle ve işsizliğe karşın ücretlilerden alınan sosyal keseneklerin toplam hacim olarak %0.8 artması olumlu sonuçlar vermiştir. Bu bağlamda genel rejime tabi sosyal sigorta bütçesinin 1983, 1984, 1985 yıllarında sağlık alanında sırasıyla 13.1, 11.2, 2.7 milyar frank fazla verdiği görülmektedir.

İngiltere

— Nisan 1983'den itibaren sağlık ödentisi Ulusal Sigorta yerine işverenler tarafından ödenmektedir. Düşük ücretler için düşük ödentiler söz konusudur. Ücretlinin bakmakla yükümlü olduğu kişiler olsa da, bunlar için ek ödenti yapılmamaktadır. Sağlık ödentileri vergiye ve sosyal kesintilere tabi tutulmaktadır.

— 1984-1985 yılında hastane elemanlarının ücret artışları %3'ü kısıtlanmıştır.

— İlaç giderlerine katılım %40 artırılmıştır.

— Nisan 1983 sonrasında Ulusal Sigortaya aktarılan kesintiler ücretliler için %8.75'den %9'a, işverenler için %10.2'den %10.45'e yükseltilmiştir.

— İş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle alınan ödenti sağlık ödentisiyle ikame edilmiştir. Kısa süreli çalışamazlık söz konusu ise

gelirin yitirilmesi söz konusudur. Ancak uzun süreli çalışmama daha avantajlı bir ödentiyi olanaklı kılmaktadır.

İngiltere'de yaklaşık olarak 17 veya 18 yıl önce Ulusal Sağlık Örgütü'nün sağlık ihtiyaçlarını GSYİH'nın %5'i oranındaki bir bütçeyle karşıladığı kabul edilmekteydi. Ekonomik mali bunalım kamu otoritelerini bu örgütün harcamalarını kısmak yönünde önlemler almaya yönelttiği gibi, yukarıda belirtilen biçimde yeni kaynak yaratma olanakları araştırılmıştır. Ancak 1977'den beri «cash-limit»lerin kısılması sağlık birimlerine önemli malî güçlükler yaratmıştır. Şöyle ki, her Ulusal Sağlık Örgütü birimi kendine verilen kaynaklar temelinde faaliyette bulunmakla yükümlü tutulmaktadır. Bu sınırın aşılması yaptırımlara neden olmaktadır. Sınır aşılsa, ertesi yıl verilecek ödenekte kısıtlanmaya gidilmektedir. Tam tersi ödenekten tasarruf yapılırsa, bu tasarrufun ancak %1'i ertesi yılın bütçesine aktarılabilir. Bu yöntem beklenenin tersine kaynak savurganlığına yol açmıştır. Genelde maliyetlerin denetimi yönünde yapılan baskı Ulusal Sağlık Örgütü'nün bazı ilkelerini işlemek durumuna sokmuştur. Gerek bölgeler arasındaki eşitsizliği gidermek için gerekli kaynak dağıtımını yapılamamış, gerekse sağlık hizmetlerinin niteliğinde bir düşme kaydedilmiştir. Bu gelişmeler özel sağlık hizmetlerinin ve özel sigorta şirketlerinin gelişmesine neden olmuştur. Örneğin 1982'de yaklaşık 4.3 milyon kişinin özel sigortaya kayıtlı olduğu tahmin edilmektedir. Özel sağlık sigortası piyasası başlıca üç büyük şirketin denetimi altındadır. Bu üç şirket piyasanın %95'ine egemendir. 1982 sonunda *British United Private Association*'ın 1.4 milyon sigortalıyla en büyük paya sahip olduğunu görüyoruz. Bunlardan 1 milyonu çalıştıkları işyerleri tarafından sigortalanmış, geri kalan 400.000 kişi ise bireysel olarak sigorta yaptırmıştır. Siyasal planda İşçi Partisi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine karşı çıkmaktadır. Gene bazı liberal ve muhafazakâr politikacıların da hükümetin sağlık alanındaki tercihlerine tamamen katılmadıkları görülmektedir. Genelde bu tür bir özelleştirmeye karşı koymanın güçlü olması, özel kesimin Ulusal Sağlık Örgütü aleyhine alabildiğine genişlemesini engellemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri

- Medicare ve Medicaid'in fonlarında 1981'den itibaren indirimle gidilmiştir.
- Hastanelerde yatarak tedavinin fiyatı yükseltilmiştir.
- 1984 sonrasında yaşlılardan sağlık sigortası için yapılan kesinti tutarları yükseltilmiştir.

- Kamu Personeli (Memurlar) : 1.4 milyon devlet görevlisi ve bakmakla yükümlülerine ücretsiz tıbbî bakım,
- Emekli Sandığı : Emekli maaşı ve 660.000'den fazla emekli ile bakmakla yükümlü oldukları yakınlarına ücretsiz tıbbî bakım,
- Sosyal Sigortalar Kurumu : Emekli maaşı ve 12.8 milyon sigortalıya önceden ödenmiş prim karşılığı tedavi hizmeti,
- Bağ-Kur : Emekli maaşı, yaklaşık 10 milyon kişinin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaları.
- Özel Sandıklar : Emekli maaşı; yaklaşık 300.000 kişiye önceden ödenmiş prim karşılığı tedavi edici bakım, bakmakla yükümlü yakınlarının sınırlı yararlandırılmaları.

Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Projesine (SSHP) ilişkin 1961 yasasına bağlı olarak *ulusal sağlık hizmeti*, her yurttaşa, ücretsiz koruyucu bakım ve aile plânlaması hizmeti garanti eden genel bir projedir. Tedavi hizmetleri, fakir oldukları belgelenen ve onaylananlar dışındaki yurttaşlar için ücretli olacaktır.

Aktif memurlar eşleri, çocukları ve ana-babaları, hastalık veya annelik durumunda sistemden tam olarak yararlanmaktadırlar. Hizmetten yararlananlar herhangi bir ödeme yapmaz. İlgili tüm masraflar doğrudan söz konusu memurun dairesi tarafından karşılanmaktadır. Sağlıkla ilgili olarak sağlananlara muayene ve laboratuvar tahlilleri, tedavi süresince ilâç ve tıbbî malzeme, hastanın yapması gereken yolculuk, dış tedavisi, protezler, gözlük ve işitme cihazları da dahildir. Bu menfaatleri sınırlayan yasal bir zorunluk veya zaman söz konusu değildir.

1983 Eylül'ünden bu yana sisteme ayakta tedavi hizmetleri için % 20'lik bir ilâç bedeli alınması gibi bazı sınırlamalar getirilmiştir. Tedavi ücretleri her kamu kuruluşunun bütçesinde yer almaktadır. Bu ücretler, hükümetçe kararlaştırılan ücret politikasına göre değişmektedir. Bu konuya ileride tekrar değineceğiz.

Emekli Sandığı hizmetleri merkezi yönetim, yerel yönetim, yerel yönetimler ve kamu iktisadî teşebbüslerinde çalışan memurlar için yaşlılık, ölüm, iş kazaları ve meslek hastalıkları konularını kapsamaktadır. Uzun vadede bu menfaatlere ek olarak Emekli Sandığı emeklilerine ve bakmakla yükümlülerine kısa vadede sağlık ve annelik yardımları yapmaktadır. Tıbbî bakım SSBYB veya üniversite hastanelerinden verilmektedir. Memurların ve işveren olarak Devletin primleri ile finanse edilen Sandık, Maliye ve Gümrük Bakanlığına bağlıdır. 1981 yı-

linda çalışanların primi maaşlarının % 10'nuna yükseltilirken, işveren primi % 18'e çıkarılmıştır.

Sosyal Sigortalar Kurumu, kısa vadede tıbbî ve analık, iş kazası ve meslek hastalığı yardımları ve uzun vadede yaşlılık, sakatlık ve dul ve yetimlerine emeklilik sağlamaktadır. Tıbbî yardıma, sigortalı kişi ve emekli ile bunların birinci derecede yakınlarının ücretsiz muayenesi, tedavisi ve ilaçları da girmektedir. Hastalık yardımı altı aya kadar olan tedavi ücretlerini kapsamaktadır. Bakmakla yükümlü olduklarının ilaç bedelinin %20'sini ödemek durumundadırlar. İşçi veya emekli öldüğü takdirde bakmakla yükümlülerinin sağlık hizmetinden yararlanması sürmektedir. SSK kendi sağlık kuruluşlarını kendi çalıştırmaktadır. Bu kuruluşların sayısı özellikle 1965 yılından sonra işçi sendikalarının baskıları ile sigortalıların sayısına paralel olarak artmaktadır. SSK'nın 67 ilin 44'ünde en az bir hastanesi bulunmaktadır.

TABLO : 2

SSK'NIN SAĞLIK TESİSLERİ (1985)

Tesisin Türü	Tesis Sayısı	Yatak Kapasitesi
a. Yataklı Tesisler		
Hastane	74	17.563
Doğumevi	4	851
Sanatoryum	3	2.000
b. Dispanserler	95	
c. Sağlık İstasyonları	142	
d. Dış Tedavi ve Protez Merkezleri	8	

Kaynak : SSK Genel Müdürlüğü 1985 Çalışma Raporu, s. 39.

SSK genelde ayakta tedavi için veya kendi hastanesinin bulunmadığı yerlerde yatakta tedavi için özel veya kamu sağlık kuruluşları ile anlaşmalar yapmaktadır. Kamu kuruluşlarında uygulanan ücret tarifi SSK hastanelerinin gerçek işletme masraflarına oranla daha düşük olduğundan SSK'nın sağlık kuruluşlarından yararlanma durumunda bu, dolaylı bir yardım anlamına gelmektedir.

SSK'nın 1986 yılında büyük bir çoğunluğu erkek ve önemli sayıdaki bölümü kamu sektöründe çalışan 2.6 milyondan fazla üyesi vardı. SSK'nın hizmet verdiği toplam sayı, sağlık yardımından yararlanan, ancak prim ödemeyenler ve bakmakla yükümlüleri eklendiğinde 1986 yılında ülke nüfusunun yaklaşık dörtte biri olan 13 milyona ulaşmıştır.

SSK çeşitli risk durumları için işçi ve işveren tarafından ödenen primlerle finanse edilmektedir. Sadece sağlık primi % 5'i işçi % 6'sı işveren tarafından ödenmek üzere maaşın % 11'ine eşdeğerdedir. Sigorta primleri belirli sürelerde, en düşük ve en yüksek maaşa göre ayarlanmaktadır. Bu konuda devletin bir katkısı yoktur.

Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü (BAĞ-KUR), bu ismin kapsadığı gruplar için iştirak zorunluluğu temel alınarak 1972 yılında kurulmuştur. Hükümet Bağ-Kur paketine sağlık yardımını da dahil etmeye karar vermiştir. Bu yeni proje zorunlu olmakla birlikte büyük kentlerden başlamak üzere derece derece uygulanacak, benimsenmesi genel sağlık sigortası projesi içinde sonuçlanacaktır. Bağ-Kur kendine sağlık kuruluşları kurmayacak, ancak kamu kuruluşlarının sağlık hizmetlerinden yararlanacaktır. Sağlık Yardımları SSK'nın sağladıklarından farklıdır. İşveren primi sözkonusu olmadığından, sigortanın tüm malî yükünü üyeler karşılayacaktır. 1987 yılı başında Bağ-Kur sağlık hizmetleri 11 ili kapsamına almıştır.

Çeşitli projeler 1964 yılında SSK altında yeniden gruplandırıldığı zaman bazı özel sandıklar aktüaryel veya politik nedenlerle bağımsızlıklarını korumuşlardır. Ancak yasa, üyelerine SSK'ninkinden farklı olarak minimum düzeyde menfaat sağlamaları hükmünü getirmiştir.

Bankalar, sigorta şirketleri, ticaret ve sanayi odaları ve borsa çalışanları için yaklaşık 26 sandık bulunmaktadır. Örneğin 1921 yılında kurulan Kömür Madeni İşçileri Sandığı hâlâ işlemekte ve hastalık, iş kazaları ve meslekî hastalıklarda tam ve nakit olarak ek yardımlar sağlamakta ayrıca kredi ve burs da vermektedir. Sandık Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının denetimindedir.

D. Özel Sektör

Hekimlerinin % 40'ı özel olarak çalışan Türkiye bu alanda önemli bir özel sektöre sahip gözükmektedir. Bununla birlikte hekimlerin çoğu için bu yarım günlük bir çalışmadır. Çünkü 1981 yılından bu yana kamu sektöründe görevli hekimler mesai saatlerinden sonra özel muayenehanelerinde çalışmaya yetkili kılınmışlardır. Hekimlerin bazıları bu imtiyazın avantajlarını kentlerde, fakat hemen hepsi kırsal bölgelerde kullanmaktadır. Özellikle sadece muayenehanesinde çalışan hekim sayısı bilinmemekle beraber oldukça az olduğu tahmin edilmektedir. Özel hekimler temel bakımın önemli bir bölümünü (kırsal kesimde % 40); ve ayrıca ayakta tedavi sağlamaktadırlar. Ancak yatak-

ta tedavi konusunda tümüyle hastanelere bağımlıdırlar. Bu durumda hekimler, başarılı bir çalışma için aranan bir koşul olarak kendilerine imtiyaz sağlayacak bir hastane ile bağlantı kurup sürdürmek zorundadırlar.

Özel hekimlerin yaklaşık %90'ı yalnız çalışırken %7'si dörtten fazla sayıda hekimle ortak ve %3'den azı geniş uzmanlık olanakları sunan büyük gruplarla çalışmaktadırlar. Hemşirelerin %1'i özel çalışırken, ebelerin %4'ü; sağlık teknisyenleri - fiziko terapistler, optikçiler, diş ve laboratuvar teknisyenleri - kendi iş yerlerinde veya hekim ve diş hekimi ile birlikte çalışmayı tercih etmektedirler.

Özel hastaneler ülkedeki yatakların sadece %4'üne sahiptir (Bkz. Tablo: 3). Büyük hastaneler gerçekte kâr amaçlı olmayan kuruluşlardır. 680 yataklı 8 hastane yabancılara aittir. 320 yataklı 4 hastane yardımsever dernek veya vakıflara ve 930 yataklı 5 hastane etnik veya dini azınlıklara aittir. Bunların çoğu İstanbul'da bulunmaktadır. Toplam 2.870 yataklı 97 özel hastane kâr amacıyla işletilmektedir. Bunların üç büyük kentte olan 4'ü (toplam 560 yataklı) modern niteliktedir. Diğer hastaneler küçük, çoğunlukla eksik cihaz ve malzemeli olup sahibi hekimler tarafından işletilmektedir. Özel hastanelerin iki kârlı pazara hizmet sundukları görülmektedir; yüksek gelir grupları ve turistlerdir.

TABLO : 3

**KAMUSAL VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARININ YATAK SAYILARINA
GÖRE DAĞILIMI (1985)**

Sağlık Kurumu:	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
KAMUSAL		
SSYB'na bağlı	481	62.603
Diğer Bakanlık ve resmi kuruluşlara ait	19	3.048
Üniversite	23	14.653
Belediye	7	920
Sosyal Sigortalar	77	17.820
	115	4.874
	—	—
ÖZEL (*)	722	103.918

Not: Askeri Hastaneleri kapsamaz.

(*) Kişilere, yabancılara ve azınlıklara ait hastaneleri kapsar.

Kaynak : Türkiye İstatistik Cep Yıllığı 1986 s. 43-44'teki bilgilerden yararlanarak düzenlenmiştir.

Hükümet sağlık alanında özel sektörün rolünü arttırmak niyetinde olup Devlet Plânlama Teşkilâtı bu konuda alternatifleri incelemektedir. Nitekim Sağlık Sektörü, Tedbir No: 386 ile özel sağlık kuruluşlarının ve hastanelerin teşvik edilmesine devam edileceği; özel hastanelerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan fiyatların serbest bırakacağı öngörülmüştür. Aynı hususun yeni hazırlanan Sağlık Kanunu tasarisında da yer olduğunu görüyoruz.

III. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAYNAKLAR

Türkiye'de sağlık sektöründeki kaynakları insangücü, kuruluşlar ve finansman olmak üzere üç ana başlık çerçevesinde ele alacağız.

A. Sağlık Personeli

Türkiye'de 1985 yılında 20.878'i uzman, 36.427 hekim vardı (Bkz. Tablo: 4); bunlardan başka 8.305 diş hekimi, 11.582 eczacı bulunmak-

TABLO : 4

TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİ SAYISI (1985)

Uzman Hekim	20.878
Pratisyen Hekim	15.549
Diş Hekimi	8.305
Eczacı	11.582
Hemşire	30.854
Sağlık Memuru	10.525
Ebe	17.987

Kaynak : SSYB'nın 31.12.1985 tarihi itibariyle derlemiş olduğu verilerden alınmıştır.

taydı. Bunların hepsi kentlerde toplanmışlardır. 1.400 kişi başına bir hekimin düştüğü ulusal ortalama aynı gelir düzeyindeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça iyi gözükmektedir. Ancak bu oran 1/509 dan 1/6062'ye kadar büyük farklılıklar göstermektedir. (Bkz. Tablo: 5). Diğer yandan aşırı sayıda uzman bulunması SSYB'nın illerde sağlık hizmetini yaygınlaştırmada karşılaştığı zorluklar kadar hastanelerdeki pratisyen hekim kadrolarındaki boşlukları açıklamaktadır. Hemşirelerin sayısı hekimlerin sayısı ile yaklaşık aynı olduğundan sistemin çalışması hekimler ve hekim dışı sağlık personeli arasındaki sayının dengesizliğinden de etkilenmektedir.

TABLO : 5
HEKİM SAYILARININ SEÇİLMİŞ BAZI İLLERE GÖRE DAĞILIMI
(1985 Genel Nüfus Sayımına Göre)

İl Adı	Nüfus	Hekim Sayısı	Nüfus/Hekim
Adana	1.725.940	1.085	1.591
Adıyaman	430.728	81	5.318
Ağrı	421.131	80	5.264
Ankara	3.306.327	6.498	509
Bursa	1.324.015	895	1.479
Eskişehir	597.397	473	1.263
İstanbul	5.842.985	10.621	550
İzmir	2.317.829	3.465	660
Konya	1.769.050	722	2.450
Muş	339.492	56	6.062
Van	547.216	103	5.313

Not: Hekimlerin %57'si üç büyük ildedir (Ankara, İstanbul, İzmir).

Kaynak : SSYB'nın 31.12.1985 tarihi itibariyle derlemiş olduğu verilerden alınmıştır.

Hekimlerin ülke düzeyindeki dağılımı son derece dengesizdir. 1985 verilerine göre hekimlerin % 57'si Ankara, İstanbul ve İzmir'de çalışmaktadır ve bu kentlerde sırasıyla hekim başına 509, 550 ve 669 kişi düşmektedir. Bu oran diğer kentlerde 1/2500 ile 1/6000 arasında değişmektedir. Resmî ve özel sektör arasındaki dağılım ise 1985 yılı itibariyle Tablo: 7'de gösterilmiştir.

TABLO : 6
HEKİM BAŞINA DÜŞEN NÜFUS

	1960	1980
Avusturya	550	400
A.B.D.	760	520
Belçika	780	400
B. Almanya	670	450
Danimarka	810	480
Finlandiya	1.570	530
Fransa	930	580
Hollanda	900	540
İngiltere	1.100	650
İrlanda	950	780
İspanya	820	460
İsveç	1.150	490
İsviçre	740	410
İtalya	640	340
Norveç	850	520
Portekiz	1.200	540
Yugoslavya	1.620	550
Yunanistan	790	420
ORTALAMA	935	503
TÜRKİYE	2.800	1.630

Kaynak : World Development Report 1984 Dünya Bankası.

TABLO : 7
HEKİMLERİN KURULUŞLARA GÖRE DAĞILIMI (1985)

Kuruluşlar	Hekim Sayısı	Oran %
SSYB	11.272	31.0
SSK	3.482	9.6
Üniversite	4.689	12.8
Diğer Kamu Kuruluşları	1.130	3.0
Özel, Dernek, Vakıf, Azınlıklar	15.854	43.6
TOPLAM	36.427	100.0

Kaynak : SSYB'nın 31.12.1985 tarihi itibariyle derlemiş olduğu verilerden alınmıştır.

Ülkede bulunan hekim dışı sağlık personelinin hemşireler ve hastabakıcılar yoğun olarak hastanelerde görevlidirler. Ebelerin büyük çoğunluğu kırsal bölgelerde çalışmaktadır. Sağlık sistemi ve çevre sağlığından sorumlu 11.000 dolayında sağlık memuru ve teknisyen bulunmaktadır. Bunlar hekim ve hemşirenin bulunmadığı zamanlarda sağlık hizmeti vermektedirler. Hastanelerde yeterli sayıda hemşire bulunmasına rağmen bakım kalitesi, özellikle küçük kuruluşlarda düşüktür. Ebe ve teknisyen açığının hızla giderilememesi kırsal bölgelerde hizmeti sınırlayıcı bir etken olmaktadır.

Hemşireler ve ebeler daha çok kamu sektöründe görevlidirler. Ebelerin sadece % 4'ü, fakat teknisyenlerin % 34'ü özel sektörde çalışmaktadır. Bu personelin mezun sayısında artış olmasına rağmen eğitim kalitesinin gelişimi sağlanamamaktadır.

Sağlık personelinin yüksek öğretim ve eğitimi üniversiteler ve benzeri kuruluşlarca verilmektedir. Ülkemizde sağlık bilimleri alanında yüksek öğrenim gören öğrencilerin, toplam yüksek öğrenim öğrencileri içindeki payları, diğer ülkelere göre daha düşük bulunmaktadır. 1985-1986 öğretim yılında sağlık bilimleri öğrencilerinin toplam yüksek öğrenim öğrencileri içindeki oranı % 9.7 olmuştur. Buna karşılık aynı oranlar 1984-1985'de İtalya'da % 19.5, Fransa'da % 15.9; B. Almanya'da % 14.1; İspanya'da % 11.9 ve Yunanistan'da % 11.2 olarak gerçekleşmiştir⁽⁶⁾.

Plânlarda en büyük ihtiyacın sağlık personeline yönelik olduğu vurgulanmasına rağmen tıp fakültesi öğrencilerinin toplam öğrenciler içindeki payında artış sağlanamamıştır. Tıp öğrenimi altı yıl sürmektedir. Mezuniyet sonrası uzmanlık için fakülte hastanelerinde veya

(6) DPT Sosyal Plânlama Başkanlığı, Türkiye'de Hekim İhtiyacı ve Tıp Eğitimi, Şubat 1987, s. 17.

büyük hastanelerde dört yıl daha öğrenim, ihtisas, görmektedirler. 1981 yılından bu yana mezunlar, iki yıl devlet hizmeti ile görevlidirler. Ülkede üniversitelere bağlı 21 tıp, 8 diş hekimliği, 7 eczacılık fakültesi ve beş hemşirelik okulu bulunmaktadır. Bu üniversitelere fizyoterapi, rehabilitasyon, sağlık yönetimi, sağlık teknolojisi ve beslenme gibi özel konularda sağlık personeli yetiştiren yüksek okullar bağlıdır.

Hastane Müdürü veya Yöneticisi yetiştiren Hacettepe Üniversitelerine bağlı Sağlık İdaresi Yüksek Okulu bulunmaktadır.

Hekim dışı sağlık personeli yetiştiren okullar orta öğretimden sonra dört yıl sürmektedir. Bu eğitim SSYB'nın hemşire, ebe ve teknisyen yetiştiren meslek okullarında verilmektedir. Ayrıca sağlık teknisyenleri (röntgen, laboratuvar, anestezi) iş başında eğitim görürken, hastabakıcılar hastanelerde verilen kurslarda eğitilmektedir. Ebeler, köylerde sağlık dağıtan tek kaynak olduklarından, kırsal bölge sağlık hizmetlerinin belkemiğidirler. Ancak sayıları yeterli olmayıp, 36.000 köyde 14.000 civarında ebe bulunmaktadır.

Yüksek Öğretim Kurulunca hazırlanan 1990 İnsangücü Geliştirme Planına göre sağlık sektörü için aşağıdaki tabloda gösterilen hedefler belirlenmiştir :

TABLO : 8
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İNSANGÜCÜ İHTİYACI
YÖK PROJEKSİYONLARI

	1984		1990
	Mevcut	İhtiyaç	Hedef
Hemşire ve ebe	62.000	75.500	112.000
Teknisyen	15.000	15.900	26.600
Diş Hekimi	7.800	8.700	12.900
Eczacı	12.000	12.000	12.000
Hekim	33.600	37.900	56.200
TOPLAM	130.400	149.900	219.700

Bu tabloya göre eczacılar hariç tüm kategorilerdeki personelin oranının sektörün bütünü için % 68 artması öngörülmektedir. Sayısal olarak mevcut sistemin ihtiyaç duyulan personeli eğitebileceği düşünülse dahi, artan personel sayısının kamu kesiminde istihdam sorunları yaratması muhtemel görünmektedir. YÖK'ün 1990 yılında 56.200 hekimlik hedefine ulaşmak için yılda 2.500 öğrencinin mezun olması beklenmektedir.

Bu eğitim, tıp fakültelerinin ne gerekli kadrosu ne de yeterli bütçeleri olmadığı için standartların daha çok düşmesi konusunda ciddi endişeler yaratmaktadır.

Türkiye'de hekimler arasında görülen uzmanlaşma eğilimi, (hekimlerin % 60'ından çoğu uzmandır) koruyucu sağlık hizmetlerinde pratik sıkıntısı yaratmaktadır.

B. Sağlık Kuruluşları

Özel hekimlerin ve tüm hastanelerin ayakta tedavi hizmeti vermeleri nedeniyle bu hizmeti sunan kuruluşların sayısı tam olarak bilinmemektedir. SSYB, kendi hesabına 300 hükümet tabipliği, 2400 dispanser ve sağlık birimi, 7.100 sağlık evi ve 500 ana-çocuk sağlığı merkezinden oluşan geniş bir sağlık örgütünü yönetmektedir. Bunlara ek olarak 8.600'ü aşkın özel eczane bulunmaktadır. Beşinci Kalkınma Planının hedefi 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ve 4.152 küçük sağlık kuruluşu yapımıdır.

Türkiye'de hastane alt yapısı ile ilgili mevcut durumu, şöylece özetlemek mümkündür: Ülkenin 1985 yılında yataklı tedavi veren 766 sağlık kuruluşu vardı (Bkz. Tablo 9). Bu yatakların çoğu sağlık hizmeti veren başlıca üç kuruluşa, yani SSYB (% 52.6), SSK (% 15) ve üniversiteler (% 12.3) aittir; geri kalan yataklar Millî Savunma Bakanlığı (% 12.7) Kamu İktisadi Teşebbüsleri, diğer bakanlıklar, büyük belediyeler, azınlık ve yabancı gruplar ve kâr amaçlı özel sektör arasında dağılmaktadır. Yataklı küçük kuruluşlar kapanırken özel amaçlı hastane ve kurumlar, büyük kuruluşlara entegre edilmek yoluyla yavaş yavaş ortadan kalkmaktadır.

TABLO : 9
TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA
GÖRE DAĞILIMI, (1985)

Kuruluşun Adı	Hastane Sayısı	Kadro Yatağı	
		Sayısı	Oranı
TOPLAM	766	119.018	100.0
SSYB	481	62.603	52.6
MSB	44	15.100	12.7
SSK	77	17.820	15.0
İktisadi Devlet Kuruluşları	16	2.058	1.7
Diğer Bakanlıklar	3	990	0.8
Belediyeler	7	920	0.8
Tıp Fakülteleri	23	14.653	12.3
Dernekler	6	402	0.3
Yabancılar	8	681	0.6
Azınlıklar	5	934	0.8
Özel	96	2.857	2.4

Kaynak : SSYB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları 1985 Yılı Bülteni, Ankara, 1986. s. 23.

TABLO : 10
TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI (1985)

Kurum Sayısı	Hasta Yatağı Sayısı	Bir Yatağa Düşen Nüfus	10.000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
722	103.918	495	20.2

Not: MSB'na bağlı 44 kurum ve 15.100 hasta yatağı dahil değildir.

Kaynak: SSYB, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları 1985 Yılı Bülteni, Ankara 1986, s. 21.

Genelde Türkiye 1.000 kişiye 2.3 yataklık bir kapasiteye sahiptir. Bu oran diğer orta gelirli ülkelerle karşılaştırıldığı zaman oransal olarak daha iyi bir durumu yansıtmaktadır. Bu oranlar Ürdün'de 1, Tunus'ta 2.1; Kolombiya ve Ekvator'da 1.8'dir. Fakat bu kapasitenin tam olarak kullanılan oranı sadece % 87.5'tir. Gerçek yatak/nüfus oranı söz konusu olduğunda bu 2.1'e düşmektedir. Kullanılmayan kapasitenin nedeni personel ve/veya araç gereç açığıdır. Buna hastanede ikamet edenler için mekân ayrılmasını da (örneğin hemşireler için) ekleyebiliriz. Yatak-nüfus oranları arasında büyük coğrafi farklılıklar bulunmaktadır (İstanbul'da 4.4'e karşılık Ağrı ve Hakkari'de 0.3).

Kamu hastanelerinin kullandığı araç ve gereç mütevazı olup genelde eskidir. Sağlık kuruluşlarında personel sayısı yeterlidir. Ancak bazan düşük kapasiteli küçük hastanelerde aşırı derece yığılma olmaktadır. Yönetici ve idarî kadrolardaki personel nadiren uygun eğitim görmüştür. Fakat tıp personeli son derece yeteneklidir. Hemşireler etkin ve disiplinlidir. Sağlık kuruluşlarında çok sayıda yardımcı personel vardır. Düşük ücret düzeyleri özellikle orta ve daha aşağı basamaklarda moral ve performansı etkilemekte ise de genelde hastane çalışmalarında personelden kaynaklanan sıkıntılar ciddi boyutlara ulaşmamaktadır.

SSK, 17.820 yataklı 77 hastane işletmektedir. SSK hastaneleri genelde yeni olup daha iyi donatılmışlardır. Bu hastanelerdeki personel özellikle orta basamaktaki memurlardan daha çok ücret almaktadır. SSK'ya başvuran hastalar kent kökenli olup en çok hasta taburcu eden beş kent şunlardır: İstanbul, İzmir, Ankara, Zonguldak, Bursa. Bu beş kentte SSK hastanelerine yatanların sayısı toplamın yarısını oluşturmaktadır.

Türkiye'de üniversiteler 1986 verilerine göre 18.413 yataklı 23 hastane işletmektedirler; ayrıca bir de askerî tıp akademisi bulunmaktadır (Bkz. Tablo: 11). Yatakların % 60'ı ikisi İstanbul, biri Ankara ve biri İzmir'de olmak üzere dört üniversite hastanesinde toplanmıştır ve bunlar tüm hasta kabullerinin % 50'sini karşılamaktadırlar. Türkiye'de üniversite hastaneleri, kalkınmış ülkelerde olduğu gibi sadece en ciddi vakaları değil, aynı zamanda çeşitli tipte hastaları da tedavi etmektedir.

Hastanelere başvurma bir bütün olarak sektör için yüzde 65 olup, uluslararası standartlara göre biraz düşüktür(7). Orta gelir düzeyindeki ülkeler için bu oran 70-90 düzeyindedir.

Yatak işgali oranları hizmet veren kuruluşlara göre farklıdır. Bu konuda düzenlemiş olduğumuz Tablo 12'de durum açık bir biçimde görülmektedir.

TABLO : 11
TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE EĞİTİM HASTANELERİ İÇİN
SAĞLIK SEKTÖRÜNDEN AYRILAN YATIRIM ÖDENEKLERİ

Tıp Fakültesi Adı	YILLAR			
	1970	1978	1983	1986
Akdeniz Üni. Tıp Fak.	—	—	145.000	721.000
Anadolu Üni. Tıp Fak.	—	64.145	479.000	777.000
Ankara Üni. Tıp Fak.	26.712	269.360	688.000	640.000
Atatürk Üni. Tıp Fak.	12.150	38.500	143.455	557.000
Cumhuriyet Üni. Tıp Fak.	—	43.000	498.500	850.000
Çukurova Üni. Tıp Fak.	—	87.130	698.600	760.000
Dicle Üni. Tıp Fak.	—	133.120	278.000	400.000
Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak.	—	—	143.500	415.000
Ege Üni. Tıp Fak.	29.695	18.750	233.000	570.000
Erciyes Üni. Tıp Fak.	—	—	625.000	1.021.000
Fırat Üni. Tıp Fak.	—	—	57.000	387.000
Gazi Üni. Tıp Fak.	—	—	175.000	520.000
Hacettepe Üni. Tıp Fak.	7.500	116.000	275.000	1.964.000
İstanbul Üni. Tıp Fak. (*)	18.635	153.135	1.227.000	430.000
Karadeniz Üni. Tıp Fak.	—	60.000	831.000	670.000
Marmara Üni. Tıp Fak.	—	—	—	350.000
Ondokuzmayıs Üni. Tıp Fak.	—	105.800	463.750	1.052.000
Selçuk Üni. Tıp Fak.	—	—	57.000	427.000
Trakya Üni. Tıp Fak.	—	57.000	738.500	762.000
Uludağ Üni. Tıp Fak.	—	92.000	505.000	927.000
TOPLAM (a)	94.692	1.237.940	8.261.305	14.200.000
Sağlık Yatırımları Top. (b)	531.345	3.243.000	23.200.000	54.500.000
a/b	0,18	0,38	0,36	0,26
Tıp Fak. Hast. Yat. Say. (c)	6.145	9.701	13.803	18.413
Toplam yatak sayısı (d)	71.876	109.375	114.496	123.981
c/d	0,09	0,09	0,12	0,15

(*) 2 Tıp Fakültesini kapsamaktadır.

Not: 1970 yılında 6 Tıp Fakültesi, 1978 yılında 14 Tıp Fakültesi, 1983 yılında 20 Tıp Fakültesi, 1986 yılında 21 Tıp Fakültesi bulunmaktadır.

Kaynak: DPT.

(7) SSYB, Yataklı Tedavi Kurumları 1985 Bülteni, Yayın No: 513, Ankara 1986, s. 46-47'deki verilerden hesaplanmıştır.

Hastanelerde ortalama yatma süresi genellikle yüksektir. Tüm hastane hizmetlerinin %85'ini temsil eden SSYB ve SSK hastanelerinde ortalama yatma süresi sırasıyla 6.9 ve 7.6'dır. Üniversite hastanelerinde bu oran 9.5'dir. Tüm hastaneler için bu ortalama 7.4'dür.

Hastanelerde verilen hizmetin maliyeti oldukça yüksektir. Hastanede bir gün yatmanın bedeli kişi başına ortalama millî günlük geliri'nin 4-5 katına eşittir. Bu durum hastanelerde kullanılan malzeme ve cihazların fiyatları ile istihdam edilen personel ücretlerinin diğer sektörlerle karşılaştırıldığı ortalama olarak daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır⁽⁸⁾.

TABLO : 12

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA GÖRE ÇALIŞMALARI (1985)

Kuruluşlar	Poliklinik Sayısı	Bir hastanın Ortalama Kalış Gün Sayısı	Yatak İşgal Oranı	Kaba Ölüm Oranı
SSYB	17.693.447	6.9	53.4	2.1
SSK Hastaneleri	13.002.593	7.6	67.7	1.8
Tıp Fak. Hast.	2.240.444	9.5	52.1	4.4
Diğer Resmi Kur.	1.053.345	10,9	38.3	1.4
Özel, Yabancı, Azınlık Hast.	173.314	6.5	39.2	2.5
GENEL TOPLAM	34.163.143	7.4	55.2	2.2

Kaynak : SSYB Yataklı Tedavi Kurumları 1985 Bülteni, s. 46-47 Tablolardan alınmıştır.

C. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti ve Finansmanı

Sağlanan veri miktarındaki yetersizlikler sağlık sektöründe hizmet maliyeti ve finansman konusunda ayrıntılı analizleri güçleştirmektedir. Sadece hane halkının sağlık harcamaları konusunda kaba tahminler yapılabilmekte olup, özel kuruluşlarca sağlanan hizmetlerin doğrudan maliyet girişleri bulunmamaktadır. Çalışanlarına genelde ek sağlık yardımları sağlayan büyük özel kuruluşların yaptıkları

(8) Hikmet Seçim, Hastane Yönetim Organizasyonu, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 130, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları No: 53, Eskişehir 1985, s. 1-2.

sağlık harcamalarına ilişkin kullanılabilir veri yoktur. SSK kuruluşlarında hizmet maliyeti konusunda bilgiler sistematik olarak toplanmamakta ve sağlık harcamalarının gerçek düzeyi sosyal güvenlik sistemleri tarafından tam olarak bilinmemektedir. Verilen hizmetlerin maliyeti ile hiç bir şekilde ilişkilendirilemeyecek türde harcamalar söz konusu olduğunda durumun kamu sektöründe daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Sadece bir kısım üniversiteler konuyla ilgili veri toplamaktadırlar. Fakat bunlar genelde yayınlanmakta ve bireysel düzeyde dahi sistemli analizler yapılmamaktadır.

Ayakta tedavi hizmetlerinin maliyetine önem verilmemektedir. Kamu sağlık kuruluşlarında bu maliyet son derece düşüktür ve masrafları hemen sadece maaşların oluşturduğu dispanser ve sağlık ocakları için maliyetin hesaplanması son derece kolaydır (sadece acil malzeme ve az miktarda ilaç bulunmaktadır). Ayakta tedavi veren bölümleri aynı personel, aynı cihazlar ve laboratuvarları kullanan hastanelerde tahminler yapmak son derece güçtür. Bu kliniklere her gün çok sayıda hasta başvurmaktadır. Bu yoğun başvuru, hastanelerin verimliliğini etkilemekte aynı zamanda karmaşık ve pahalı sistemlerin kullanımını teşvik ederek işletme masraflarının artmasına neden olmaktadır.

SSK hastanelerinde muayene ücretleri yararlananlarca daha önce prim biçiminde ödenmiştir. Üniversite hastanelerinde ücretler başvuru bölümlere ve hizmetin tipine göre değişmektedir ve genel diğer kamu hastanelerine göre daha yüksektir (Bkz. Tablo: 13).

TABLO : 13

SEÇİLMİŞ BAZI SAĞLIK HİZMETLERİNE GÖRE HASTANE
ÜCRET TARİFELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yararlanılan Sağlık Hizmetinin Türü	Hizmeti Sunan Kuruluş	Ücret
Poliklinik Muayene	SSYB	500 TL.
	SSK	1.950 TL.
	Üniversite (*)	1.500 TL
Sağlık Kurulu Raporu	SSYB	2.500 TL.
	SSK	1.950 TL.
	Üniversite	3.000 TL.
Günlük Yatak Ücretleri İki Yataklı Oda (Bir kişi için)	SSYB	1.500 TL.
	SSK	2.990 TL.
	Üniversite	3.000 TL.
Küçük Ameliyat	SSYB	10.000 TL.
	SSK (**)	
	Üniversite	30.000 TL.
Orta Ameliyat	SSYB	20.000 TL.
	SSK	
	Üniversite	50.000 TL.
Büyük Ameliyat	SSYB	40.00 TL.
	SSK	
	Üniversite	70.00 TL.

(*) Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin ücret tarifesidir.

(**) SSK Ücret tarifesinde ameliyat ücretleri, ameliyatın türlerine göre farklılaştırıldığından üçlü bir tasnif içinde değerlendirilmesi mümkün olmamıştır.

- Kaynak:**
1. SSK Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, SSK'na Yataklı Tedavi Kurumlarında Yapılacak Muayene-Tetkik-Tahlil-Müdahale-Ameliyat ve Tedavilere ait Fiyat Tarifesi, Yayın No: 509, Ankara 1985.
 2. SSK Sağlık Kuruluşlarında Ayakta veya Yatırılarak Yapılacak Muayene ve Tedavilerden Alınacak Ücret Tarifesi, SSK Yayın No: 421, 1985.
 3. T.C. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi 1987 Fiyat Listesi.

SSK, SSK ve Üniversite hastanelerinde yatakta tedavi hizmetlerinin maliyeti konusunda veri sağlamak mümkün olmamıştır. SSK hastanelerinde hasta günü ve yatak başına örnek bir maliyet analizi çalışması yapılmıştır. Araştırmaya göre 1984 yılında hasta başına gün-

lük ortalama maliyet, devlet hastanelerinde 3-11.000 lira arasında değişmekteydi, eğitim hastanelerinde 6.000 TL. ve diğer uzmanlık kuruluşlarında iki katı idi. Diğer kamu kuruluşlarında yapılan incelemeler orta gelir düzeyindeki bir ülke için çok düşük olan bu maliyetleri doğrulamıştı. Araştırma, maliyetin personel harcamalarının eğitim hastanelerinde %40-50 ve ihtisas hastanelerinde yaklaşık %40 olmasına karşılık devlet hastanelerinde %70'den daha fazla olduğunu ortaya koymuştu. Hasta ücretleri, devlet hastanelerinde toplam maliyetin sadece % 5-12'sini, eğitim hastanelerinde % 13-19'unu ve cerrahî konuda uzmanlaşmış kuruluşlarda % 30-35 kadarını kapsamaktadır.

Kamu sektöründe maliyetin sadece bir bölümü karşılanabilmekte ve yapılan ücret ayarlamaları enflasyona zorlukla ayak uydurabilmektedir.

SSYB Döner Sermayeli İl Hastaneleri 1985 yılı Maliyet Analiz Raporundan çıkardığımız aşağıdaki veriler bu hastanelere yapılan kamusal finansman desteğini açıklaması açısından ilginçtir.

TABLO : 14

SSYB DÖNER SERMAYELİ İL HASTANELERİNİN TÜRLERİNE
GÖRE MALİYETLER VE SUBVANSİYONLAR

	Yatak İşgal Oranı %	Ücretli Yatış Oranı %	Gün Sayısı Başına Gelir	Gün Sayısı Başına Gider	Gün Sayısı Başına Gider Farkı (Subvan- siyon)
Devlet Hastaneleri	51.5	60.0	1.870	8.213	6.343
Doğumevleri	52.5	51.8	1.708	7.818	6.110
Ruh Hastaneleri	75.9	24.7	284	2.639	2.355
Çocuk Hastaneleri	45.8	91.5	2.578	11.933	9.355
Göğüs Hastaneleri	76.5	28.3	448	3.885	3.437
Kemik Hastaneleri	54.8	88.9	1.888	5.990	4.302
Diğer Özel Dal Hast.	64.5	87.7	1.854	5.464	3.610

Kaynak : SSYB Döner Sermayeli İl Hastaneleri 1985 Yılı Maliyet Analiz Raporu.

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere yatak işgal oranı ile ücretli yatış oranı subvansiyonu doğrudan etkilemektedir. Ayrıca ücretli yatış oranı da çok sağlıklı sonuç vermemektedir. Zira hastanelerin çoğunda

ücretli görülen hastalardan, tahakkuk eden ücretin tamamı tahsil edilememekte ve verebilecekli miktar alınmaktadır⁽⁹⁾.

SSYB hastanelerinin gelirleri ile maliyete katılmalarının tutarı, 1984 yılında 6.3 milyar olmuş, 1985 yılında (ücret düzenlemelerinin de etkisi ile) 13 milyar liraya ulaşmıştır.

Toplam sağlık harcamaları, ülke GSMH'nin % 35'i dolayındadır, bu oran diğer orta gelir düzeyinde veya Latin Amerika ülkelerinde belirlenen orandan % 4 veya daha fazla düşüktür. Toplam sağlık harcamaları 1983 yılında 407 milyar lirayı bulmuştu; bu kişi başına 8.600 TL.'ya eşittir. Özel harcamalar toplamın % 58'ine ulaşmıştır. Bu tahmine, 1978-1979 yıllarında hane halkı gelirinin % 2.8'ini sağlık hizmetlerine harcadığını gösteren gider araştırması yoluyla varılmıştır. Bir başka kaynak 1974 yılında, sağlık hizmeti harcamalarının hane halkı gelirinin kentlerde % 3.3'ünü ve buna karşılık kırsal bölgelerde %4.8'ini yuttuğunu göstermiştir. Kentlerdeki bu düşük oran ücretsiz kamu hizmetlerinden yararlanmanın daha kolay oluşu ile açıklanmaktadır⁽¹⁰⁾.

OECD tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada ise, 1977-1983 yılları arasında Türkiye'de sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan toplam kamusal harcamalar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

TABLO : 15
TÜRKİYE'DE SAĞLIKLA İLGİLİ KAMU HARCAMALARI
(Milyon TL.) (*) Cari Fiyatlarla

Yıllar	Harcamalar Toplamı
1977	8.175
1978	10.170
1979	21.330
1980	47.600
1981	45.610
1982	56.740
1983	71.220

Kaynak : OECD, Measuring Health Care 1960-1983, Expenditure, Costs and Performance, Paris 1985, s. 31.

(*) Sadece SSYB harcamalarını kapsamaktadır.

(9) SSYB, Yataklı Tedavi Kurumları Döner Sermaye Hizmetleri, 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı Kanun ve bu Kanuna dayanılarak 1961 yılında çıkarılan 106 sayılı Yönetmelik ve 1984 yılında yayınlanan 84/8213 sayılı Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği ile yürütülmektedir. Nominal Sermayesi 10 milyar liradır. Döner sermaye temelinde hastanın finansmana asli olarak katılımını öngören bir finansman aracıdır.

(10) Bu bilgiler için SSYB için yabancı ve yerli uzmanlarca 1985 yılı Ekim ayında hazırlanmış olan özel bir rapordan yararlanılmıştır.

1983 YILI TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (*) (**)

TABLO : 16

Kaynaklar	Harcama Miktarı (Milyar T.L.)	Oransal Dağılım
— Hanehalkı harcamaları	235.9	58.0
— SSYB	69.9	17.2
— SSK	46.9	11.5
— Emekli Sandığı	4.6	1.1
— Üniversite Hastaneleri	33.9	8.3
— Doğrudan Devlet Ödemeleri	11.6	2.8
— Kamu İktisadi Teşebbüsleri	4.5	1.1
TOPLAM	407.2	100.0
— Sağlık Harcamaları, GSMH'ın % olarak	% 3.5	
— Kişi başına sağlık harcaması	8.578	

(*) Kamu Yatırımlarının % 5'ini oluşturması muhtemel MSB ve özel yatırım giderleri dahil değildir.

(**) Hacettepe Üniversitesinden sağlanan istatistiklere göre hesaplanmıştır.

TABLO : 17
SSYB BÜTÇESİ VE GENEL BÜTÇE İÇİNDEKİ
YERİ (Milyar TL) (*)

Yıllar	Genel Bütçe	SSYB Bütçesi	SSYB Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı
1979	397.3	16.8	4.2
1980	756.7	31.8	4.2
1981	1.541.0	55.4	3.6
1982	1.780.6	50.1	2.8
1983	2.558.9	75.2	2.9
1984	3.211.9	100.1	3.1
1985	5.412.4	137.4	2.5
1986	7.104.1	193.8	2.7
1987	10.755.0	303.1	2.8

Kaynak : T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe Kanunları ve Bütçe Gerekçeleri.

(*) Konsolide Bütçe Ödeneklerinin İdari-Fonksiyonel Dağılımı çerçevesinde düşünüldüğünde, bu rakamlara Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünü eklemek gerekecektir. Bu da SSYB bütçesine yaklaşık % 3.5 ilave anlamına gelmektedir.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere toplam SSYB harcamaları 1986 yılında 200 milyar TL. civarındadır. Aynı yıl toplam bütçe harcamaları içindeki payı ise % 2.7 olmuştur. 1979 yılında sağlık harcamalarının devlet bütçesindeki payı % 4.2 iken bu payın 1984 yılına kadar bir düşme eğilimi içine girdiği 1984'de nisbi bir artış olmasına rağmen geçtiğimiz birkaç yıl içinde % 2.8 civarında kaldığı görülmüştür. SSYB bütçesi içinde personel giderleri önemli bir yer tuttuğu için ilâç, malzeme, araç gereç ödeneklerini azaltmaktadır. Genelde hastaneler SSYB kaynaklarının yarısına yakın bir kısmını almaktadır. (1985'te bu oran % 45 olarak gerçekleşmişti). Temel Sağlık Hizmetleri bütçenin % 25'ini kullanmaktadır.

Sosyal Sigortaların sağlıkla ilgili harcamaları 1985 yılında 84.5 milyar TL.'yi bulmuştur. Doğrudan sağlık harcamalarının yaklaşık % 83'ü SSK kuruluşlarında yapılmıştır. Kurum, ihtisas gerektiren tedaviler veya kendi kuruluşlarında yapılmayan operasyonlar için SSYB ve üniversite hastanelerinden yararlanmaktadır. Bu gider 1985 yılında toplam harcamaların % 12'sidir. Ayrıca yatırımlar yıllık harcamaların % 5'i dolayında gerçekleşmiştir.

Emekli Sandığı tarafından ödenen yıllık sağlık yardımları 1979 yılından bu yana gerçek anlamda üç katı artmışken yararlananların sayısı sadece %35 yükselmiştir. 1984 yılında 2.8 milyar TL'ye ulaşan bu yardımların %59'u ilâç, %22'si hastane masrafları ve %17'si dış tedavileri için verilmiştir. Her bir bakanlık ve kamu kuruluşunun bütçesinde memurların yapacağı tıbbi harcamaların karşılığı olarak bir ödenek bulunmaktadır. Bu harcamaların tutarı da 1984 yılında 12.3 milyar TL.'ye ulaşmıştır.

Üniversite hastanelerinin sağlık harcamaları oldukça önemlidir ve sağlık harcamaları toplamının yaklaşık % 8'ini SSYB harcamalarının yaklaşık yarısını temsil etmektedir. Her üniversite hastanesinin bütçesi, tıp fakültesinin bütçesi içinde olduğundan bu harcamaların gerçek düzeyi bilinmemektedir. Bundan başka tarifelerini serbestçe belirleyen ve enflasyona ayak uydurabilecek düzeyde ayarlayan üniversite hastanelerinde alınan ücretler son derece önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca şahıs bağışları ve dernek yardımları da gözardı edilmeyecek düzeydedir. Ücret ve bağışlar önemli bir düzeye ulaşmakta ise de miktarı konusunda elde bilgi yoktur. İstanbul Üniversitesine bağlı iki hastaneye yapılan yardım ve bağışın bütçe ile aynı oranda olduğu tahmin edilmektedir. Genel maaşları kadar döner sermaye payı almalarına yetmektedir. SSYB hastanelerinde bu uygulama yoktur.

Konuyu tamamlamadan önce sağlık konusunda yapılan yatırım

harcamaları konusuna kısaca değinmek istiyoruz. 18 nolu Tablo 1980 yılından bu yana kamu ve özel kesim yatırım harcamalarının gelişimini göstermektedir. Toplam kamu yatırım harcamaları içindeki kamu sağlık harcamalarını payı 1980'de % 1,5 iken bir gerileme süreci içine girmiş ve 1985 sonu itibarıyla % 1.1'e gerilemiştir. Özel kesim sağlık yatırım harcamalarının özel sektör yatırım harcamaları içindeki payı nisbi bir istikrar göstermiş binde 8 ile 9 arasında seyretmiştir.

TABLO : 18

SAĞLIKLA İLGİLİ SABİT SERMAYE YATIRIMLARI VE TOPLAM
YATIRIM HARCAMALARINDAKİ PAYI
(Cari Fiyatlarla) (Milyon TL.)

Yıllar	Kamu Harcaması	Toplam Kamu Yatırım Harcamalarındaki Payı %	Özel Kesim Harcaması	Toplam Özel Yatırım Harcamalarındaki Payı %	Genel Sağlık Yatırım Harcamaları Toplamı	Toplam Yatırım Harcamaları İçinde Sağlık Yatırım Harcamalarının Payı %
1980	7.322	1.5	800	0.2	8.122	0.9
1981	14.183	1.9	1.200	0.2	15.389	1.2
1982	19.647	1.96	1.580	0.25	21.237	1.3
1983	18.024	1.37	2.065	0.24	20.193	0.92
1984	28.000	1.3	3.300	0.2	29.300	0.9
1985	34.900	1.1	5.100	0.2	40.000	0.8

Kaynak : DPT, Beş Yıllık Kalkınma Planları ve Yıllık Programlardan yararlanmak suretiyle düzenlenmiştir.

SONUÇ :

Türkiye'de sağlık hizmetleri üretimi ve finansmanına ilişkin açıklamalarımızı, ulaştığımız sonuçları özetlemek, tesbit edebildiğimiz sorunlarla ilgili değerlendirmelerimizi belirtmek ve yeni hazırlanmış olan «Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı»na kısaca değinmek suretiyle tamamlamak istiyoruz.

Sağlık hizmetleri üretiminde son yıllarda ülkemizde önemli gelişmeler sağlanmış olup göstergeler diğer orta gelir düzeyindeki ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye'nin durumunun nisbi olarak iyi oldu-

ğunu göstermektedir. Ancak temel sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda coğrafi bölgeler arasında çarpıcı eşitsizlikler bulunmaktadır.

Sağlık sektörü, karmaşıklığı ve otonom durumdaki büyük kamu ve özel kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği ile dikkati çekmektedir. Her ne kadar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ülke sağlık politikasının plânlanması ve uygulanmasından resmen sorumlu ise de, hizmet kuruluşları üzerindeki otoritesinin kısıtlı olduğu görülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri içinde tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıklıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli bir önem ve ağırlık verilmemektedir.

Kişi başına düşen millî gelir ve refahın artmasına paralel olarak sağlık hizmetlerine olan talep hızla artarken sağlık personelinin sayısı aynı hızda artmamaktadır.

Tıp fakülteleri eğitim ve araştırma yerine kamu sağlık kuruluşları gibi sağlık hizmeti vermeye yönelmişlerdir. Bir öğretim üyesine 3.51 hasta yatağı düşmektedir. Öğretim elemanları bu yatakları öğrenci eğitimi için kullanmayıp tedavi hizmetlerinde kullandıklarından öğrenciye ayırdıkları süreler kısalmakta ve tıp eğitiminde kaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Hizmet üreten kurumlar içinde işletme ve sermaye maliyetleri en yüksek olan hastaneler, verimli ve etkin bir faaliyet göstermemektedirler. Mevcut hastane kapasitesinden yeterince yararlanılamamaktadır. Yapılan ihtiyatlı tahminlere göre mevcut sisteme en az % 20 oranında daha fazla hasta kabulünün mümkün olabileceği belirlenmiştir. Türkiye'de hastanelerin verimli ve etkin olamamalarının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlar içinde bölgesel hastane plânlarının olmayışı, uzun vadeli insangücü plânlarının hazırlanmayışı, hastane hizmetlerinde çalışan personelin eğitimindeki yetersizlikler, personel ücretlerindeki dengesizlikler, kamu hastaneleri ödeneklerinin yetersizliği başlıcalarıdır.

Sağlık hizmetleri genel bütçeye bağlı SSYB ve diğer bakanlıklar, katma bütçeli üniversiteler ve özel bütçeli belediyelerce finanse edilmektedir. Ayrıca Emekli Sandığı ve SSK hizmetleri üyelerden kesilen primlerle karşılamaktadırlar. Nüfusun yarıya yakın bir bölümü sağlık hizmetlerini özellikle tedavi hizmetlerini kendi bütçelerinden ayırdıkları paylarla finanse etmektedirler.

Türkiye'de GSMH'nın yaklaşık % 3.5'i sağlık için harcanmaktadır. Bu oran benzer ülkelerle karşılaştırıldığında düşüktür. Bu harcamaların % 58'i doğrudan ailelerin giderleridir. Kamu harcamalarının çoğu sağlık hizmeti sunan üç kuruluşca (SSYB, SSK ve üniversiteler) yapılmaktadır. Konsolide bütçe harcamaları içinde sağlık harcamalarının oranı yetersiz olup bu oran yükseltilememektedir.

Yatırım plânlama yöntemi yeterince geliştirilemediğinden plânlamacılar ve politika saptayıcılar için gerekli bilgiler hazır bulundurulmamaktadır. Sınırlı olan sağlıkla ilgili yatırım fonlarının çok sayıda projeye dağıtılması, yatırımların tamamlanmasında gecikmelere neden olmaktadır. İnşaatlar yatırımların büyük bir bölümünü oluşturduğundan, yeni kuruluşları donatmak, eskileri yenilemek için geriye çok az kaynak bırakmaktadır. Bu nedenlerle, yatırım öncelikleri ve optimal kaynak tahsisi gerçekleştirilememektedir.

Yoksullar dışındaki kesim için kamu kuruluşlarında uygulanan ücret tarifelerinin sağlık hizmetlerinin düzenli ve sürekli finansmanını sağlayacak bir düzey ve yapıda ele alınmasının gerekli olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili bir biçimde yürütülebilmesi, ülke düzeyinde iyi bir sağlık plânlaması ve yönetimi ile mümkündür. Bu plânlama, genel ilkeler olarak, stratejilerin geliştirilmesi, koordinasyon ve kaynak tahsisine uygun olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında, plânlama, programlama, değerlendirme, araştırma ve haberleşmenin çok büyük önemi vardır. Ancak bütün bunların temeli insan faktörüdür. Bu nedenle sağlık hizmetleri üretiminde de insangücünün kaliteli olması özel bir önem taşımaktadır.

Türkiye'de sağlık politikasının ana amacı, sağlık hizmetlerinden yararlanmada mevcut olan eşitsizlikleri düzelterek ve halkın genel durumunu iyileştirecek bir görüşle, sağlık hizmetleri üretim ve dağıtım sisteminin etkinliğini güçlendirmek olmalıdır.

Açıklamalarımızı sonuçlandırmadan önce Yasama Organının ilgili komisyonunca kabul edilmiş olan «Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı» ve bu tasarı ile getirilmesi düşünülen yeni düzenlemelere kısaca değinmek istiyorum. Tasarıya göre :

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı özel ve resmî bütün sağlık kuruluşlarının plânlamasında koordinatör olacaktır.

Halen sosyalizasyon modelinde esas nüveyi oluşturan sağlık ocakları kendi yöresindeki vatandaşların sağlık fişlerini tutacak, ilk mua-

yene ve tedaviyi yapacak ve gerekirse hastayı başka sağlık kuruluşlarına gönderecektir. İsteyen, bu sevk zincirine uymadan istediği sağlık kuruluşuna gidebilecek ancak bu takdirde kendisinden daha fazla ücret alınacak ve aradaki fark, sağlık sigortaları tarafından karşılanmayacaktır.

Sağlık kuruluşları, sağlık işletmesine dönüştürülecektir. Muayene ve tedavi paralı olacak, giderleri hastanın bağlı olduğu kurum ve sosyal güvenlik kuruluşu veya kurulacak sağlık sigortası ya da hastanın kendisi tarafından karşılanacaktır. Genel sağlık sigortasına prim ödeyemeyecek derecede ekonomik yetersizliği olanların masraflarını kurullacak bir fon üstlenecektir.

Başlıca maddelerini özetlemeye çalıştığımız yeni tasarı, sağlık hizmetlerinin tek elden koordinasyonunu ve genel sağlık sigortasına geçişi öngörmektedir. Bu şekliyle tasarı hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların da sağlık hizmetlerinde yararlandırılmalarını amaçlamaktadır.

Tasarı bir çerçeve niteliği arzietmekte ve ayrıntıların yönetmeliklere bırakıldığı görülmektedir. Bu şekliyle tasarı hizmetlerin finansmanına yararlananların katkısını ilk plâna almakla birlikte geniş bir kamusal finansman desteğini de benimsemiş görünmektedir. Sistemin işletilebilmesi için kamunun, sağlıkla ilgili giderlerini önemli ölçüde arttırması gerekecektir.

Hizmet arzının genişletilmesi ve etkin bir hizmet sunumu kaynak yeterliliği ile mümkün olabilir. Türkiye uzun tarihi geçmişi, deneyimleri, yetişmiş insan gücü ve geniş alt yapısıyla bulunduğu durumdan daha iyisine ulaşabilecek bir potansiyele sahip bulunmaktadır. Yeni tasarı ile getirilmesi düşünülen sistem etkin bir yönetim ve yeterli kaynakların tahsisi ile başarılı olabilecektir. Tasarının ve buna bağlı olarak çıkarılacak yönetmeliklere etkin olacak görüşlerin kamuoyunda tartışmaya açılması sistemin başarısına çok büyük katkılar sağlayacaktır.

ve rasyonel beklentiler teorisi (rational expectations theory) gibi yeni iktisat politikası anlayışlarını gündeme getirmiştir. Klasik iktisatçıların kamu maliyesine ilişkin görüşlerini yeni bir yorumla ortaya koyan arz yönlü iktisat taraftarları (supply siders) ile öncülüğünü Thomas Sargent, Robert Lucass ve Neil Wallace'nin yaptığı rasyonel beklentiler teorisyenleri devletin iktisadî hayata hiç bir şekilde müdahale etmemesi gerektiğini şiddetle savunmuşlardır. (Klamer 1984), s. 52, 92; Schotter (1985), s. 101-118).

Serbest piyasa ekonomisinin dinamiklerini savunan ve yukarıda belirtilen iktisatçıların «baba»sı olarak kabul edilen ünlü Amerikalı iktisatçı Milton Friedman 1960'lı yıllardan itibaren yazdığı pek çok eserinde ve makalelerinde devletin ekonomiye müdahalesinin olumsuzluklarını ortaya koymaya çalışmıştır. Friedman 1962'de yayınlanan ünlü «Capitalism and Freedom» adlı eserinde eğitim karma malının «kupon yöntemi» ile özelleştirmesini savunmuştur. (Friedman (1962), s. 85-107) Ayrıca Bkz: (Friedman (1980) s. 158 v.d.).

Bu kısa açıklamalardan sonra şimdi de Türkiye'de eğitim hizmetlerinin finansmanındaki gelişmeler ele alınmaya çalışılacaktır.

II. TÜRKİYE'DE EĞİTİM HİZMETLERİ VE EĞİTİM HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA SON GELİŞMELER

Günümüzde çağdaş uygarlık düzeyine ulaşmanın ancak toplumda eğitilmiş kişilerin oranının artırılması ile mümkün olabileceği bilinmektedir. XX. yüzyılda bilim ve teknolojiye kendini gösteren başdöndürücü gelişmeler bir yandan ülkeler arasındaki gelişmişlik farklarını biraz daha belirgin bir hale getirirken, bir yandan da eğitim, öğretim ve araştırma hizmetleri kalkınma hareketinin vazgeçilmez bir unsuru haline getirmiştir. Gerçekten günümüzde eğitim, öğretim ve araştırma hizmetleri bilim ve teknolojiye amansız yarışın ve gelişmişliğin temel ölçüsü durumundadır. Eğitilmiş ve gerekli becerilere sahip insangücü sayısının çokluğu ile araştırma ve incelemeye verilen önem, bir ülkenin kalkınma temposunun ve çağdaş ülkeler seviyesine ulaşma arzusunun en önemli bir göstergesi olmaktadır.

Ülkemizde de eğitim, öğretim ve bilimsel araştırmanın kalkınma hareketi içindeki önemi anlaşıldığından belirli bir dönemden itibaren eğitim ve araştırma hizmetlerine mümkün olduğu kadar fazla kaynak ayrılması çabaları sürdürülmektedir. Ancak, gelişmekte olan ülke özellikleri içinde Türkiye'nin kalkınma sürecinde, eğitim, öğretim ve araş-

tırma faaliyetlerine ayırabileceği kaynaklar bir yerde sınırlı kalmaktadır. Böylece eğitim ve öğretim hizmetleri ile araştırma ve inceleme faaliyetlerinin her geçen gün biraz daha hayati bir önem kazanması ile, kalkınma hamlesi içinde bu faaliyetlere sınırlı kaynak tahsisi ilişkisi karşısında eğitim hizmetlerine bazı alternatif finansman imkân ve kaynakları bulma mecburiyeti ortaya çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaygın bir şekilde uygulanan ve o ülkelerin ortak özellikleri içinde başarılı sonuçlar veren bazı finansman yöntemlerinin ülkemizde de, kendi bünyesine uygun özellikler içinde, uygulanması imkânları aranıp bulunmalıdır. Nitekim son yıllarda ülkemizin ulaştığı gelişme seviyesi içinde eğitim hizmetlerinin yürütülmesinde ve bu hizmetlerin finansmanında yeni bazı yollar ve imkânlar araştırılmaya ve uygulanmaya başlanmıştır. Aşağıda bu konuda ayrıntılı bilgi verilmeye çalışılacaktır.

A. Eğitim Hizmetlerinin Kamuca Finansmanı

Gelişmekte olan ülkelerin temel ortak özellikleri bu ekonomilerde eğitim karma malının genellikle kamuca finansmanını zorunlu kılmaktadır. Gerçekten, gelişmekte olan ülkelerin yapısal özellikleri arasında özel bir önem kazanan millî gelir seviyesinin düşüklüğü, gelir dağılımının adaletsiz oluşu, sermaye birikiminin yetersizliği, teknolojik gerilik, para ve sermaye hareketlerinin gelişmemiş olması, açık ve gizli geniş bir işsizler ordusunun varlığı, okur yazar oranının düşüklüğü, hızlı nüfus artışı, kalifiye eleman yetersizliği, demokratik bir yönetimin bütün fonksiyonları ile işleyememesi gibi sorunlar karşısında dengeli ve yeterli bir kalkınma hızına ulaşma, sosyal güvenlik ve barış, adil bir gelir dağılımı ile kaynakların etkin kullanımı gibi hedefler içinde eğitim hizmetleri kamusal yönü ağır basar ve kamuca finansmanı gerekli kılan bir faaliyet özelliği göstermektedir.

Ülkemizde de eğitim ve kültür hizmetleri daha ziyade sosyal bir mal olarak düşünülen, planlanan ve bedeli yine kamu finansman tekniği içinde vergi ile karşılanan bir hizmet durumundadır. Ancak son yıllarda bilim ve teknolojiye görülen gelişmeler karşısında eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinin kazandığı önem ile ülkemizin ekonomik kalkınma sürecinde katettiği mesafe dikkate alınarak, ülkemizde, eğitim, öğretim ve araştırma hizmetlerinin daha etkin ve yaygın bir şekilde yürütülebilmesini temin amacıyla eğitim karma malında özel sektörün nisbi öneminin artırılmasına gayret edildiği görülmektedir.

1 — Eğitim ve Öğretim Bütçeleri

1985 yılında, MEB ve YÖK harcamaları, kamu harcamalarının % 8'ini teşkil etmiştir (Ek tablo: 1). %8'lik bu oran eğitim ve öğretim harcamaları bakımından Türkiye seviyesinde kalkınmış ülkelere kıyasla oldukça düşüktür. Meselâ bu oran Portekiz'de %22, Tunus'ta %19, Kore'de %21 ve Ürdün'de %10'dur.

Eğitimdeki yatırım harcamaları, 1977 yılından bu yana gerek toplam yatırım harcamalarına olan oran olarak, gerekse reel anlamda azalma eğilimi göstermektedir. 1968 yılında eğitim sektörü (toplam) tüm yatırımların % 12'sini teşkil ederken, 1985'te bu oran % 3,8'e düşmüştür. Azalmanın bu derece olması eğitim hizmetlerinin hacminin büyümesinden kaynaklanmaktadır. Nitekim, eğitim yatırımları azalırken, okul ve üniversitelere girenlerin sayısı çok hızlı artmıştır (Bkz. ek tablo: 2).

Son üç yılda (1983-85) devlet bütçesinde yer alan MEB ve YÖK'ün okul harcamaları yıllık % 10 oranında azalma göstermiştir. (Ek tablo: 3). Eğitim ve öğretimin finansmanındaki bu düşüş eğitimin kalitesi bakımından önemli etkiler doğurmuştur.

Bir ülkede eğitim harcamalarının ve dolayısıyla eğitim hizmetlerinin durumunu gösteren bir ölçü de genel ve çeşitli eğitim kademeleri itibariyle birim maliyetleridir.

Ülkemizde fert başına düşen eğitim harcamalarının gerçek seviyesi düşüktür ve bu da etkin olmayan bir sistemin göstergesini teşkil etmektedir. Son üç yılda eğitim sektörüne tahsis edilen cari harcamalarda % 13'lük bir düşüş izlenmekte ve bu durum eğitim kalitesinde zararlı etkiler göstermektedir.

Birim maliyetlerin çeşitli eğitim kurumları arasındaki dağılımında da olağan sayılmayan bir benzerlik mevcuttur. Nitekim, 1984'de birim maliyetler (1983 fiyatlarıyla) ilkokulda 49 \$, genel lisede 189 dolar, teknik lisede 196 dolar, turizm ve ticaret liselerinde 157 dolar ve üniversitede 601 dolar'dır. (Bkz. Ek tablo: 7).

Birim maliyetler açısından genel ve teknik liseler arasında benzerlik pek olağan değildir. Zira, kural olarak teknik liselerde birim maliyetler genel liseye nazaran daha yüksek olur. Bu farklılık da, teknik liselerin araç, malzeme ve diğer atelye gereçleri ihtiyacından kaynaklanmaktadır.

a) *Millî Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı (MEGSB) :*

Millî eğitim, harcamalarının % 15'ini yatırım, % 85'ini carî harcamalara ayırmaktadır (Ek tablo: 4). Yatırım, harcamalarının çoğu (% 75'i) arsa alımına ve yeni binaların yapımına, % 13'ü ise malzeme alımına gitmektedir. Yatırımların çoğu ilk öğrenim (% 54), genel lise (orta öğretim) (% 13) ve teknik orta öğretime (% 10) yapılmaktadır (Ek tablo: 5).

Millî eğitim carî harcamalarının çoğu maaş ve ücretlere gitmektedir (%90,, Ek tablo: 6). Bu oldukça yüksek bir orandır. Harcamalardan en yüksek payı ilk ve orta öğretim almıştır. Bunların 1984 yılındaki harcamalar içindeki payı % 62'dir. Genel lise öğretimi toplam carî harcamalarda % 14,5, endüstri meslekî (teknik) öğretimi % 15, kız meslek okulları % 3, ticaret okulları % 2 ve yetişkinlerin eğitimi % 4 pay almıştır.

b) *Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) :*

Türkiye'de mevcut 27 üniversitenin 3'ü büyük ve gelişmiştir. 1982 yılında kurulan 6 üniversite gelişmemiş bölgelerde yer almış gelişme içinde olan üniversitelerdir. Bu üniversiteler; Atatürk, Cumhuriyet, Dicle, Fırat, İnönü ve 100. Yıl Üniversiteleridir. 1984 yılında, YÖK bütçesinin % 15'i yatırım harcamalarına ayrılmıştır. Bunun büyük bir bölümü binaların inşasına gitmiştir.

1984 yılında personel maliyeti toplam carî harcamaların % 68'ine ulaşmıştır. Transfer ödemeleri, özellikle borç geri ödemeleri toplam carî harcamaların % 8'ini yakacak giderleri ise % 5'ini teşkil etmiştir. Lojman, yurt, yemek ve ulaşım giderleri carî harcamalardan önemli pay alan kalemlerdir.

Eğitim hizmetleri kamuca finanse edilen yatırım harcamalarının (toplam kamu yatırımlarının) % 4'ünü teşkil etmektedir. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (1985-1989) döneminde miktar olarak 326,5 milyar TL. (1983 fiyatlarıyla) olacağı öngörülmektedir. Özel sektörün eğitim yatırımlarındaki payının % 4 dolaylarında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Bu dönemde eğitim yatırımlarının; yüksek öğretim % 26,8, orta okullar % 21,4, genel ve meslek liseleri % 12,7, ilkokul % 20,8, okul öncesi, % 6,1 şeklinde dağılacağı düşünülmektedir.

2 — Eğitim Hizmetlerinde Ve Finansmanında Ortaya Çıkan Sorunlar

Bugün ülkemizde eğitim hizmetleri alanında iki önemli sorun bulunmaktadır. Bunlardan birincisi hizmetin kalitesinin düşmesi, diğeri bu kalite düşüşüne sebep olan ve düşüşü hızlandıran, sektöre tahsis edilen kaynaklardaki azalmadır.

Son üç yılda MEGSB'nin cari bütçesi yıllık %10'luk bir oranla azalmıştır. Buna karşılık okullara kayıt yıllık %3,5 artmıştır. Birim başına düşen cari harcama aynı dönemde daha hızlı düşmüş ve bu düşüş % 13 olmuştur. Tahsisatlar azdır, öğretmen maaşları yeterli değildir. Öğretmenler meslekî tatminsizlik içinde bulunmakta ve malî imkânsızlıklarla malzeme yetersizliğinden şikâyet etmektedirler. Kaliteyi sağlamak bakımından bu hususlar oldukça önemlidir. MEGSB ve YÖK bu durumu gidermek için Okul Aile Birliklerinin ve öğrencilerin katkılarını genişletme yönünde çalışmalar yapmaktadır. Ancak, bu faaliyetlerin bir sınırı vardır ve fonların azlığı sistemi olumsuz yönde etkilemektedir. Eğitim ve öğretimin her seviyesinde artan talepleri karşılamak için önemli araçlara ihtiyaç bulunmaktadır. Diğer sektörlerdeki yatırımların öncelikleri ne olursa olsun, eğitim hizmetleri alanına kaynak bakımından öncelik verilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde şu andaki eğitim öğretim sisteminde önemli bazı yetersizlikler mevcuttur. Aşağıda ele alınan belli başlı hususlarda gerekli tedbirlerin alınması, iyileştirmeler yapılması yeniden yatırım için gerekli olan malî tasarrufu sağlayabilecektir.

a) Öğretmen Öğrenci Rasyosu :

Bu oran, ilk, orta ve liselerde sabit şekilde azalmaktadır. Ve şu anda oldukça düşüktür. 1984-1985 yılında bu oran ilk okulda 31-1, orta okulda 23-1 ve lisede ise 12-1 seviyesindedir. Bu oranlar düşüktür ve Millî Eğitim Bakanlığı'nın standartlarına uymamaktadır. Bu standartlar ilk ve orta okul için 40-1'dir. Bu husus öğretmenlerin verimsiz kullanımını göstermektedir. Eğer Millî Eğitim Bakanlığı ilk okulda 40-1 ve orta okulda 35-1 oranlarına ulaşmayı sağlayabilir ve orta okula girenlerin sayısında yıllık % 0,5 oranında bir artış oranı temin edebilirse 1987-2000 yılları arasındaki dönemde net tasarrufun 3.888 milyar lira olacağı hesaplanmıştır. (1984 fiyatlarıyla) Bu miktar ilk ve orta okulların 1984 bütçesinin % 135'idir. (Document of The World Bank, Report No. 6239-TU, s. 8).

1983-1984'de 322.320 öğrenci ve 21.000 öğretim elemanı bulunmak-

tadır. Bu durumda 15-1 olan rasyo üniversite için normal sayılabilmektedir. Bu rasyo normal olarak tıpta daha da düşmektedir.

b) Okullarda ve Üniversitede Randıman :

Şu anda ilk okulda kayıtlı olanların % 9'u sınıfta kalanları teşkil etmektedir. Orta öğretimde bu oran % 19'dur. Eğer okul randımanı ilk ve orta okulda sınıfta kalmaları sıfıra indirebilirse 1987-2000 yılları arasında tasarruf 82 milyar olacaktır. Bu miktar 1984 bütçesinin %27'sidir (Aynı rapor, s. 10).

Üniversite seviyesinde sınıfta kalma oldukça yüksek seviyelerdedir. 1984 Haziranı itibariyle öğrencilerin 4 yıllık öğrenimi bitirme süresi ortalama 4.75'dir. Bu durum, öğrencilerin dörtte birinin 1 yıl kaybettiğini göstermektedir. Bunun ortadan kaldırılması halinde önemli miktarda tasarruf sağlanabilir.

Sınıfta kalmadan başka ÖSYS sistemi de 1-2 yıl yüksek öğrenime devam edenlere üniversiteye kayıt imkânı tanımakla verimsizlikleri artırmaktadır. 1985 yılında 88.000 kişi olan bu grubun imtihan maliyeti artırmaktadır. Bu şekilde okul değiştirmede israfa sebep olmaktadır.

c) Okul Binalarının Durumu :

Gerek Millî Eğitimin okul binalarında gerekse üniversite binalarında ısınma problemi vardır ve bu durum ek ısıtma masrafı gerektirmektedir. Özellikle okul binaları eski modeldir ve çoğu harap vaziyettedir. Okul binalarının modelinin inşaat ve bakım maliyetini düşürmek için değiştirilmesi gereklidir.

Bu arada kırsal alanlara ilkokul temin etme amacı ile okulların büyüklüğünün düştüğü görülmektedir. Aynı zamanda okula düşen öğretmen artmakta ve öğrenci-öğretmen rasyosu azalmaktadır. Bu durum genel verimliliği etkilediğinden yeni okul yerleştirme politikası ve uygulamasının gerçekleştirilmesi zorunlu olmaktadır.

d) Bilgi Plân, Araştırma :

Eğitimle ilgili bilgiler genellikle eski ve yetersizdir. Eğitim plâncıların doğru karar verebilmeleri için maliyetlerle ilgili bilgi ve verilerin temini gerekir. Yetersiz bilgi ek maliyetleri artırmakta bir unsur teşkil etmektedir. Ayrıca eğitimde araştırma geliştirme hizmetlerinin yeterli seviyede olmayışı da hem eğitimin kalitesini düşürmek-

te hem de çağdaş bilim ve teknolojiye ayak uydurmada ve bilim ve teknoloji üretiminde dışa bağımlılığın sürdürülmesine sebep olmaktadır.

Buraya kadar verilen bilgilerin ışığında Türkiye'de eğitim hizmetlerinin temel özellik ve sorunlarıyla, kamuca finansmanın imkân ve kaynakları ana hatlarıyla ortaya konmaya çalışılmıştır.

B. Eğitim Hizmetlerinde Kamu Finansmanına Ek Olarak Uygulanan Finansman Teknikleri :

Ülkemizde halen eğitim hizmetleri genel olarak doğrudan finansman yöntemi olan vergilerle finanse edilmekte, çok az bir kısmı özel eğitim kurumları tarafından gerçekleştirilmektedir. 3035 sayılı kanunla değişik 625 Sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu ile her seviyede eğitim ve öğretim (okul öncesi, ilköğretim, ortaöğretim, v.b.) özel hukuk tüzel kişileri tarafından yerine getirilebilmektedir.

Ayrıca örgün eğitim dışında eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinde özel kesim ve gönüllü sosyal organizasyonların da önemli katkıları bulunmaktadır. Bu tür faaliyetler arasında özellikle sanayi ve mesleki kuruluşların, vakıf ve derneklerin eğitim, kültür ve araştırma hizmetlerini sayabiliriz. Son yıllarda eğitim ve öğretimin kalkınma hareketi içindeki öneminin daha iyi anlaşılması ile bu tür kurum ve kuruluşlar eğitim ve kültür faaliyetlerine yaygın bir şekilde destek olmaya başlamışlardır.

1 — Yüksek Öğretim Öncesi Eğitim Hizmetlerinde Durum :

Ülkemizde eğitim hizmetlerinin devlet yanında özel kuruluşlarca da gerçekleştirilebilmesi için 1965 yılında 625 sayılı «Özel Öğretim Kurumları Kanunu» yürürlüğe konulmuştur. Özel kuruluşların eğitim-öğretim alanında hizmet verebilmelerine ilişkin Anayasamızda da bazı hükümler bulunmaktadır. 1982 Anayasasının 42. maddesinde «Eğitim ve Öğretim Hakkı ve Ödevi» başlığı altında şu hükümler yer almıştır :

«Kimse eğitim ve öğretim hakkından yoksun bırakılamaz.

Öğrenim hakkının kapsamı kanunla tesbit edilir ve düzenlenir.

Eğitim ve öğretim, Atatürk ilkeleri ve inkılâpları doğrultusunda, çağdaş bilim ve eğitim esaslarına göre, devletin gözetim ve denetimi altında yapılır. Bu esaslara aykırı eğitim ve öğretim yerleri açılmaz.

Eğitim ve öğretim hürriyeti, Anayasaya sadakat borcunu ortadan kaldırmaz.

İlköğretim, kız ve erkek bütün vatandaşlar için Devlet okullarında parasızdır.

Özel ilk ve orta dereceli okulların bağlı olduğu esaslar devlet okulları ile erişilmek istenen seviyeye uygun olarak kanunla düzenlenir.»

Anlaşıldığı gibi ülkemizde özel eğitim kurumlarına ilişkin esasların kanunla düzenleneceği belirtilmiştir. Daha önceki anayasalarımızın amir hükümleri gereği yürürlüğe konulan 625 sayılı kanun halen yürürlükte bulunmakla birlikte bir kısım maddeleri 11.7.1984 tarih ve 3035 sayılı kanunla değiştirilmiştir. Söz konusu kanunun 1. maddesi ile kanun kapsamı şu şekilde genişletilmiştir.

«Bu kanun, Türkiye Cumhuriyeti uyruklu gerçek kişiler, özel hukuk tüzel kişileri veya özel hukuk hükümlerine göre yönetilen tüzel kişiler tarafından açılan okul öncesi eğitim, ilköğretim, orta öğretim kurumları ve bu düzeyde haberleşme ile öğretim yapan kuruluşlar, çeşitli kurslar dershaneler, öğrenci etüd eğitim merkezleri, biçki dikiş yurtları ve benzeri kurumların kurum açma, öğretime başlama, eğitim, öğretim, yönetim, denetim ve gözetimi ile yabancılar tarafından açılmış bulunan özel eğitim kurumlarının eğitim, öğretim, yönetim, denetim ve gözetimi konularındaki hükümleri kapsar» (3035 S.K. md. 1).

Eğitim malında kamu finansman yükünü azaltmak amacıyla söz konusu 625 sayılı kanunda özel kuruluşları teşvik edici çok önemli bir hükümde yürürlüğe konulmuştur: «Özel kreşler, ana okulları ve meslek okulları ile kalkınmada öncelikli yörelerde açılacak özel okullar öğretime başladıkları tarihten itibaren on yıl süreyle gelir vergisinden ve kurumlar vergisinden muaf tutulurlar. Diğer bölgelerde açılacak özel okullar ise bu muafiyetten beş yıl süreyle yararlanırlar. Ayrıca eğitim ile ilgili olarak bu kanuna göre yapılacak yatırımlar kalkınma planı ve programlarındaki uygun görülen teşvik araçlarından yararlandırılır.»

İlk ve orta öğretimde örgün eğitim hizmeti veren özel okullar yanında, endüstri-okul işbirliği esasına dayanan ve meslekî okul öğrencilerine beceri kazandırmayı amaçlayan bir uygulamadan da söz etmek yerinde olur. 19 Haziran 1986 tarih ve 19139 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 3308 sayılı «Çıraklık ve Meslek Eğitimi Kanunu» çırak, kalfa ve ustaların eğitimi ile işletmelerde yapılacak meslekî eğitime ilişkin esasları düzenlemektedir. Kanun bir yandan çeşitli sanayi ve meslekî kuruluşlardaki çırak, kalfa ve ustaların eğitimini belirli bir düzene bağlarken, bir yandan da meslekî ve teknik öğretim kurumu endüstri-okul işbirliği çerçevesinde meslekî eğitim

görerek beceri kazanmalarına imkân tanımaktadır. Kanunun amacına uygun fonksiyon görebilmesi için «Çıracılık, Meslekî ve Teknik Eğitimi Geliştirme ve Yaygınlaştırma Fonu» teşkil edilmiştir.

Ülkemizde özellikle 1980 sonrasındaki gelişmeler karşısında bir taraftan özel okulların sayısında hızlı bir artış görülürken diğer taraftan da özel sektör sanayi kuruluşlarının ve gönüllü sosyal birliklerin eğitim öğretim hizmetlerine katkısında önemli artışlar olmuştur.

Çeşitli eğitim kademelerinde ve yaygın eğitim hizmetlerinde son yıllardaki gelişmeler izlendiğinde şu tesbitler yapılabilir :

— 1985-1986 öğretim yılı itibariyle okul öncesi öğretim kurumlarında resmî ve özel okul, öğrenci ve öğretmen sayılarını gösteren tablo aşağıya çıkarılmıştır.

TABLO : 1

OKUL ÇEŞİDİ	1985-1986 Öğretim Yılında Okul Öncesi Durum			
	Okul Sayısı	Sınıf Sayısı	Öğrenci Sayısı	Öğretmen Sayısı
RESMÎ				
Anaokulu	16	—	1720	138
Uygulama Anadolu Anasınıfı	276	—	7499	834
Alt Özel Sınıf	—	3076	85153	4545
ÖZEL		1		
Türk Anaokulu	87	—	3607	230
Türk Anasınıfı	—	—	40	2
Yab. ve Anaokulu	5	—	185	8
Yab. ve Az. Anasınıfı	—	12	517	19
TOPLAM	384	3711	106741	6302

Kaynak : «DPT ve MEGSB»

Tablonun incelenmesinden görüleceği gibi okul sayısında özel okul ile resmi okulların dağılımı sırasıyla % 2,5 ve % 97,5; öğrenci ve öğretmen sayısındaki dağılım % 4 ve % 96 şeklindedir.

— Özel okullardaki sayısal gelişme aşağıdaki gibidir :

Özel okul sayısı 1961-62 döneminde 159 iken sonraki yıllarda önce bir artış göstermiş, 1970-71 döneminden itibaren azalma seyri göstererek 1981-1982 öğretim yılında 100'e kadar düşmüştür. Özel okullardaki öğretmen sayısında da aynı gelişme seyrini izlemek mümkündür.

Özel ilkokullardaki öğrenci sayısı 1961-1962 öğretim yılında 26.050 iken sonraki yıllarda çok az sayıda artma veya azalma göstermiş 1981-82 öğretim yılında 27.976 sayısına ulaşmıştır. Ek Tablo: 9'da görülece-

ği gibi son yıllarda okul, öğretmen sayısında belirli bir azalma olurken, öğrenci sayısında artış görülmüştür.

— 1961-1982 döneminde özel orta okullardaki sayısal gelişme Ek Tablo: 10'da verilmiştir. Tablonun incelenmesinden de görüleceği gibi, özel orta okullarda anılan dönemde okul sayısı 80-100 civarında seyretmiş, buna mukabil öğretmen sayısında son yıllarda önemli azalmalar olmuştur. Aynı şekilde öğrenci sayısı da çok az farklarla yıllar itibariyle bazen artış bazen de azalma göstermiştir.

— 1985-1986 Öğretim Yılı itibariyle lise seviyesinde öğretim veren özel ve resmi okul ve öğrenci sayısı aşağıdaki gibidir.

TABLO : 2

OKUL ÇEŞİDİ	1985-1986 Öğretim Yılında Genel Liselerde Durum		
	Okul Sayısı	Öğrenci Sayısı	Okullaşma Oranı
RESMİ			
Lise	1137	584018	45277
Fen Lisesi	5	1100	108
Anadolu Lisesi	29	11145	1212
Öğretmen Lisesi	29	10939	984
Akşam Lisesi	10	1610	33
ÖZEL			
Türk Lisesi	58	14155	2311
Yab. ve Azın. Lis.	25	1712	653
TOPLAM	1293	627679	50578

Kaynak : «DPT ve MEGSB»

Tablodan da görüleceği gibi, lise seviyesinde toplam okul sayısının %6,5'u resmi; öğrenci sayısının %3'ü özel, %97'si resmi şeklinde bir dağılım göstermektedir.

Özel öğretim kurumlarıyla ilgili olarak verilen istatistiki bilgilerden de anlaşılacağı üzere, Türkiye'de ilk ve orta öğretim seviyesinde özel öğretim kurumları düşük bir seviyede kalmaktadır. Devletin eğitim hizmetlerinin finansmanına sınırlı kaynak ayırabilmesi söz konusu olduğuna göre, özel eğitim ilk, orta ve lisede mümkün olan her sahada teşvik edilmelidir.

2 — Yüksek Öğretimdeki Durum :

Ülkemizde yüksek öğretim hizmetleri de ötedenberi geniş ölçüde vergilerle finanse edilmektedir. Bilindiği üzere yüksek öğretim

hizmetleri ülkemizde katma bütçeli idareler olan üniversiteler tarafından yürütülmektedir. Üniversiteler, kendi öz gelirlerinin çok yetersiz olması nedeniyle genel bütçeden önemli oranda pay almak durumundadırlar. Bu bakımdan esasen yüksek öğretim hizmetleri ülkemizde doğrudan finansman yöntemi ile finanse edilmektedir. Ancak 1984 yılından itibaren ülkemize yüksek öğretim hizmetlerinde vergi ile finansman yanında harç uygulamasına da geçilmiştir.

a) 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 2880 sayılı kanunla değişik 46. maddesi ile üniversitelerde öğrencilerin devam ettikleri öğrenim dalları dikkate alınarak maliyet bedelinin en çok beşte biri seviyesinde olabilecek biçimde harç ödemek zorunda oldukları hükmü getirilmiştir. Söz konusu azamî sınır dikkate alınarak her yıl ödenecek harç miktarını belirleme yetkisi Bakanlar Kuruluna verilmiştir. Söz konusu maddede isteyen öğrencilerin harçlarının borçlanma veya hizmet yükümlülüğü karşılığı olarak devlet tarafından ödenebileceği belirtilmiştir.

46. maddede öğrencilerden alınacak harçların her üniversite bütçesinde açılacak bir «Harçlar Fonu»nda toplanması öngörülmüştür.

2547 sayılı Kanunun 2880 sayılı kanunla değişik 47. maddesinin (a) fıkrasında yüksek öğretim kurumlarının; Yüksek Öğrenim Kurulunun yapacağı plan ve programlar uyarınca öğrencilerin beden ve ruh sağlığının korunması, barınma, beslenme, çalışma, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme gibi sosyal ihtiyaçları karşılamak ve bu amaçla, bütçe imkânları nisbetinde okuma salonları, yataklı sağlık merkezleri, mediko-sosyal merkezleri, öğrenci kantin ve lokantaları açmak, toplantı, sinema ve tiyatro salonları, spor salon ve sahaları, kamp yerleri sağlamakla ve bunlardan öğrencilerin en iyi şekilde yararlanmaları için gerekli önlemleri almakla görevlendirmektedir (Bkz.: 19.8.1983 tarih ve 18140 sayılı R.G.). Böylece 46. maddeye göre öğrencilerden alınarak öğrenci Sosyal Fonu'na aktarılan harçlar 47. maddede belirtilen usul ve esaslar dahilinde öğrencilerin, beslenme, barınma, sağlık kültürel ve sportif faaliyetleri için kullanılmaya başlanmıştır.

Söz konusu 46. madde uyarınca öğrencilerden alınacak harç miktarları Bakanlar Kurulunca yıllar itibariyle şu şekilde belirlenmiştir.

TABLO : 3
ÖĞRETİM DALLARINA GÖRE ALINACAK HARÇ TUTARLARI (*)

YÜKSEK ÖĞRETİM KURUMLARI	HARÇ MİKTARLARI		
	1984-85	1985-86	1986-87
I. GRUP : Tıp Fakülteleri	50.000	100.000	100.000
II. GRUP : Diş Hekimliği, Eczacılık, Veteriner Fakülteleri	40.000	80.000	80.000
III. GRUP : Tıbbi Biyolojik Bilimler Eğitim-Öğretim Programı, Mühendislik-Mimarlık Fakülteleri, Fen, Ziraat ve Orman Fakülteleri, Fen-Edebiyat Fakülteleri (Fen Programları)	35.000	70.000	70.000
IV. GRUP : Hukuk, Siyasal Bilgiler, Siyasal Bilimler, İktisat, İşletme, İktisadi ve İdari Bilimler, Dil, Tarih, Coğrafya, Fen-Edebiyat Fakülteleri (Edebiyat ve Sosyal Bilimler Prog.), Eğitim, Öğretim Bilimleri, Mesleki Eğitim, Teknik Eğitim, Güzel Sanatlar, İlahiyat Fakültesi.	20.000	40.000	40.000
V. GRUP : Yabancı Dil Destek Birimleri, Yabancı Dil Hazırlık Sınıfları, Konservatuarlar, Dört Yıllık Yüksek Okullar, İki Yıllık Yüksek Okullar, Hazırlık Okulları, Açık Öğretim Fakülteleri.	10.000	20.000	20.000

(*) 16 Ağustos 1985 tarih ve 18844 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanan 85/9743 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı.

Uygulamada yukarıda belirtilen harç miktarlarının yarısı borç senedi, diğer yarısı da nakit olarak alınmakta, nakden ödenecek bölümü, üç eşit taksitte ödenirken (1984/85 ders yılı için dört taksit) uzun vadeli faizsiz borç senedi ile ödenecek olan kısmın öğrencilerin eğitim programlarını tamamlamalarından iki yıl sonra başlamak ve yılda üç eşit taksitte olmak üzere, yüksek öğretim programının normal eğitim süresi kadar yıl içinde faizsiz olarak tahsil edilmesi öngörülmektedir. (Savaş ve Ertel, 1987, s. 31).

16 Ağustos 1985 tarih ve 18844 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan Bakanlar Kurulu kararının 12. maddesi yabancı uyruklu öğrencilerden alınacak ücretlerin mevcut harçların beş katına kadar ve döviz olarak tahsilini öngörmektedir. Bu öğrencilerden alınacak harç miktarının tesbiti için Yüksek Öğretim Kurulu yetkili kılınmış ve Yüksek Öğretim Kurulu da yabancı uyruklu öğrencilerin mevcut harçların üç katını, döviz olarak ve peşin ödemelerini karara bağlamıştır.

İkili anlaşmalar kapsamına giren yabancı uyruklu öğrencilerden müteakabiliyet esasına göre ücret alınmaktadır.

Harç uygulamasının yabancı dilde eğitim yapan kurumlarda %20 fazlası; dışarıdan (extern) eğitim yapan öğrenciler için %20 eksiği ile uygulanacağı, başarısızlık sebebi ile normal eğitim süresi üstünde öğrenim yapılan süreler için ise %50 fazlasıyla uygulanacağı her iki Bakanlar Kurulu kararında da yer almaktadır. Harçları ödeyemeyecek durumda olan T.C. uyruklu öğrencilere harç tutarının en fazla yarısı, Yüksek Öğretim Kredi ve Yurtlar Kurumu tarafından «harç kredisi» olarak verilebilmektedir. Bu kredilere ilişkin işlem ve esaslar ile öğrencilerin yükümlülükleri Maliye ve Gümrük Bakanlığı ile Yüksek Öğretim Kredi ve Yurtlar Kurumunca çıkarılan yönetmelik hükümlerine göre yürütülebilmektedir.

Bu esaslar çerçevesinde 1984-1985 öğretim yılında başlayan harç uygulaması yüksek öğretimde doğrudan finansman yöntemi olan vergiler yanısıra önemli bir gelir kaynağı oluşturmuştur. 1984 yılı içerisinde üniversitelerin kendi öz gelirleri içinde harç gelirlerinin payı % 8 iken bu oran 1985 yılında %33, 1986 yılında ise % 59 olarak tahmin edilmiştir (Savaş ve Ertel, 1987, s. 33).

b) Vakıf Üniversiteleri : 1982 Anayasasının 130. maddesinin 2. fıkrası Türk Yüksek Öğretim sistemine «vakıf üniversiteleri» (Vakıf yüksek öğretim kurumları) kavramlarını sokmuştur. Söz konusu fıkrada «...kazanç amacına yönelik olmamak şartı ile vakıflar tarafından Devletin gözetim ve denetimi altında yüksek öğretim kurumları kurulabilir.» hükmü yer almıştır. Anayasanın bu amir hükmü çerçevesinde 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununa 17.8.1983 tarih ve 2880 sayılı kanun ile ek maddeler eklenmiş ve bu maddeler de vakıf üniversitelerine ilişkin hükümler yer almıştır. Şimdi bu ek maddelerde yer alan hükümleri kısaca inceleyelim.

«Vakıflar kazanç amacına yönelik olmamak şartıyla mali ve idari hususlar dışında, akademik çalışmalar, öğretim elemanlarının sağlanması ve güvenlik yönlerinden bu kanunda gösterilen usul ve esaslara uymak kaydıyla, yüksek öğretim kurumları veya bunlara bağlı birimlerden birini veya birden fazlasını kurabilirler. (Ek madde 2).

Vakıf veya birden fazla vakfın yetkili yönetim organlarının yüksek öğretim müessesesi kurma ile ilgili karar veya kararları Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün olumlu yazısıyla birlikte ve aşağıdaki belgelerle Yüksek Öğretim Başkanlığı'na sunulur.

- a) Kurulacak yüksek öğretim kurumunun bina, araç, gereç ve diğer maddi yapılara sahip olduğunu ve malzemelerinin hazır bulunduğunu veya bunların sağlanması için yeteri kadar mablağın tahsis edildiğini gösterir bir belge,

- b) Kurulacak yüksek öğretim kurumunun bir yıllık her çeşit işletme ve diğer carî masraflarının en az yüzde 20'sini karşılayacak bir paranın, malın, ekonomik değeri olan bir hakkın veya gelirin mevcut olduğunu veya buna tahsis edildiğini gösterir bir belge,
- c) Kurulacak yüksek öğretim kurumunun ve bunlara bağlı birimlerin adlarını bildiren belge ile kurumun eğitim, öğretim, mali ve idarî konularda uygulayacağı esasları gösteren taahhüt belgesi,
- d) Vakıf yüksek öğretim kurumunun eğitim öğretim fonksiyonunu yerine getiremeyeceğinin anlaşılması halinde, bu madde ile yüksek öğretim kurumuna tahsis edilenlere yapılacak işlemleri gösterir belge,

Yüksek öğretim kurulu belgeler üzerinde gerekli incelemeleri yaptıktan sonra bunları görüş ve önerileri ile birlikte Millî Eğitim Bakanlığı'na sunar.

Yüksek Öğretim Kanunu'nun geçici 4 ve müteakip maddelerinde vakıf üniversitelerinin idarî örgütlenmesine ilişkin esaslar belirlenmiştir. Ülkemizde ilk vakıf yüksek öğretim kurumu olarak 1986-1987 öğretim yılında Bilkent Üniversitesi açılmıştır. Anlaşıldığı üzere, *vakıf yüksek öğretim kurumları kamunun eğitime ayracağı kaynakların azaltılmasına neden olacağından, eğitimin finansmanında önemli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır.*

3 — Yaygın Eğitim-Öğretim Hizmetlerinde Durum :

Yaygın eğitim bilindiği gibi, örgün eğitim görmemiş ya da yeterince yararlanamamış her düzeydeki kişiye ve onların ihtiyaçlarına yönelik geniş kitlelere ulaşabilen bir eğitim şeklidir. Yaygın eğitim, örgün eğitim dışında; Hukuk eğitimi, yetişkin eğitimi, kitle eğitimi gibi adlar altında kamu ve özel kurum ve kuruluşlar ile gönüllü kuruluşlar tarafından yürütülen faaliyetleri kapsamaktadır. Okuma yazma seferberliği, genel meslekî teknik kurslar, çıraklık eğitimi, hizmet içi eğitim, yaygın eğitim hizmetlerinin belli başlı örnekleridir. Son olarak açık öğretim fakültesi aracılığı ile televizyon yeni bir yaygın eğitim faaliyetine başlamış bulunmaktadır.

Ülkemizde, eğitimden beklenen görevlerin yalnızca örgün eğitimce yerine getirilmesi mümkün olamayacağına göre, yaygın eğitimin bu alanda en etkili bir şekilde kullanılması zorunluluğu doğmaktadır. Ni-

tekim günümüzde gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda yaygın eğitim alanındaki faaliyetlerin kalkınmaya ve sosyal gelişmeye destek olacak biçimde geliştirilmesine gittikçe artan bir önem verilmektedir.

Yaygın eğitimin çok sayıda kişiye hitap etmesi, iyi yönlendirildiğinde kişinin ve toplumun gelişmesine katkıda bulunma potansiyelinin yüksek olması, maliyetinin düşük bulunması bu sistemin tercih edilmesine yol açmaktadır.

Ülkemizde gerçekleştirilmiş olan ve halen sürdürülmekte bulunan yaygın eğitim programlarına bir bütün olarak bakıldığında, elde edilen başarıların yanı sıra birtakım eksiklikler ve zaafılar da göze çarpmaktadır. Bu hususları şöyle özetleyebiliriz :

Ülkemizde yaygın eğitime, ek bir faaliyet, ihmal edilebilir bir eğitim şekli olarak bakılmaktadır. Bu durum yaygın eğitim alanına hizmetin genişliği ile orantılı imkânlar verilmesine engel olmaktadır. Bunun sonucu olarak, teşkilatlanma ve bu alandaki istihdam yetersiz kalmıştır.

— Yaygın eğitim faaliyetleri dağınıktır. Hangi kurumların ne gibi eğitim programı planladıkları, uyguladıkları ve sonuç aldıkları hakkında elde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Kurumlar arasında bilgi alışverişinde eksiklikler bulunması, kalkınma açısından önem taşıyan faaliyetlerde boşluklara, gereksiz tekrarlara yol açabilmektedir.

— Yaygın eğitim faaliyetleri genellikle dar malî imkânlarla yürütülmektedir. Özellikle kamu kesiminde yaygın eğitim faaliyetlerinin yapıldığı binalar bakımsızdır, kadrolar eksik ve istikrarsızdır. Araç ve gereçler çok eksiktir. Bu alanda bugüne kadar sağlıklı bir finansman politikası geliştirilememiştir. Hangi tür faaliyetlerin hizmeti veren kuruluşlarca finanse edileceği hangi tür faaliyetlerin ise hizmetten faydalanan kişi veya kuruluşlarca karşılanması gerektiği kesin olarak belirlenememiştir. Çok geniş kitlelerin değişik ihtiyaçlarına cevap veren yaygın eğitim gibi bir hizmetin, sadece kamu fonları ile yürütülmesi beklenmemelidir.

SONUÇ :

Gelişmekte olan ülkelerde çağımızda sürdürülen kalkınma mücadelesi bu ülkelerde eğitim-öğretim ve araştırma hizmetlerini sürükleyici unsur haline getirmiştir. Ciddi bir yapısal değişim süreci geçiren Türkiye'de de bugün ulaşılan gelişme aşamasında, çağdaş bilim ve teknoloji seviyesine ulaşma ve gelişmiş ülkelerle çeşitli yönlerden bütün-

leşme hedeflerine uygun olarak, eğitim-öğretim hizmetleri ile bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetleri son derece önem kazanmıştır.

Kalkınma hareketini başarı ile sürdüren ülkemizde devletin üzerine düşen görevlerin ağırlığı karşısında, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetlerine yeterli kaynak temininde büyük sıkıntı görülmektedir. Eğitim hizmetinin topyekûn kalkınma hareketi ve teknolojik yenilik yönünden taşıdığı önem, bu hizmetlere ilave kaynak bulunmasını zorunlu kılmaktadır.

Halen Türkiye'nin ulaştığı kalkınma merhalesinde eğitim hizmetlerinin kamu ve özel sektör katkılarıyla miktar ve kalite yönünden beklenen seviyeye çıkarılması mümkün ve gereklidir. Bir yandan kamu kesiminin eğitim hizmetleri alanında israfı önleyici bir tutum içinde daha az kaynak ile daha çok eğitim hizmeti vermesi, diğer yandan da özel sektör ve gönüllü sosyal birliklerin paralı öğretim, sanayide eğitim, hizmet içi eğitim ve kamu yararına eğitim ve araştırma faaliyetine daha yakın bir ilgi ve daha fazla destek vermeleri sayesinde eğitim hizmetlerinin arzu edilen seviyede sunulmasına imkân verilmiş olacaktır.

Türkiye'de eğitim hizmetlerinin daha verimli hale getirilmesi ve eğitime ek finansman temini yönünden daha önce belirtilen tedbirler yanında aşağıdaki tedbirler de düşünülebilir:

- Meslekî liseler için iki yıllık pilot eğitim başlatılmalıdır. Halen uygulanmakta olan üç yıllık süre uzundur ve maliyeti artırmaktadır.
- Vergi rejimi, işverenlerin eğitim hizmetlerini finanse etmelerini teşvik edici yönde düzenlenmelidir.
- Eğitim kurumlarındaki döner sermaye işletmeciliği halen verimsiz çalışmaktadır. Bu kuruluşların eğitim hizmetlerine arzu edilen seviyede katkıda bulunmasını temin amacıyla;
- ☆ Her türlü okul ve eğitim kurumunun döner sermaye kurabilmesi imkânı getirilmeli,
- ☆ Bunların sermaye miktarları arttırılmalı,
- ☆ Döner sermaye işletmelerinin yıllık kârlarının önemli bir kısmının döner sermayede kalması sağlanmalıdır.

— Ara eleman yetiştiren Meslek Yüksek Okulları öğretim elemanı, atelye ve eğitim malzemeleri yönünden takviye edilerek piyasanın ihtiyacını karşılayacak kalitede öğrenci yetiştirebilecek seviyeye yükseltilmelidir.

— Çıracılık ve Meslek Eğitim Kanunu ile yeni bir anlayışla düzenlenen endüstri-egitim ilişkilerinin kanunun amaç ve ruhuna uygun bir şekilde yürütülmesi temin edilmelidir.

EK TABLO : 2

Toplam Yatırımlar, Eğitim Yatırımları (Milyar TL.) ve İlkokul, Ortaokul, Lise, Üniversite Öğrenci Sayısı

Yıllar	Toplam Yatırım	Eğitim Yatır.	Top. Yat. İçinde Eğit. Yat.	1985 Fiyat. Eğit. Yat.	İlkokul Öğ. Say. (Milyon)	Orta Ok. Öğ. Say. (Milyon)	Lise Öğ. Say. (Milyon)	Üniversite Öğr. Say. (Bin)
68	10.1	1.2	11.9	N.A.	4.7	0.64	0.394	140
69	11.8	1.2	10.2	N.A.	4.8	0.70	0.432	147
70	12.8	1.3	10.2	N.A.	4.9	0.78	0.480	159
71	15.0	1.4	9.3	N.A.	5.0	0.85	0.515	150
72	20.6	1.5	7.3	91.8	5.2	0.89	0.533	168
73	25.9	2.3	8.9	125.9	5.3	0.90	0.589	177
74	39.0	3.5	9.0	160.7	5.4	0.94	0.652	262
75	54.0	4.5	9.3	174.8	5.5	1.00	0.714	322
76	81.0	6.5	9.0	211.8	5.5	1.10	0.865	344
77	126.0	9.4	7.5	223.4	5.4	1.10	0.925	346
78	145.0	8.5	5.9	138.5	5.6	1.10	0.965	338
79	210.0	12.7	6.0	125.7	5.6	1.20	1.047	270
80	312.0	18.0	5.8	84.1	5.7	1.20	1.053	237
81	677.0	33.3	4.9	109.2	5.8	1.20	1.072	240
82	922.0	39.6	4.3	102.6	6.0	1.30	1.061	282
83	1.259.0	58.1	4.6	117.1	6.5	1.40	1.098	323
84	1.724.0	73.5	4.3	105.0	6.5	1.70	1.109	398
85	3.289.0	104.0	3.2	104.0	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Kaynak : Yatırım Rakamları, Devlet Planlama Teşkilatı Öğrenci Sayıları Devlet İstatistik Enstitüsü, MEGSB ve YÖK'dan elde edilmiştir.

Not: Şehirlerdeki üniversite öğrenci yurtlarına 1985 yılında ayrılan 20 milyar TL'lik özel fon harcamaları, Eğitim sektör yatırımlarına dahil edilmiştir N.A. = Veri bulunamadığını göstermektedir.

EK TABLO : 3

Milli Eğitim Reel Harcamaları ve Yüksek Eğitim Program Harcamaları 1983-1985 (TL Milyon, 1983 Fiyatlarıyla)

	1983	1984	1985	Yıl. Büy. Oranı 1983-1985
Milli Eğitim Bakanlığı	286.619	242.066	231.142	—10.2
Toplamın yüzdesi olarak	77.0	76.1	76.9	
Yüksek öğretim	35.500	76.187	69.469	— 9.9
Toplamın yüzdesi olarak	23.0	23.9	23.1	
Toplam	372.119	313.253	300.611	—10.1

Kaynak : DPT ve Milli Eğitim Bakanlığı İstatistikleri.

EK TABLO : 1

Kamu Harcamalarının Yüzdesi Olarak Eğitim Harcamaları (1981-1985)

	1981	1982	1983	1984	1985
Yatırım Harcamaları	3.8	4.8	3.7	3.1	2.9
Cari Harcamalar	10.5	13.1	15.6	12.6	12.7

Not : Yatırım Harcamaları sabit yatırımların yüzdesi olarak ifade edilmiştir. Cari Harcamalar Milli Eğitim ve YÖK konsolide bütçesinden ibaret olup, toplam konsolide bütçedeki cari harcamaların yüzdesi olarak gösterilmiştir.

Kaynak : DPT ve Milli Eğitim, Gençlik ve Spor Bakanlığı istatistikleri.

EK TABLO : 4

Milli Eğitim Bakanlığı Yatırım ve Cari Harcamaları
(Milyon TL, 1983 Fiyatlarıyla)

	1983	1984	1985	Yıl. Büy. Oranı 1983-1985
Yatırım Harcamaları	35.650	35.398	32.882	— 4.0
Toplam Yüzdesi Olarak	12.4	14.6	14.2	
Cari-Harcamalar	250.969	206.668	198.260	—11.1
Toplamın Yüzdesi Olarak	87.6	85.4	85.8	
Toplam	286.619	242.066	231.142	—10.2
Birim Cari Harcama	29.990	24.893	22.500	—13.4

Kaynak : DPT İstatistikleri.

EK TABLO : 5

1985 Yılı MEB Bütçe Yatırım Harcamaları Talebi
(1000.— TL. Olarak)

Harcama Kademeleri	Miktar	Yüzde
Proje Araştırmaları	210.000	0.3
Araçlar	35.000	0.1
Teçhizat	8.514.000	13.0
İnşaat	48.915.000	70.8
Küçük Onarımlar	7.506.000	11.3
Arsa Alımı	3.010.000	4.5
Toplam	68.190.000	100.0

Kaynak : MEB Planlama ve Araştırma Dairesi

EK TABLO : 8

Seçilmiş Bazı Ülkelerde Yüksek Öğretim Çağındaki Nüfusun
Okullaşma Oranı, (1979)
Ülkeler

	Yüksek Öğretim Çağındaki Nüfusun Okullaşma Oranı
Japonya	% 29
Arjantin	% 22
Yunanistan	% 18
Portekiz	% 11
Hindistan	% 8
Türkiye	% 8
İran	% 5

Kaynak : UNESCO, 1981 İstatistik Yılığ.

EK TABLO : 9

Özel İkokullarda Sayısal Gelişme
(Özel Türk + Özel Azınlık + Özel Yabancı)

Yıllar	Okul	Öğretmen	Öğrenci
1961-62	159	1.367	26.050
1962-63	168	1.499	27.050
1963-64	160	1.497	26.847
1964-65	162	1.475	25.807
1965-66	166	1.533	25.712
1966-67	166	1.481	25.756
1967-68	170	1.478	25.827
1968-69	172	1.445	26.248
1969-70	174	1.481	25.535
1970-71	164	1.359	23.829
1971-72	156	1.242	23.266
1972-73	169	1.241	24.105
1973-74	151	1.163	21.831
1974-75	131	1.109	23.155
1975-76	125	1.180	21.542
1976-77	117	1.085	23.470
1977-78	105	1.017	22.211
1978-79	102	955	21.810
1979-80	96	928	21.408
1980-81	112	1.085	19.443
1981-82	100	1.057	22.978

Kaynak : M.E.B., D.P.T.

EK TABLO : 10

Özel Ortaokullarda Sayısal Gelişme
(Özel Türk + Özel Azınlık + Özel Yabancı)

Yıllar	Okul	Öğretmen	Öğrenci
1961-62	80	1.258	17.255
1962-63	89	1.460	18.243
1963-64	94	1.586	19.398
1964-65	100	1.553	19.471
1965-66	107	1.448	21.067
1966-67	106	1.625	22.314
1967-68	109	1.047	24.314
1968-69	111	1.332	24.835
1969-70	108	1.436	24.413
1970-71	108	1.490	23.870
1971-72	104	1.695	23.054
1972-73	102	1.700	23.087
1973-74	99	1.696	24.430
1974-75	99	1.942	25.528
1975-76	89	1.225	18.155
1976-77	89	1.004	23.064
1977-78	82	961	22.624
1978-79	79	852	21.698
1979-80	77	833	21.789
1980-81	79	932	21.234
1981-82	80	934	20.930

Kaynak : DPT., MEB.

FAYDALANILAN KAYNAKLAR

1. Akalın, Güneri, Kamu Ekonomisi, Ankara 1981, A.Ü. Basımevi 1981.
2. Ataç, Engin, Türkiye'de Eğitim Hizmetlerinin Kamu Harcamaları Açısından Analizi, Eskişehir 1979.
3. Friedman, Milton, Capitalism and Freedom, Chicago, 1962.
4. Friedman, Milton, and Friedman Rose, Free to Choose, New York, Harcourt Brace Javanovijh, 1980.
5. Hanke, Steve, «The Privatisation Obtion: An Analysis» Economic Impact, 1986/3.
6. Kaya, Kemal ve Öner Kabasakal, Milli Eğitimin Durumu, Geleceği ve Özel Öğretim Kurumları Hakkında Not, Ankara DPT Yayını, 1982.
7. Savaş, Vural, ve Nesrin Ertel, Türk Yüksek Öğretim Sisteminin Ekonomik Açından Genel Bir Analizi, Marmara Üniversitesi, TÜRKMER Yayını, No. 1, 1987.
8. The World Bank, Republic Of Turkey Education and Training Sector Survey, Vol. 1, 1987.

DIĞER KAYNAKLAR

- DPT, V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Hazırlık Çalışmaları, Eğitim Sektör Raporu, Ankara 1982.
- DPT, V. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Eğitim Özel İhtisas Komisyonu, Yüksek Öğretim Alt Komisyon Raporu, Ankara 1983.
- 1987 Yılı Programı.
- 2547 Sayılı Yüksek Öğretim Kanunu.
- 625 Sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu
- 3308 Sayılı Çıraklık ve Meslek Eğitim Kanunu.
- Arjo Klammer, Conversation With Economists, New York, Kowman Allenhed Publishers, 1984.
- Adrew Schotter Free Market Economics-Acritical Appraisal-New York, St. Martin's Press, 1985.