

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE BÖLÜMÜ

SAĞLIK EKONOMİSİ

(Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi)

(Yüksek Lisans Tezi)

Türkân POYRAZ (SAKALLI)

NO: 2036

Danışman: Prof.Dr.Türkân ÖNCEL

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İSTANBUL - 1990

Tezimin her aşamasında yönlendirici ve değerli görüşlerini esirgemeyen Sayın Hocam Prof.Dr.Türkân ÖNCEL'e içtenlikle teşekkür ederim.

Çalışmamın verilerini toplarken yardımlarını gördüğüm T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı ve T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgililerine de ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ	v
GRAFİKLER LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK VE KALKINMA	5
1. KAVRAMLARIN TANIMLANMASI	5
2. SAĞLIK VE KALKINMA	8
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİ ARTIRAN FAKTÖRLER	10
3.1. Sağlık ve Nüfus Artışı	10
3.2. Sağlık ve Beslenme	10
3.3. Sağlık ve Çevresel Koşullar	11
4. ÇEŞİTLİ ÜLKELERİN KALKINMIŞLIK DÜZEYİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ	11
4.1. Çeşitli Ülkelerde Sağlık Düzeyi	11
4.2. GSMH ve Sağlık Düzeyi	17
İKİNCİ BÖLÜM: TÜRKİYE'DE SAĞLIK SORUNLARI	24
1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SORUNLARININ BOYUTLARI	24
1.1. Türkiye'de Nüfus Artışı	24
1.2. Türkiye'de Beslenme	27
1.3. Türkiye'de Çevresel Etkenler	28
1.4. Türkiye'de Erişkinlerde ve Bebeklerde Ölüm Nedenleri	30
2. SEKTÖREL ÖRGÜTLENME	33
2.1. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	33
2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem	33
2.1.2. Cumhuriyet Dönemi	34
2.2. Sağlık Sistemi Örgütsel Yapısı	36
2.2.1. SSYB	37
2.2.2. Tıp Fakülteleri	38
2.2.3. Sosyal Güvenlik Kuruluşları	39
2.2.3.1. Ulusal Sağlık Hizmeti	40
2.2.3.2. Genel Yaşlılık ve İş Görmezlik Sigorta Projesi..	41
2.2.3.3. Kamu Personeli	41
2.2.3.4. SSK	42
2.2.3.5. Emekli Sandığı	43
2.2.3.6. Bağ-Kur	44
2.2.3.7. Özel Sandıklar	44
2.2.3.8. Genel Sağlık Sigortası Çalışmaları	45

2.2.4. Özel Sektör	46
3. SEKTÖREL KAYNAKLAR	47
3.1. Sağlık-İnsan Gücü	47
3.2. Sağlık-İnsan Gücü Eğitimi	52
3.3. Sağlık Kuruluşları	53
4. KALKINMA PLANLARINDA SAĞLIK POLİTİKALARI	61
4.1. İlk Beş Yıllık Kalkınma Planları Özet Kapsamı.....	61
4.2. VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde ve Sonrasında Sağlık Politikası	63
4.3. Halihazırdaki Genel Sağlık Sigortası Çalışmalarının Değerlendirilmesi	66
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK AÇIDAN ANALİZİ	67
1. KAMUSAL MALLARIN YAPISAL ÖZELLİĞİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI	67
1.1. Kamusal Mallar.....	67
1.2. Devlet Tarafından Üretilen Özel Mallar.....	68
1.3. Yarı Kamusal Mallar	68
2. YARI KAMUSAL MAL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ	69
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU EKONOMİSİ ALANINA ALINMASININ GEREKLERİ	70
3.1. Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özelliği	70
3.1.1. Salt Kamusal Mal Özelliği	70
3.1.2. Dışsallık Özelliği	72
3.1.3. Doğal Tekeller	75
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Beşeri Sermaye Kavramı Açısından Değerlendirilmesi	79
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	82
1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN SİSTEMLERİ	82
2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	84
BEŞİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK HARCAMALARI ANALİZİ	89
1. SAĞLIK HARCAMALARI VE GSMH	90
2. SAĞLIK HARCAMALARI VE KONSOLİDE BÜTÇE	98
3. SAĞLIK HARCAMALARI VE GENEL BÜTÇE	101
4. S.S.Y.B. BÜTÇESİNİN EKONOMİK AÇIDAN ANALİZİ	103
5. SAĞLIK HARCAMALARININ FONKSİYONEL AÇIDAN ANALİZİ	110
5.1. SSYB Bütçesinin Fonksiyonel Açidan Analizi	111
5.2. Temel Sağlık Hizmetleri Harcamaları	114
5.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Harcamaları	119
6. PLANLI DÖNEMDE SAĞLIK SEKTÖRÜ YATIRIMLARI	121

SONUÇ	127
EK-A	130
EK-B	136
KAYNAKÇA	150
1. KİTAPLAR	150
2. MAKALELER	150
3. DÖKÜMANLAR	154
4. DİĞERLERİ	156



KISALTMALAR

AÇSAPGM	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
AÇS/AP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
a.g.a.	adı geçen ansiklopedi
a.g.e.	adı geçen eser
a.g.m.	adı geçen makale
a.g.p.	adı geçen plan
AÖÖ	Ana ölüm oranı
AÜ	Ankara Üniversitesi
BÖÖ	Bebek ölüm oranı
BÜMKO	Bütçe ve Mali Kontrol
ÇEK	Çocuk Esirgeme Kurumu
D.İ.E.	Devlet İstatistik Enstitüsü
D.P.T.	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E.S.	Emekli Sandığı
G.Ü.	Gazi Üniversitesi
G.S.M.H.	Gayri safi milli hasıla
H.Ü.	Hacettepe Üniversitesi
İ.Ü.	İstanbul Üniversitesi
KDO	Kaba doğum oranı
MEGSB	Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
NAO	Nüfus artış oranı
OYS	Ortalama yaşam süresi
PTT	Posta Telgraf Telefon
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STHGM	Sosyalleştirme ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TCDD	Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
TDO	Toplam doğurganlık oranı
TSH	Temel sağlık hizmetleri
WHO	World Health Organization

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Çeşitli Ülkelerde Sağlık Göstergeleri	13
Tablo 2: Dünya, Gelişmiş Ülkeler, Gelişmekte Olanlar ve Türkiye'de Yaşlara Göre Ölüm Oranları (1980 Yılı)	14
Tablo 3: Ölüm Nedeni Olan Hastalıkların Oranı (%)	15
Tablo 4: Hastaneler ve Yatak Adedi (1980 Yılı)	16
Tablo 5: 10.000 Kişiye Düşen Doktor, Hemşire Yardımcı Hemşire ve Yatak Sayıları (1980 Yılı)	17
Tablo 6: Türkiye'de Doğum ve Ölüm Hızları	26
Tablo 7: Bebek Ölümünün Bölgelere ve Yerleşim Bölgelerine Göre Ölmeden Önce Doktor Muayenesinden Geçme Yüzdeleri	32
Tablo 8: Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesisleri (1988 Yılı)	42
Tablo 9: Türkiye'de Sağlık-İnsan Gücü Gelişmesi	48
Tablo 10: Türkiye'de Hekim Sayısı	48
Tablo 11: Sağlık Personelinin Kuruluşlara Dağılımı (1988 Yılı)	49
Tablo 12: Kalkınmada Öncelikli 17 İlde Hekim, Ebe Sayısı	50
Tablo 13: S.S.Y.B. Bölgelerinde Seçilmiş Bazı İllere Düşen Yatak X Doktor Oranı (1988 Yılı)	51
Tablo 14: Mesleki Eğitim Veren Sağlık Meslek Liselerinin Kurumlara Dağılımı	54
Tablo 15: Sağlık Sektöründe İnsangücü İhtiyacı YÖK Projeksiyonları	54
Tablo 16: Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Gelişmesi	56
Tablo 17: Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları, (1923-1988)	57
Tablo 18: Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı (1988 Yılı)	58
Tablo 19: Kamusal ve Özel, Yataklı Tedavi Kurumlarının Türlerine ve Yatak Sayılarına Göre Dağılımı (1987 Yılı)	59
Tablo 20: İllerin Onbin Kişiye Düşen Yatak Sayısına Göre Gruplanması ve Grupların Nüfusu (1987 Yılı)	60
Tablo 21: Planlı Dönemde Gayrisafi Milli Hasıla ve S.S.Y.B.'nin Harcama Serisi (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	91
Tablo 22: Planlı Dönemde GSMH ve SSYB Harcamaları İndeks Serisi	93
Tablo 23: Kişi Başına GSMH ve Kişi Başına SSYB Harcamaları Gelişimi	97

Tablo 24: Planlı Dönemde Konsolide Devlet Bütçesi ve S.S.Y.B. Bütçesi Harcamaları (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	99
Tablo 25: S.S.Y.B. Bütçesinin Genel Bütçe İçindeki Yeri (Cari Fiyatlarla, TL)	102
Tablo 26: S.S.Y.B. Bütçesi Başlangıç Ödeneklerinin Ekonomik Ayrımı (Cari Fiyatlarla, Bin TL)	105
Tablo 27: S.S.Y.B. Bütçesi Başlangıç Ödeneklerinin Ekonomik Ayrımı Yüzde Oranı	105
Tablo 28: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Ödeneklerinin Ekonomik Ayrımı (Cari Fiyatlarla, Bin TL)	106
Tablo 29: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Ödeneklerinin Ekonomik Ayrımı Yüzde Oranı	106
Tablo 30: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının Ekonomik Ayrımı (Cari Fiyatlarla, Bin TL)	107
Tablo 31: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının Ekonomik Ayrımı Yüzde Oranı	107
Tablo 32: S.S.Y.B. Bütçesi Ödeneklerinin Kullanım Oranı (%)	108
Tablo 33: S.S.Y.B. Bütçesinin Başlangıç Ödeneklerinin Programlara Dağılımı (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	112
Tablo 34: S.S.Y.B. Bütçesinin Başlangıç Ödeneklerinin Programlara Oransal Dağılımı (%)	112
Tablo 35: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının Programlara Dağılımı (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	113
Tablo 36: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının Programlara Oransal Dağılımı (%)	113
Tablo 37: Temel Sağlık Hizmetlerinin Alt Programlara Dağılımı (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	115
Tablo 38: Temel Sağlık Hizmetlerinin Alt Programlara Oransal Dağılımı (%)	115
Tablo 39: Türkiye'de Yıllara Göre Veremli Sayısındaki Gelişmeler	116
Tablo 40: Sıtmalı Hastaların Nüfusa Oranı ve Sayısı	117
Tablo 41: S.S.Y.B. Bütçesi Başlangıç Ödeneği ve Konsolide Bütçe Başlangıç Ödeneği İçindeki Payları, Kişi Başına Konsolide Bütçe Başlangıç Ödenekleri (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	118
Tablo 42: S.S.Y.B. Döner Sermaye İşletmelerinin Gelir-Gider Durumu (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	120
Tablo 43: Planlı Dönemde Gerçekleşen Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımları (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)	122

Tablo 44: Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımları ve Toplam Kamu Sabit Sermaye Yatırımları İçindeki Payı (%)	123
Tablo 45: Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımlarının Kamu ve Özel Sektör Arasındaki Dağılımı (%)	124
Tablo 46: Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımlarının Toplam Sabit Sermaye Yatırımları İçindeki Yüzdeleri	125



GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa

Grafik 1: GSMH ile Ortalama Yaşam Süresi Arasındaki İlişki	18
Grafik 2: GSMH ile Ortalama Yaşam Süresi Arasındaki Regresyon İlişkisi	20
Grafik 3: GSMH ile Anne Ölüm Oranı, GSMH ile Bebek Ölüm Oranı, GSMH ile Beş Yaşındaki Küçük Çocuk Ölüm Oranı Aralarındaki Regresyon İlişkileri	20
Grafik 4: GSMH ile Nüfus Artış Oranı ve GSMH ile Toplam Doğurganlık Oranları Arasındaki Regresyon İlişkileri	22
Grafik 5: GSMH ile Kaba Doğum Oranı Arasındaki Regresyon İlişkisi	22
Grafik 6: Türkiye'de Nüfus Artışı	25
Grafik 7: Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Dağılımı (1988 Yılı)	58
Grafik 8: SSBH Harcamalarının Cari Fiyatlarla Gelişimi	92
Grafik 9: GSMH ve SSBH Harcamalarının Gelişimi (1963-1988)	94
Grafik 10: Logaritmik GSMH ve Logaritmik SSBH Harcamalarının Zincirleme İndeksi (1963-1988)	95
Grafik 11: Planlı Dönemde SSBH Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (Toplam ve Fert Başına)	96
Grafik 12: SSBH'nin Konsolide Bütçe İçindeki Payının Gelişimi	100
Grafik 13: Cari Fiyatlarla Konsolide ve SSBH'nin Zincirleme İndeks Serisi	101
Grafik 14: SSBH Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı	103
Grafik 15: SSBH Bütçesi Y.Ö.'nin B.Ö.'ne oranı ve B.Ö.'nin Kullanım Oranı	109
Grafik 16: SSBH Bütçesi B.Ö.'nin T.Ö. İçindeki Payı ve T.Ö. Kullanım Oranı	109
Grafik 17: Sağlık Sektörü Yatırımları	121

Ö Z E T

Sağlıklı yaşam kişinin en doğal hakkıdır. Sağlıklı olmanın kişisel yararı yanında toplumsal yararı da vardır. Kişinin sağlık düzeyinin iyi olması onun üretken olmasını ve kalkınmada etkin rol üstlenmesini sağlar.

Sosyo-ekonomik kalkınma sağlık alanını da kapsadığından sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olmaktadır.

Kalkınmanın sonuçları endüstrileşme, kentleşme, çevre kirliliği ve hızlı nüfus artışı gibi olumsuz dışsal etkenler olarak, sağlık sorunlarında kendini göstermekte ve sağlık hizmetlerine yeni görevler yüklemektedirler.

Çünkü sağlık sektörü dışında kalan fakat ekonomi içinde sağlık açısından önemi bulunan eğitim, beslenme, konut, içme suyu ve kanalizasyon vb. sorunlarının tüm yerleşme alanları içinde yeterince çözümlenmemiş olması durumunda bireylerin ve toplumun sağlığı olumsuz yönde etkilenecektir.

Dolayısıyla sosyal gelişmede amaçlanan hedeflere ulaşabilmek; ekonomik gelişmenin sosyal gelişme ile dengelenebilmesine bağlıdır. Bu ilişki gerektiği biçimde değerlendirilmeden ekonomik gelişmeye ağırlık verilirse bu gelişmenin sosyal huzursuzluklar, hastalıklar ve kişisel feda-

karlıklar pahasına sağlanabileceği öne sürülmektedir.

Sosyo-ekonomik gelişmeleri ileri düzeyde bulunan ülkelerin sağlık düzeyi gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelere nazaran daha iyidir. Ülkelerin sağlık düzeylerini karşılaştırdığımızda, kişi başına düşen GSMH'daki artışlara paralel olarak toplumların sağlık düzeylerinde olumlu bir gelişme gözlemlenmektedir.

Halk sağlığı ve iktisadi kalkınma arasındaki ilişki ve karşılıklı olarak birbirlerini etkileme durumu ülkemiz açısından ele alındığında bu ilişkinin olumsuz yönde geliştiği görülmektedir. Bugün Türkiye'nin önde gelen sorunlarının başında doğurganlık, bebek ve ana ölümleri, beslenme bozuklukları, kontrol altına alınamayan çevresel sorunlar ve nüfusun hızla artması konuları gelmektedir. Sağlık ortamının niteliği koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini ve sağlık harcamalarının bu hizmet lehine dönüştürülmesini gerektirirken ülkemizde durum tersine gelişmektedir.

Türkiye'de sağlık sektörü oldukça karmaşık bir görünüm arz etmektedir. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluşlar sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunulmasında görev almaktadır. Örneğin kamu sektöründe sağlık hizmetleri üretimi sadece SSYB ile sınırlı değildir. Tıp Fakülteleri üniversite hastaneleri yoluyla sağlık hizmetleri talebinin önemli bir bölümünü karşılamaktadır. SSK sadece kendi hastanelerinde hizmet vermekle kalmamakta, üyelerinin resim ve özel kuruluşun hizmetlerinden yararlanmalarını da sağlamaktadır. M.S.B. ordunun geniş sağlık örgütü üyelerinin, emeklilerinin ve bakmakla yükümlü olduğu yakınlarının sağlık gereksinimlerini karşılamaktadır. Diğer bakanlıklar (Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı), Kamu kuruluşları (PTT, TCDD) ve diğer kamu iktisadi teşebbüsleri hala kendi hastanelerini işletmektedirler. Kâr amaçlı birçok özel sektör hastanelerine ek olarak dini grupların ve azınlıklarla bazı yabancı toplulukların birçok vakıf ve hastaneleri vardır. Bu kamu ve özel kuruluşların yanında özellikle sosyal hastalıklarla savaş amacı ile kurulmuş çeşitli gönüllü kuruluşlar da (Verem Savaş, Kanserle Savaş Derneği vb. gibi) bulunmaktadır.

Türk sağlık sistemi örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde sağlık politikasını saptayan ve denetim sorumluluğunu taşıyan örgüt Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Bakanlık kuruluş yasalarında yer alan hükümler gereği sağlık hizmetlerini yürütmek üzere bir dizi yasal düzenleme gerçekleştirmiştir. Bu yasaların en önemlisi, halkın eşit biçimde sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini kapsayan 224 sayılı "Sosyalleştirme Yasası" olmuştur.

Sosyalleştirme programı, sağlık-insan gücünün gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu istenen biçimde gelişememiş ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılarak tedavi edici hizmetlere aşırı talebi önlemek mümkün olmamıştır.

Sağlık-insan gücünün sağlanması ile ilgili yasal düzenlemeler hizmette iyileşmeyi bir ölçüde sağlamış ancak yardımcı sağlık personeli konusunda eksiklik devam etmektedir.

Sağlık konusunun önemi ve sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal özelliği, bu hizmete ayrılacak kaynağın belirlenmesinde özellikle Türkiye gibi ölkelerde darboğazlar oluşturmaktadır. Ancak doğrudan insana yönelik bir hizmet olması da kaynak ayırımında özenli olmayı gerektirmektedir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hizmetlerinin kapsamının genişlemesine paralel olarak konsolide bütçe harcamaları içinde ve GSMH içindeki payında artma olmamıştır.

Planlı dönemde konsolide bütçe içinde SSYB harcamalarının payı gittikçe düşmüştür. 1980 yılı ve sonrasında Türkiye'nin büyük bir bölümü (49 il) sosyalleştirme kapsamına alınmış, tedavi kurumlarında yatak sayısı artmış ve sağlık-insan gücü sayısı da artışlar gözlemlendiğii halde konsolide bütçe içinde SSYB harcamaların payı artmamış, aksine giderek azalmıştır.

Ölkemizde nüfusun artması ve sağlık sektörünün gelişmesine rağ-

men devletin sağlık sekt6r6n6n gelişmesine rağmen devletin sağlık hizmeti için ayırdığı kaynaklarda 6nemli değişiklikler yapılmıştır. SSYB b6tesi- nin genel b6te içindeki payında da nisbi bir azalma izlenmektedir.

Temel sağlık hizmetlerine kaynak ayırımında 6ncelik verilmesi 6ng6r6lm6şse de harcamalar değerlendirildiğinde tedavi hizmetlerinin en b6y6k payı aldığı g6r6lmektedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinde fiziki hedeflerle gelişme sağlanmış ancak iller arası dengesizlik giderilememiştir. Fiziki hedeflerde bu geliş- me SSYB harcamaları içinde, yatırım harcamaları açısından temel sağlık hizmeti aleyhine daha fazla kaynak ayrılmasıyla gerçekleşmiştir.

Çalışma sonucunda g6r6yoruz ki; T6rkiye’de sağlık sekt6r6nde planlı d6nem içinde gelişmeler sağlanmış ise de 6lke d6zeyinde sağlık, bes- lenme durumu, doğurganlık ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanma konularında dağıtım sisteminin etkinliği sağlanamamıştır. Sorun; T6rki- ye’de sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin hale getirilmesidir.

Bu konuda, t6m kamu sağlık kuruluşlarını aynı çatı altında topla- yacak bir 6rg6tlenmeyle kaynakların etkin kullanımını sağlamayı amaçla- yan Genel Sağlık Sigortası Projesi alışmaları başlamıştır.

Genel Sağlık Sigortası s6z konusu olduğunda sistemin işlemesi için devletin sağlıkla ilgili harcamalarını 6nemli 6l6de artırması gereke- cektir. 6nk6 sosyal g6venlik kapsamında olmayan, sağlık sigortası primi 6deyecek geliri olmayan kitlenin sağlık ihtiyaçları kamusal finansman des- teği ile y6r6t6lecektir.

Sağlık hizmetlerinde 6zel sekt6r6n gelişmesini ve sağlık sigorta- sı uygulamasını destekleyen sağlık politikasının kamu sağlık hizmetlerine arzı kısıtlayıcı etkisi olmamalı ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi için koruyucu sağlık hizmetleri programlarının y6r6t6lmesinde kamunun temel sorumluluğu korunmalıdır.

GİRİŞ

Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. Sağlığa bu yaklaşım hastalığın olmayışı biçiminde tanımın eksikliğini ortaya çıkarmakta, çok boyutlu sağlık olayını sosyal iyilik hali ile de koşullandırmaktadır.

Sağlığın önemi konuya uluslararası yaklaşımı gerekli kılmış Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1977 Genel Kurul Toplantısı sonrası hedefi "2000 yılına dek dünyada herkese sağlık hizmetlerinin sağlanması" olarak belirlemiştir⁽¹⁾. Şimdi sağlık hizmetlerinde öngörülen bu hedefe nasıl ulaşılabileceği sorunu çözüm beklemektedir.

Halk sağlığı ve ulusal ekonomi arasında sıkı ilişki vardır ve karşılıklı olarak birbirlerini etkiledikleri bilinen bir gerçektir. Bunu göz önüne alan bir çok ülkede sağlık hizmetlerinin en yararlı ve de ekonomik yürütülmesini sağlamak amacı ile araştırmalar ve çalışmalar yapılmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde kalkınmanın sonucu olarak ortaya çıkan hızlı nüfus artışı, sanayileşme, kentleşme ve çevresel sorunlar ile toplum ve bireyin gereksinimleri her geçen gün biraz daha artmaktadır. Buna karşın ulusal kaynakların sınırlı kalması ya da gereksinime yanıt verecek duruma gelmemesi, kıt kaynakların kullanımında verimlilik ve etkinlik ilkelerinin kullanılmasını zorunlu kılmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde ise sağlıklı yaşamın önemini ve gereğini kavramış insanlar, toplumun çoğunluğunu oluşturduklarından, sağlık hizmetlerine talep hızla artmakta fakat arz aynı hızla artırılmamaktadır. Bu arz yetersizliği iki faktörle açıklanabilir. Birincisi; maliyeti

(1) Kenan Mortan, Sağlık Ekonomisi Metodolojisi, Etkinlik, Finansman ve Türkiye Örneğinde Uygulamalı bir Çalışma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1980, s.1.

yüksek tıp teknolojisinin kullanılması, tıbbi yapıların yapısal dönüşümü, nüfusun yaşlanması, koruma altına alınan birey sayısının çoğalması ile sağlık harcamalarının artmasıdır. İkincisi ise; tüm bireylere asgari düzeyde sağlık hizmetleri sunan bir alt yapı yaratılmış olmasına karşın sağlık hizmetlerinin dağılımındaki nicel ve nitel yönden ortaya çıkan dengesizliktir.

Her iki durumda da sağlık hizmetlerinde finansman sorunu ile yüz yüzeyiz. Bu nedenle, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların etkin kullanımını sağlayıcı önlemler araştırılmaktadır. Bu uğraş içinde bulunan iktisatçıların çalışma alanına **sağlık ekonomisi** adı verilmektedir. İktisat biliminin yeni uygulama alanlarından biri durumunda olan sağlık ekonomisinin bir alt disiplin olarak ortaya çıkışı 1960'lı yıllardan sonra önem kazanmıştır.

Günümüzde **sağlık ekonomisi**, Türkiye'deki uygulamalar açısından büyük önem taşımaktadır. Ülkemiz sağlık sistemi çok sayıdaki finansman sağlayıcı ve hizmet götürücü kurumlarla karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu çeşitlilik durumu içinde bir bütünlüğe ulaşmak ve toplam nüfusun sağlığına yönelik yararlar üretmek ise sağlık sistemimizin temel sorunlarından biridir.

Hali hazırdaki planlama sistemi, bu büyük sorunu çözmemektedir. Türk sağlık sektörü ve onu oluşturan birimlerin organizasyon yapısı ve yönetim sistemlerinin eksikliği ya da yetersizliği sonucu plan ve politikalar etkili biçimde uygulanamamakta ve belirlenmiş hedeflere ulaşmada kaydedilen ilerlemeler takip edilememektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından bir başka sorun ise, her sağlık sisteminin temel unsuru olan sağlık-insan gücünün ve sağlık kuruluşlarının ülke düzeyindeki dengesiz dağılımında şekillenir. Bu durum en mükemmel tasarımlanmış politikaların doğru hedeflerini dahi ortadan kaldırabilir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine ayrılan toplam harcama miktarı orta gelir düzeyindeki bir ülke için yetersizdir. Finansman konusunda belirli uygulamaların ve tedavilerin maliyet etkinlikleri ve maliyet boyutu sağlık sistemimizde henüz benimsenmediğinden, harcamalarda meydana gelecek herhangi bir artışla sağlık verilerinde ne gibi

faydalar sağlanacağıının tespiti bugünkü haliyle zordur.

Ancak toplumdaki değişmelere bağlı olarak değişebilen sağlık sorunlarının izlenememesi, sağlık hizmetlerinin verimini ve başarısını olumsuz etkileyecektir.

Bu nedenle Türkiye'nin bugünkü sağlık hizmetleri durumu ve sağlıkla ilgili sorunlarını bilmek ve durumun sayısal değerlerle ortaya konulabilmesi çalışma konusu seçilmiş bulunmaktadır.

Tezin konusu, Dünya Sağlık Örgütü'nün "sağlık hizmetlerinin devletin iktisadi işlevinin çok az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir"⁽²⁾ tanımında vurgulandığı gibi, sağlık hizmetlerini devlet adına yürütmekle yükümlü olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'dır. Tezimizde Bakanlığın fonksiyon, harcama, insan gücü ve fiziki yapı olarak gelişimi, uygulanan sağlık sistemi içinde belirlenmeye çalışıldı.

Bu kapsam içinde çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık kavramlarının tanımlanmasından sonra sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkiler ve sağlık hizmetlerini artıran faktörler ele alınmıştır. Bu bölümde ayrıca sağlık göstergeleri ile kalkınma arasında ülkelerin gelişme düzeyine göre değişen derecede ilişki bulunduğunu tespit etmek ve Türkiye'nin bugünkü sağlık düzeyini saptamak amacıyla ülkelerarası karşılaştırma yapılmıştır.

İkinci bölümde ise Türkiye'de sağlık sorunları; nüfus artışı, beslenme, çevre koşulları, erişkinlerde ve bebeklerde ölüm nedenleri çerçevesinde ele alındı. Ülkemizdeki sağlık sisteminin tarihsel gelişimine değindikten sonra bugünkü örgütsel yapı ve bu örgütsel yapıyı destekleyen kaynaklar niceliksel ve niteliksel açıdan istatistiki veriler değerlendirilerek analiz edilmeye çalışıldı.

Üçüncü bölüm sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan analizine ayrılmıştır. Bu bölümde kamu faaliyetleri içinde sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılarak, sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi alanına alınması gerekleri üzerinde durulmuştur.

Dördüncü bölümde sağlık hizmetlerinde finansman yöntemlerine değinildikten sonra, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finans-

(2) a.g.e., s.3

man örgüsü gözden geçirildi.

Beşinci ve son bölümde ise; Türkiye’de sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar ekonomik ve fonksiyonel açıdan değerlendirilmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetleri, farklı örgütlenme biçiminde olan kurumlar tarafından sunulduğundan sağlık harcamalarının gerçek boyutunu tespit edebilmek mümkün değildir. Bu amaçla anlamlı bir çalışma yapılmasına mevcut bütçe sistemi olanak vermemektedir. Bu yüzden sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar SSYB kapsamında sınırlandırılmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK ve KALKINMA

1. KAVRAMLARIN TANIMLANMASI

Sağlık sorunu ele alınırken, konuya sağlık ve sağlık hizmetleri kavramının tanımını vererek başlamak istiyorum.

Sağlık; Dünya Sağlık Örgütünce (WHO), çok defa bilinenin aksine, yalnız bir hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, "insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlanmaktadır⁽³⁾.

Sağlığın karşıtı olarak **hastalık**, bilinen veya henüz bilinmeyen etkenlerle oluşan, başlangıcı, gelişmesi, süresi ve sonlanması kendine özgü bir olaydır. Hastalık soyut bir terimdir... Hastalık denildiği zaman genel olarak hastalık hali anlaşılır. Virchow (1821-1902) hastalık halini, "değişik koşullarda yaşam" olarak tanımlamıştır. Hastalık hali, morfolojik ve fonksiyonel değişiklik biçiminde kendini gösterir⁽⁴⁾.

Hastalık bazı hallerde kalıtsal olabilmektedir. Bireyin sağlığını; anne ve babadan fetüse geçen genetik potansiyel ile gebelik ve doğum sırasında annenin içinde bulunacağı koşullarla, doğumu izleyen yaşam süreci içinde çevreden gelecek olan olumlu ve olumsuz faktörler etkiler⁽⁵⁾.

Sağlık hizmetlerini ise, bireyler veya toplumun hastalık ve sakatlıktan korunarak, bireylerin bedeni, ruhi ve sosyal bakımdan

-
- (3) Mithat Çoruh, "Nüfus ve Sağlık", Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu, Editör: Güler Kanra, Ankara: SSYB Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Battalle Enstitüsü, 1983, s.1.
- (4) Münevver Yenerman, Genel Patoloji, İ.Ü.İstanbul Tıp Fak. Rektörlük No: 2622, Fak.No: 118, İstanbul, 1980, s.2.
- (5) Çoruh, s.1.

dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılan hizmetler şeklinde tanımlamak mümkündür.

5/1/1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun ise **sağlık hizmetleri** kavramı ile ilgili şu tanımı vermektedir: "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir(6).

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere iki ana faaliyet halinde sürdürülür.

Koruyucu sağlık hizmetleri; hastalık olasılıklarının azaltılması için yapılan sağlık hizmetleridir. Tüm topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığını da korumuş olmaktadır(7).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalıklardan korunamayan birey veya toplumu hastalıktan kurtarmak için yürütülen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden doğrudan doğruya yararlanan tedavi gören bireydir. Fakat bireyin tedavi görmesi toplumun diğer bireylerine de dış fayda sağlar(8).

Sağlık hizmetlerinin sağlık düzeyinin korunmasında ve sağlık düzeyinde ortaya çıkan olumsuz değişkenlerin düzeltilmesinde tek başına etkili olmadığı gerçeği göz önünde tutularak tanımı yapılırken; emek, fiziksel kapital ara mal ve hizmetlerin de tanım kapsamına alınması gerekir. Sağlık hizmetlerinde emek faktörü içine; doktor, diş hekimi, hemşire ve benzeri meslek personeli ile onların denetiminde işlevlerini sürdüren diğer sağlık personeli alınabilir. Fiziksel kapital ise sağlık personeli tarafından kullanılan bina, donatım araç ve gereçleri kapsar. Ara mal ve hizmet niteliği taşıyan sağlık hizmetlerine, ilaç, tıbbi materyal ve destek hizmetlerinin sağladığı hizmetleri dahil etmek mümkündür(9).

(6) Resmi Gazete, Sayı: 10705 Yayın Tarihi: 12.1.1961.

(7) Kenan Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş, Sermet Matbaası, İstanbul, 1971, s.283.

(8) a.g.e., s.283.

(9) Oktay Alpugan, "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", Ord.Prof.Şükrü Baban'a Armağan, İ.Ü.İktisat Fak. Mecmuası, Cilt 40, S.1-4, Gür-Ay Matbaası, İstanbul, 1984, s.141.

Yukarıda açıklık getirilen tanımda, emek, kapital, ara mallar ve hizmetler için yapılan harcamalar sağlık giderlerinin saptanmasında esas alındığından, tanımlamanın ekonomistlerin kullandığı "sağlık endüstrisi" kavramının açıklanmasına yararlı olduğu görülür⁽¹⁰⁾.

Diğer taraftan **sosyal hizmetler** tanımı içinde yer alan; "kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunlukların giderilmesi"⁽¹¹⁾ konusu ise, toplumda belirtilen koşullar sağlanmadan yaşam düzeylerinin iyileşmesinin mümkün olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Konu bu açıdan ele alındığında belirtilen koşulların tam olarak sağlanamadığı durumlarda birey ve toplumları sağlıklı birey ve toplum olarak kabul etmek son derece güçtür.

Toplumların ekonomik ve sosyal yaşamdaki önemli yerine karşın, sağlık hizmetleri konusu ancak yirminci yüzyılın ikinci yarısından bu yana ekonomistlerin uğraş alanı içerisine girmiştir. Bu nedenle **sağlık ekonomisi** literatürde oldukça yenidir⁽¹²⁾.

Sağlık ekonomisi kavram olarak ele alındığında ekonomi biliminin sağlık hizmetleri alanına uygulanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin, gelişme gösterebilmesi ve uygulamada başarılı olabilmesi için diğer bilim dallarıyla ilişki içinde olması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ekonomi biliminin işlevleri çeşitli aşamalarda ortaya çıkabilir. Örneğin sağlık hizmetlerinden toplumun ne ölçüde yararlandığı, mevcut hizmetlerin ne oranlarda kullanıldığı, hizmetlerin maliyetleri, kaynakların dağılımı, sağlık hizmetlerinin ekonomik ve sosyal kalkınmaya olan katkıları ve bu hizmetlerin gereğince yerine getirilmesini etkileyen faktörler (sosyal, ekonomik, politik, demografik), hizmet sunucusu ve tüketici yönünden inceleme konusu yapılır⁽¹³⁾.

(10) a.g.m., s.141.

(11) 29/5/1983 tarih ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanununun, 3.maddesinin 9.bendi.

(12) Alpugan, s.133.

(13) a.g.m., s.142.

2. SAĞLIK VE KALKINMA

Kalkınma bir ülkede toplumun, sosyo-ekonomik yapısının değişmesi ve nüfus başına düşen üretim hacminde meydana gelen önemli ve reel artıştır. Dar anlamıyla nüfus başına düşen tüketim malları miktarı, geniş anlamıyla nüfus başına düşen tüketim mallarıyla, toplumca sağlanan diğer bütün sosyal psikolojik ve kültürel doyumu da kapsar. Bugünün dünyasında kalkınma geniş anlamda anlaşılmaktadır.

"Kalkınma ekonomisinin ortaya koyduğu bulgulara göre, ulusal ekonomide belli mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımında sürekli artış elde edilmesi, o ülkenin kalkınması için yeterli olmamaktadır"(14). Çünkü ekonomik büyüme yanında gelir dağılımını ve toplumsal yaşamı bütünüyle olumlu yönde etkileyen temel hizmetlerin yeterince üretilmesi ve sosyal gelişmeyi hızlandırıcı ve yaygınlaştırıcı biçimde kullanılması gerekmektedir. Kalkınma konusunda ağırlık verilecek alanlara ilişkin tartışmalar iki bölümde toplanabilir. Bunlardan biri hızlı sermaye birikimi ile hızlı üretim artışı sağlanmasından sonra sağlık, üretim, kültür, konut, gelir dağılımını kapsayan sosyal ve kültürel alandaki önlemlere ağırlık verilmesini öngören görüş, diğeri ise sosyal ve kültürel alana ağırlık verilmesi ile kalkınmakta olan toplumların ekonomik kalkınmayı sağlayacak olanakları kolayca yaratabileceklerini savunan görüştür.

Bu iki görüş doğrultusunda kalkınmanın sadece sermaye birikiminden oluşan mekanik ve tek yanlı değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel gelişmeleri de gerektiren çok yanlı olay olduğu düşünülmelidir(15).

Dolayısıyla ekonomik ve sosyal kalkınma arasında bir ayırım yapmak olanaksızdır. Genel olarak kalkınma stratejilerinde de eğilimin ekonomik kalkınmadan sosyo-ekonomik kalkınmaya doğru

(14) Erdiñ Tokgöz, "Sosyal Gelişme Sağlık", II.Türkiye İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayın No.1783, İzmir, 1981, s.497.

(15) Aziz Köklü, Makro İktisat, Sevinç Matbaası, Ankara, 1976, s.120.

kaydığı, ekonomik ve sosyal sektörlerin ayrı düşünölemeyeceğı, kalkınma programlarında sosyal amaçlara daha çok yer verildiğı ve ekonomik gelişmenin kalkınmada amaç olmaktan araç olmaya doğru gittiğı görölmektedir⁽¹⁶⁾.

"Sosyo-ekonomik kalkınma sağık alanını da kapsadığından sağık hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olmaktadır"⁽¹⁷⁾. Ekonomideki her sektör sağık sektörü ile ilişkili bulunduğundan, bu sektördeki gelişme sağık sektörünü; sağık sektöründeki gelişmeler de tüm ekonomiyi etkilemektedir.

Çünkü sağık sektörü dışında kalan fakat ekonomi içinde sağık açısından önemi bulunan eğitim-beslenme-konut-içme suyu ve kanalizasyon (alt-yapı) sorunlarının tüm yerleşme alanları için yeterince çözölmemiş olması durumunda bireylerin ve toplumun sağılığı olumsuz yönde etkilenecektir.

Kalkınmanın sonuçları endüstrileşme, kentleşme, çevre kirliliğı ve hızlı nüfus artışı gibi olumsuz dışsal etkenler olarak, sağık sorunlarında kendini göstermekte ve sağık hizmetlerine yeni görevler yüklenmektedir. Diğer taraftan özellikle gelişmekte olan ölkelerde, kalkınmanın sonucu olarak ortaya çıkan hızlı nüfus artışının düzenlenmesi, sanayileşme ve kentleşmenin doğurduğu bedeni ve ruhi hastalıklarla savaş, çevre sorunlarının yarattığı olumsuz etkilerin giderilmesi ve beslenme sorunlarının çözömlenmesi yönündeki çalışmalar, sağık hizmetlerinin sosyo-ekonomik gelişmeye katkıları olmaktadır.

Dolayısıyla sosyal gelişmede amaçlanan hedeflere ulaşabilmek; ekonomik gelişmenin sosyal gelişme ile dengelenebilmesine bağlıdır. "Bu ilişki gerektiğı biçimde değeriendirilmeden ekonomik gelişmeye ağırlık verilirse bu gelişmenin ancak sosyal huzursuzluklar, hastalıklar ve kişisel fedakârlık pahasına sağılanabileceğı öne sürölmektedir"⁽¹⁸⁾.

(16) Arif Nuri Tuç, Sağık Sektöründe Tedavi Hizmetleri ve Planlama, Ankara 1979, s.75.

(17) a.g.e., s.75-76.

(18) a.g.e., s.75.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİ ARTIRAN FAKTÖRLER

3.1. Sağlık ve Nüfus Artışı

"Demografik yapıdaki değişmeler, toplumların yaşam düzeylerindeki gelişmeye paralel sağlık hizmeti talebindeki büyüme ve hizmetin yapısal özellikleri, harcamaların artmasına yol açmaktadır. Kalkınmakta olan ülkelerin, toplumun sağlık düzeyinde mevcut durumu koruyabilmek için artan nüfusa paralel sağlık hizmetlerini genişletmek, sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için gerekli harcamalar ile sağlık harcamalarını artırmak zorunda kalmaktadırlar"⁽¹⁹⁾. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin planlanmasında dikkate alınması gereken önemli faktörlerden biri de nüfus ve demografik yapıdır. Hizmetin örgütlenmesinde ve planlanmasında nüfusun yaş, yerleşme durumu ve diğer önemli demografik karakteristikleri de gözönüne alınmalıdır⁽²⁰⁾.

3.2. Sağlık ve Beslenme

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli olan bazı programların başarısı büyük ölçüde diğer sektörlerdeki gelişmelere bağlıdır. Örneğin beslenme sorununun çözümlenebilmesi bir toplum için ne derece önemli ise tarımsal gelişmenin sağlanması da beslenme sorununun çözümlenebilmesi için o derece önemlidir. Bu bakımdan tarım politikasının saptanmasında konunun bu yönüyle de ele alınması gerekir⁽²¹⁾. Çünkü "sağlık durumu beslenme ile çok yakından ilişkilidir ve beslenme ihtiyacı daha çok bir sağlık ihtiyacıdır⁽²²⁾. Örneğin üçüncü dünya ülkelerindeki yabancı isimlerle anılan bazı hastalıklar (kwashiorkor) yetersiz beslenme hastalıklarıdır⁽²³⁾.

-
- (19) Abel-Smith, Brain, An International Study of Health Expenditure and its Relevance for Health Planning. Cenevre, Public Health Papers 32, 1967, s.92'den Arif Nuri Tuğ, s.77.
 - (20) Tuğ, s.111.
 - (21) a.g.e., s.111.
 - (22) Patrick Guillaumont, Economie du développement 1/Le Sous-développement, Press Universitaires 1985, s.195.
 - (23) David Spurgeon, "Comment se porte la race humaine?", Sante, Agence Canadienne de developpement international, Québec, 1988-1989, s.19.

3.3. Sağlık ve Çevresel Koşullar

"Kalkınmanın özellikle geliştirmekte olan ülkeler için sanayileşme ve kentleşme ile eş anlamlı kabul edildiği bilinmektedir. Tüm geliştirmekte olan ülkeler kalkınmalarını sanayileşme yoluyla gerçekleştirmeye çalışmakta, gelişen sanayi de beraberinde kentleşmeyi getirmektedir."(24)

"...Kentsel yerleşmelerin kentlerde yaşayanların sağlık durumları üzerinde olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Bu etkilerin bir kısmı, kent yaşamının buralarda yaşayanların ruh ve beden sağlığı üzerinde yarattığı olumsuz etkilerdir. Bir diğer sorun da kent yaşamının ortaya çıkardığı gereksinimleri karşılayacak hizmetlerin yürütülmesi ve bunların topluma maliyeti sorunudur. Kent sakinlerine yeterli miktarda temiz suyun sağlanması, katı ve sıvı artıkların yok edilmesi, çevre kirliliğinin önlenmesi kentler büyüdükçe topluma önemli mali yükler getirmektedir"(25). Bu hizmetlerin yetersiz kalması halinde çevre koşullarında gerileme buralarda yaşayanları önemli sağlık sorunları yani su ve hava yoluyla bulaşan hastalıklarla karşı karşıya bırakmaktadır.

4. ÇEŞİTLİ ÜLKELERİN KALKINMIŞLIK DÜZEYİ ve SAĞLIK GÖSTERGELERİ

4.1. Çeşitli Ülkelerde Sağlık Düzeyi

"Belli sayısal göstergelerden yararlanılarak bir ülkenin sağlık durumu belirtilirken **sağlık düzeyi** terimi kullanılır."(26)

Toplumların sağlık düzeylerini ve sağlık hizmetlerinin olanaklarını karşılaştırmak amacıyla kullanılan "sağlık endeksleri konusu 1966 yılında toplanan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uzmanlar Komitesi

(24) Tuç, s.113.

(25) a.g.e., s.113.

(26) "Türkiye Genel," Yurt Ansiklopedisi, Cilt 11, İstanbul: Anadolu Yayıncılık, 1982-1984.

tesinde görüşülmüş ve endeksler:

- a) Kaynaklar (sağlık hizmetlerinin) ile ilgili endeksler.
 - b) Sağlık ve hastalıkla ilgili endeksler
- ...olarak ikiye ayrılmıştır"(27).

Türkiye nüfusunun bugün içinde bulunduğu sağlık düzeyini kimi bazı ülkelerle karşılaştırmak amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uzmanlar Komitesince saptanan endeksleri (Kişilerin gelir ve eğitim düzeyi, istihdam durumu, mortalite (ölüm), morbidite (hastalık) ve doğurganlık hızları, beslenme durumu, mevcut sağlık kuruluşları ile sağlık presonelinin sayısal oranları ve fonksiyonel düzeylerinin durumu gibi) esas alarak derlediğimiz Tablo 1'deki veriler incelendiğinde, ülkemiz %2.5 nüfus artış hızı ile dünyada nüfusun hızla artış gösterdiği ülkeler arasında yer almaktadır. Hızlı nüfus artışının iki önemli nedeni doğurganlık düzeyinin yüksek olması, kaba ölüm hızının ise azalmasıdır.

Ülkelerarası karşılaştırmada görüldüğü gibi Türkiye'de bin kişide kaba ölüm oranı (9)'dur. Bu oran ABD, İspanya, Sovyetler Birliği ve Yugoslavya oranına uymasına rağmen, Türkiye, bebek ölüm oranında bin bebekte (79) ile Pakistan, Mısır'dan sonra üçüncü sırada yer alırken, beş yaşından küçük çocuk ölüm oranında da bin çocukta (99) ile Cezayir'i dördüncü sırada izlemektedir.

Doğum oranı da binde (30) olup tabloda kişi başına GSMH (16690 ABD\$) ile en yüksek ABD'nin (16) oranına nazaran 1.9 kat daha fazladır. Ülkemiz toplam doğurganlık oranı 3.7 ile sanayileşmiş ülkelerinkinden önemli derecede yüksektir. "Batı Avrupa ülkelerinde binde 1.7 ve Doğu Avrupa ülkelerinde binde 2.3(28)". Doğuşta ortalama yaşam süresi ise 64'dür.

Uluslararası karşılaştırmada görüldüğü üzere bebek ölüm hızı, beş yaşından küçük çocuk ölüm oranı, anne ölüm oranı, ortalama yaşam süresi ile Türkiye'de sağlık hizmetleri istenilen seviyeye

-
- (27) Dünya Sağlık Örgütü, National Health Planing in Developing Countries, Report of a WHO Export Committee. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü Teknik Raporlar Serisi No: 350, 1970, s.15'den Arif Nuri Tuğ, s.89.
 - (28) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, "Türkiye'de Sağlık Sektörü Araştırması", Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü, 1986, s.11.

Tablo 1: Çeşitli Ülkelerde Sağlık Göstergeleri

Ülkeler	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Endonezya	169.5	2.1	29	12	56	3.7	122	76	80	530
Mısır	48	2.8	34	10	60	4.5	131	88	8	610
Pakistan	102.9	3.1	41	14	52	5.5	170	111	60	680
Türkiye	50.3	2.5	30	9	64	3.7	99	79	20.7	1080
Suriye	10.3	3.6	46	7	65	6.9	68	50	28	1570
Brezilya	138.5	2.3	29	8	65	3.6	89	65	15.4	1640
Macaristan	10.7	0.1	12	13	71	1.8	20	18	2.8	1950
Yugoslavya	23.3	0.7	15	9	72	2	30	27	2.7	2070
Arjantin	31	1.6	24	9	70	3.3	39	33	8.5	2130
Cezayir	22.4	3.3	42	9	62	6.5	112	76	12.9	2550
Irak	16.4	3.6	42	8	64	6.2	98	71		3020
Yunanistan	9.9	0.6	15	10	75	2.1	17	12	1.2	3550
Bulgaristan	9.1	0.2	15	11	72	2.2	20	15	2.2	4150
İspanya	38.8	0.7	15	9	75	2.1	11	9	1	4290
Sov. Bir.	281.3	0.9	19	9	72	2.4	28	23		4550
İsrail	4.3	1.8	22	7	75	2.9	16	14	0.5	4990
İtalya	57.3	0.3	11	11	75	1.6	13	11	1.3	6520
İngiltere	56.1	0.1	13	12	74	1.8	11	9	0.7	8460
Fransa	54.8	0.6	14	11	75	1.9	10	8	1.3	9540
Finlandiya	4.9	0.5	13	10	75	1.6	7	6	0.5	10890
B.Almanya	60.7	0.2	11	12	74	1.4	12	9	1.1	10940
Japonya	121.4	0.7	12	7	77	1.8	9	6	1.5	11300
İsveç	8.3	0.1	10	12	77	1.5	7	6	0.4	11690
ABD	240.1	1	16	9	75	1.9	13	10	0.9	16690

A= Tahmini Nüfus (Milyon) 1986

B= Nüfus Artış Oranı (%0.1), 1982-1985

C= Kaba Doğum Oranı, (%0,1)

D= Kaba Ölüm Oranı, (%0,1), 1986

E= Ortalama Yaşam Süresi, 1986

F= Toplam Doğurganlık Oranı, 1986

G= 5 Yaşından Küçük Çocuk Ölüm Oranı, 1986

H= Bebek Ölüm Oranı, (%0,1), 1986

I= Anne Ölüm Oranı, (%0,01), 1984

J= Kişi Başına GSMH, (1000 ABD \$), 1985

Kaynak: S.S.Y.B., Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987,
Ankara 1988, s. 228-229.

ulaşmamıştır ve bu uluslararası endeksler, sağlık planlarımızda doğum ve çocuk hastalıkları için mevcut yatak sayısının⁽²⁹⁾ ve temel koruyucu sağlık hizmetlerimizin artırılmasına işaret etmektedir.

Tablo 2'de yaş gruplarına göre ölüm oranları karşılaştırılmaktadır. Gelişmiş ülkelere kıyasla, Türkiye'de (0-4) ile (15-44) yaş grubunda ölüm oranı yüksek, (45-64) grubunda ise daha azdır.

Tablo 2 : Dünya, Gelişmiş Ülkeler, Gelişmekte Olanlar ve Türkiye'de Yaşlara Göre Ölüm Oranları 1980 yılı

<u>Ülkeler</u>	<u>Yaş Grupları(%)</u>			
	<u>0-14</u>	<u>15-44</u>	<u>45-64</u>	<u>65</u>
Türkiye	33	47.4	16	3.6
Gelişmiş Ülkeler	23	45.	21	11
Gelişmekte Olanlar	39	44	13	4
Dünya Ortalaması	35	44	15	6

Kaynak: Necmi Tanyolaç ve Vedia Dökmeci., İstanbul İli Sağlık Tesisleri Master Planı (1986-2000), B.Ü. Biyo Medikal Enstitüsü, İTÜ Çevre ve Şehircilik Uygulama Araştırma Merkezi. İstanbul, 1988. s.7.

Ölüm nedeni olan hastalıklar oranı ise Tablo 3'de incelenmektedir. Dünyada, ölüm nedeni olan hastalıklar, oran sırasına göre: 1- Kardiovasküler %23.0, 2- Solunum sistemi %13, 3- Habis tümörler %9 ile ilk sırayı almaktadır. Gelişmiş ülkelerde solunum sistemi üçüncü sıraya inmiş ancak, Kardiovasküler yüzde oranı 48 ve habis tümör oranı da %19 olarak büyük artışlara ulaşmıştır.

(29) Necmi Tanyolaç ve Vedia Dökmeci, İstanbul İli Sağlık Tesisleri Master Planı (1986-2000), B.Ü.Biyo Medikal Enstitüsü, İTÜ Çevre ve Şehircilik Uygulama Araştırma Merkezi, 1988, s.3.

Tablo.3: Ölüm Nedeni Olan Hastalıkların Oranı(%)

	<u>Hastalık Grupları</u>						
	<u>(A)</u>	<u>(B)</u>	<u>(C)</u>	<u>(D)</u>	<u>(E)</u>	<u>(F)</u>	<u>(G)</u>
Gelişmiş Ülkeler	48	19	7.5	7	0	0	18.5
Gelişmekte Olan ülkeler	16	6	15	5	6	9	44
Dünya Ortalaması	23	9	13	6	5	6	38
Türkiye	39.1	9	7.1	2.5	1.2	2.6	39.5

- A: Kardiyovasküler Hastalıklar
 B: Habis Tümör
 C: Solunum Sistemi Hastalıkları
 D: Her Türü Kazalar
 E: Tüberküloz
 F: Anterit Ve Diyare
 G: Diğer Hastalıklar

Kaynak: Necmi Tanyolaç ve Vedia Dökmeci., İstanbul İli Sağlık Tesisleri Master Planı (1986-2000), B.Ü. Biyo Medikal Enstitüsü, İTÜ Çevre ve Şehircilik Uygulama Araştırma Merkezi. İstanbul, 1988. s.7.

Gelişmekte olan ülkelerde ise kardiyovasküler ile solunum sistemi hastalıkları hemen aynı oranda ve önde, habis tümör ile zatürre aynı oranda dördüncü sırada, anterit ve diyare ise %9 oranla üçüncü sırada yer almaktadır.

Türkiye’de %39.1 oranla kardiyovasküler, %9 oranla habis tümör ve %7.1 oranla solunum sistemi hastalıkları sıralanmış bulunuyor. Bu oranlar ve sıralama Türkiye’nin ekonomik bakımdan ve iş hayatı özellikleri ile gelişmiş ülkelere benzemekte olduğunu gösterirken, aynı zamanda gelecek yıllarda, kurulacak hastanelerde kardiyovasküler, hastalıkları ve habis tümörlere ait teşhis ve tedavi olanaklarının 1986’ya nazaran artırılmasını işaret etmektedir⁽³⁰⁾.

(30) a.g.p., s.3.

Tablo.4: Hastaneler ve Yatak Adedi (1980 Yılı)

Ülke	Hastane Adedi			Yatak adedi			Yatak
	Genel	özel	Toplam	Genel	özel	Toplam	Başına
A.B.D.	6176	87	7051	1081348	252012	333360	171
Almanya	1446	1788	3234	425941	281769	707710	87
Avusturya			312	31043	53267	84310	89
Belçika	285	236	521	53889	38547	92436	107
Çekoslov.	232	348	580	118689	71987	190676	80
Danimarka	116	16	132	32295	9547	41842	120
Fransa	3017	531	3548	438460	205658	644118	82
Hollanda	184	604	788	67445	109820	177265	80
İsveç	93	618	711	60480	62594	123074	68
İsviçre	214	260	474	36531	35907	72438	90
Macaristan				71028	27244	98272	109
Norveç	84	844	928	19729	41779	61508	67
Türkiye	438	393	831	69606	28159	97765	474

Kaynak: Necmi Tanyolaç ve Vedia Dökmeci., İstanbul İli Sağlık Tesisleri Master Planı (1986-2000), B.Ü. Biyo Medikal Enstitüsü, İTÜ Çevre ve Şehircilik Uygulama Araştırma Merkezi. İstanbul, 1988. s.9.

Tablo 4 incelendiğinde İsveç ve Norveç gibi kuzey memleketlerinde özel amaçlı hastanelerin genel amaçlı hastanelerden fazla olduğu, ABD ve Fransa'da ise genel amaçlı hastanelerin özel dal hastanelerinden fazla olduğu görülmektedir⁽³¹⁾. Gelişen hastalıkların oranları genel ve özel amaçlı hastane adetlerinin tesbitine ışık tutmaktadır. Tablo 5'de 10.000 kişiye düşen doktor, hemşire, Y.hemşire ve yatak sayıları belirtilmektedir. Ülkelerarası karşılaştırmalarda görüldüğü gibi, "bir ülkenin sahip olduğu hekimlerin sayısı o ülkenin sağlıklı oluşu arasında fonksiyonel ilişki vardır. (WHO) Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre, bir bölgede veya ülkede hekim sayı-

(31) a.g.p., s.3.

sı arttıkça ortalama yaşam süresi uzamaktadır⁽³²⁾".

Tablo 5: 10.000 Kişiyeye Düşen Doktor, Hemşire, Yardımcı Hemşire ve Yatak Sayıları (1980 Yılı)

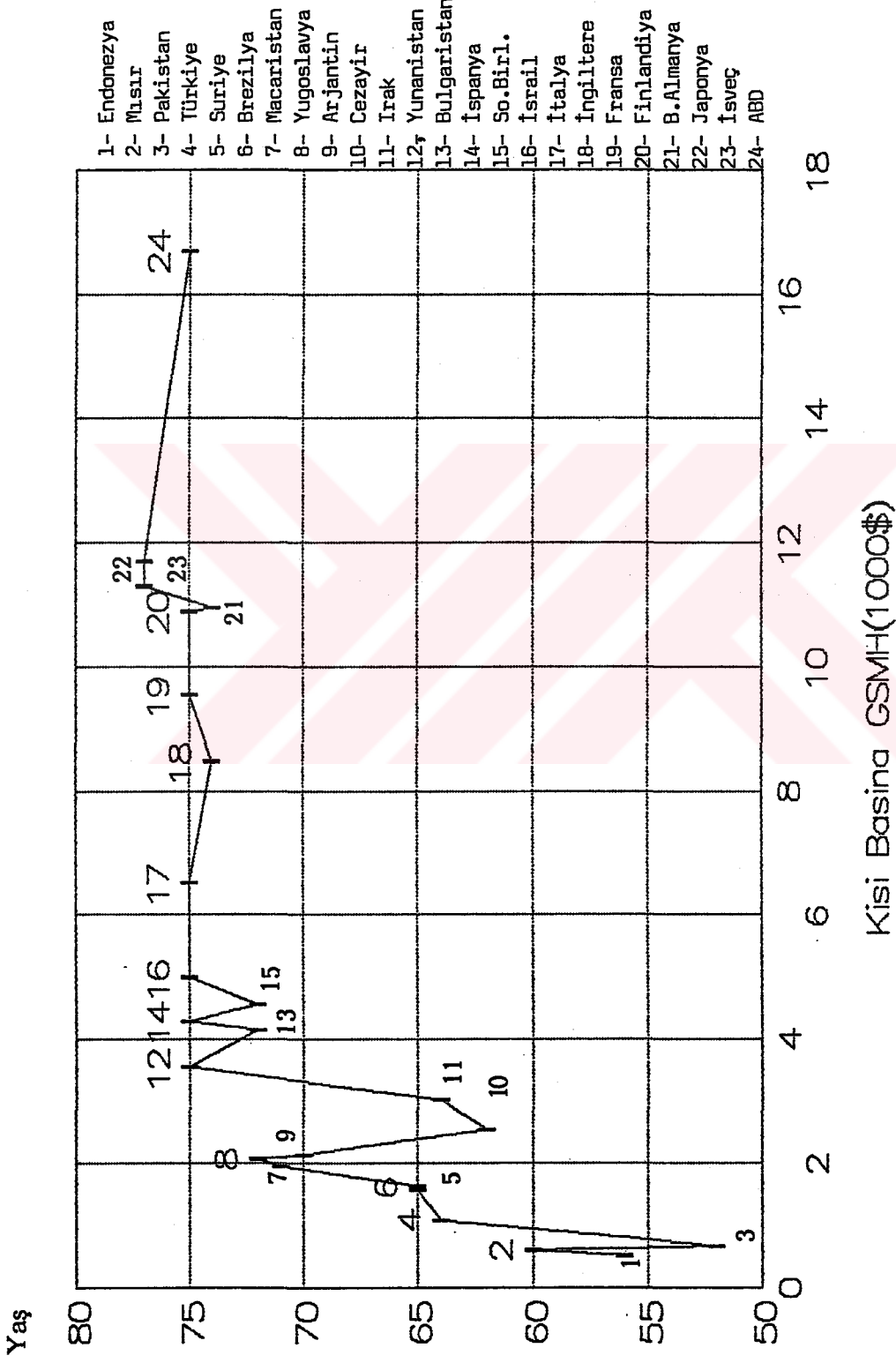
<u>Ülke</u>	<u>Doktor</u>	<u>Hemşire-Yar.Hemşire</u>	<u>Yatak</u>
	<u>Sayısı</u>	<u>Sayısı</u>	<u>Sayısı</u>
ABD	18.23	111	58.2
Almanya	22.65	65	116
Avusturya	22.67	48.5	113
Belçika	25.99	79	94
Çekoslov.	28.24	84.8	122
Danimarka	14.4	48	81
Fransa	13.39	83	119
Hollanda	14.5	78	124
İsveç	22.02	194	148
İsviçre	24.47	64	111
Macaristan	25.61	71	91
Norveç	20.27	140	200
Türkiye	6.13	7.7	22.2

Kaynak: Necmi Tanyolaç ve Vedia Dökmeci., İstanbul İli Sağlık Tesisleri Master Planı (1986-2000), B.Ü. Biyo Medikal Enstitüsü, İTÜ Çevre ve Şehircilik Uygulama Araştırma Merkezi. İstanbul, 1988. s.9.

4.2. GSMH ve Sağlık Düzeyi

Ülkelerin sağlık düzeyleri kalkınmışlıkla yakından ilgilidir. "Gelişmekte olan ülkelerde sağlık planlaması ile ilgili raporu hazırlayan DSÖ Uzmanlar Komisyonu, sağlık hizmetleri ile kalkınma arasın-

(32) Tokgöz, s.502.



Grafik 1: GSMH ile Ortalama Yaşam Süresi Arasındaki İlişki

da, ülkelerin gelişme düzeyine göre değişen derecede, ilişki bulunduğunu tespit etmiştir⁽³³⁾.

Sosyo-ekonomik gelişmeleri ileri düzeyde bulunan ülkelerin sağlık düzeyi gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelere nazaran daha iyidir.

Ülkelerin sağlık düzeylerini karşılaştırmak amacıyla oluşturulan Tablo 1'deki veriler incelendiğinde, kişi başına düşen GSMH ile ülkelerin sağlık düzeyleri arasında yakın bir ilişkinin bulunduğu gözlemlenir.

Sağlık düzeyinin saptanması için en belirgin gösterge ortalama yaşam süresi olmakla beraber bebek ölüm oranı, beş yaşından küçük çocuk ölüm oranı, anne ölüm oranı, nüfus artış oranı, toplam doğurganlık oranı ve kaba doğum oranı gibi ölçütler, genel sağlık durumunu olduğu kadar, toplumsal ve ekonomik durumu kısaca toplumun gelişmişlik düzeyini en kapsamlı ve en iyi şekilde yansıtan ölçütlerdir. Bu ölçütler arasında da ters veya doğru orantılı fonksiyonel ilişkiler bulmak mümkündür. Ancak konu dışına çıkmamak amacıyla, sağlık göstergelerinin yalnızca GSMH ile ilişkileri, Ek-A Tablo 1'deki regresyon sonuçlarından hareketle aşağıda grafikleriyle incelenmiştir.

GSMH ile Ortalama Yaşam Süresi Arasındaki İlişki:

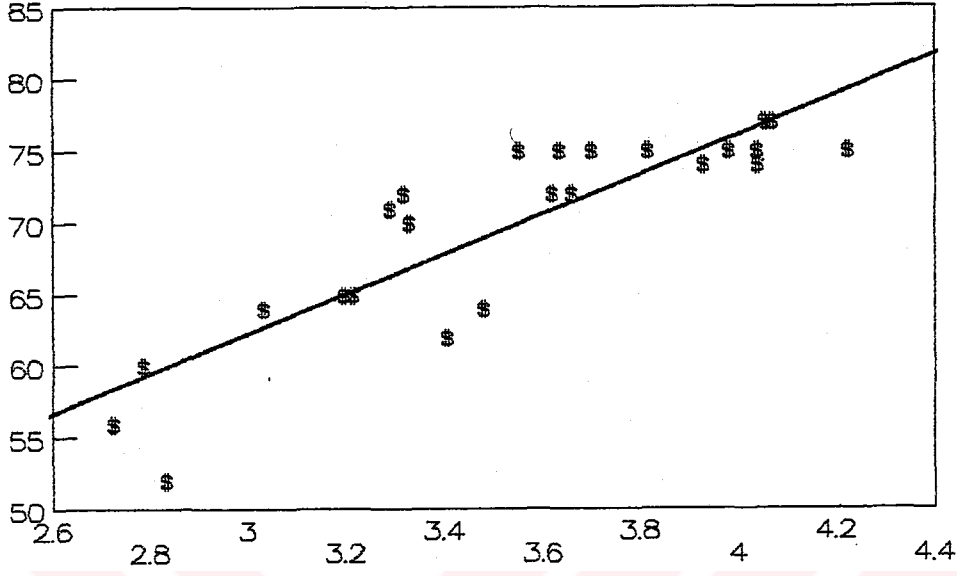
Grafik 1'de gelişmiş ve gelişmekte olan yirmidört ülke, yatay ekseninde gelişmişlik dereceleri (gelişmenin en iyi göstergesi olarak kabul edilen kişi başına GSMH) dikkate alınarak sıralanmıştır⁽³⁴⁾. Dikey ekseninde ise sağlık göstergesi olan ortalama yaşam süresi (OYS) ile ilgili sayısal değer (Yıl) yer almaktadır.

Grafikte görüldüğü gibi kişi başına GSMH'nın aynı değerlerindeki, aynı miktardaki artışa karşı düşen OYS artımı, büyük değer

(33) Dünya Sağlık Örgütü, National Health Planning in Developing Countries, Report of a WHO Expert Committee, s.13'den Arif Nuri Tuç, s.80.

(34) Türkân Öncel, Parafiskal Yükümlülükler, Güryay Matbaası, İstanbul, 1983, s.38-40.

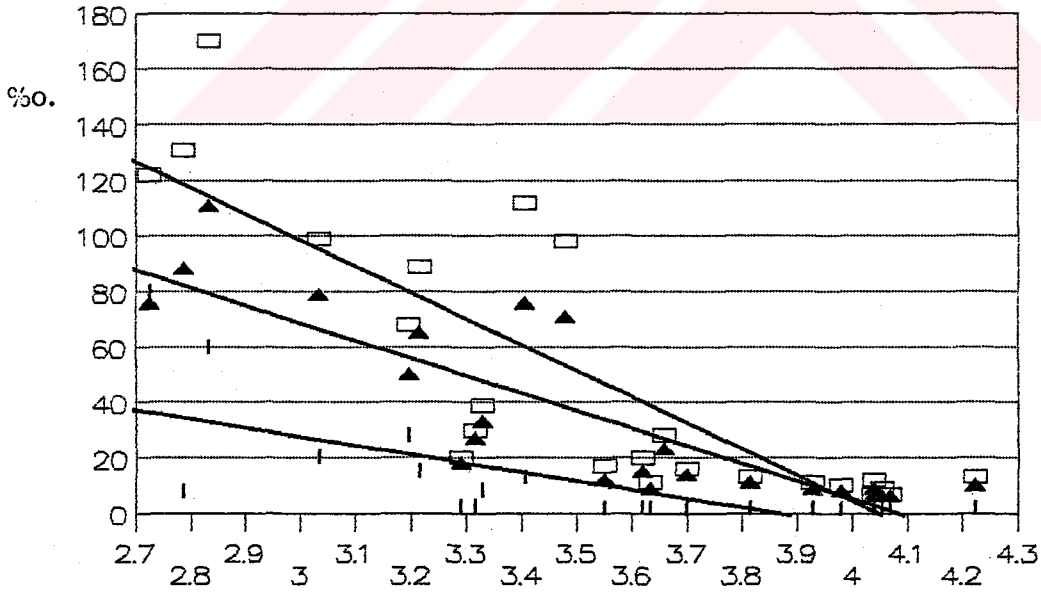
Yıl



Log [Kişi Başına GSMH (\$)]

$$Y = 13.9 * \text{Log}[\text{Kişi Başına GSMH} (\$)] + 20$$

Grafik 2: GSMH ile Ortalama Yaşam Süresi Arasındaki Regresyon İlişkisi



Log [Kişi Başına GSMH (\$)]

Grafik 3: GSMH ile Anne Ölüm Oranı (I), GSMH ile Bebek Ölüm Oranı (▲),
GSMH ile Beş Yaşından Küçük Çocuk Ölüm Oranı (□);
Aralarındaki Regresyon İlişkileri

lerdeki aynı miktara karşı düşen OYS artışından fazladır.

Diğer bir deyişle kişi başına GSMH'nin yaklaşık 1000 \$'dan 2000 \$'a doğru artışı halinde OYS'nin 60'dan 72'ye doğru 12 yıl artışı fakat daha sonraki GSMH değerlerindeki artışlara göre OYS'nin daha yavaş bir eğimle artışı görülmektedir. Örneğin 8500 \$'dan 9500 \$'a olan artışında OYS'nin artışı bir yıl civarındadır.

Yatay eksenindeki (kişi başına GSMH \$) değerlerin logaritması alınarak yarı logaritmali bir grafik çizildiğinde OYS'nin GSMH'nin logaritması ile belli limitler içinde lineer (doğrusal) olarak değiştiği belirgin olarak görülmektedir (Grafik 2).

Sonuç olarak grafik 2'deki "OYS ile yaşam düzeyi (veya kişi başına gelir dersek) arasındaki ilişki, sağlık düzeyinin genel ekonomik duruma bağımlılığını açıkça gösteriyor"⁽³⁵⁾.

GSMH İle Anne Ölüm Oranı (AÖÖ), Bebek Ölüm Oranı (BÖÖ) ve Beş Yaşından Küçük Çocuk Ölüm Oranı Arasındaki İlişki:

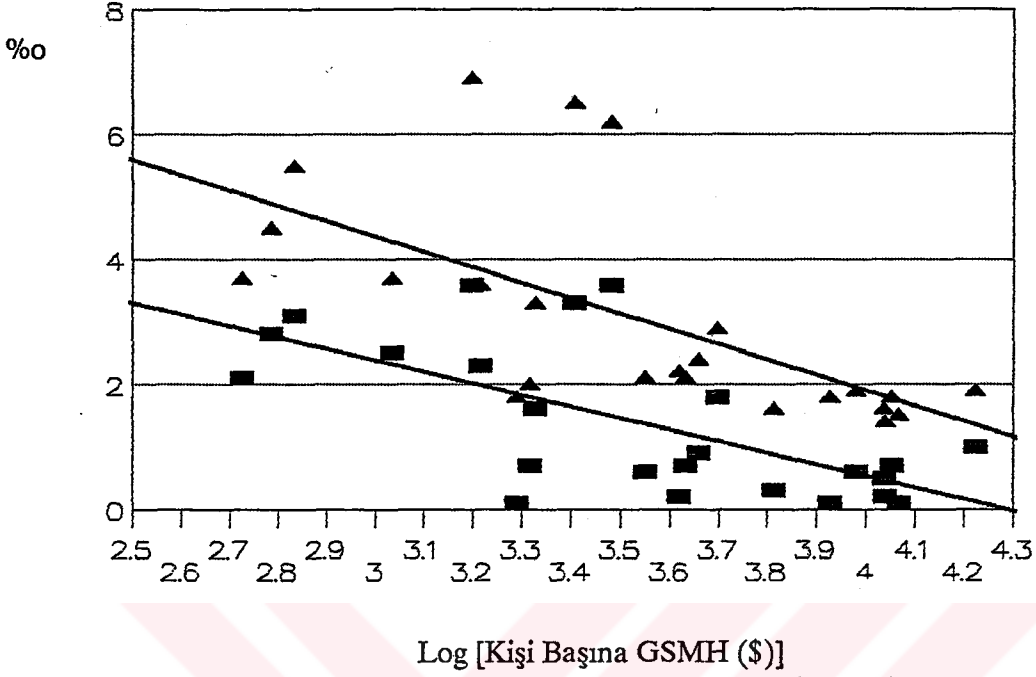
GSMH ile AÖÖ., BÖÖ. ve beş yaşından küçük çocuk ölüm oranı aralarındaki ilişki Grafik 3'de görüldüğü gibi birbirlerine paralel olduğu için aynı grafikte incelenmişlerdir.

GSMH artarken her üç gösterge oranlarının azaldığı, GSMH'nin logaritmik değerleri ile ters orantılı ve yaklaşık olarak doğrusal azaldığı görülmektedir.

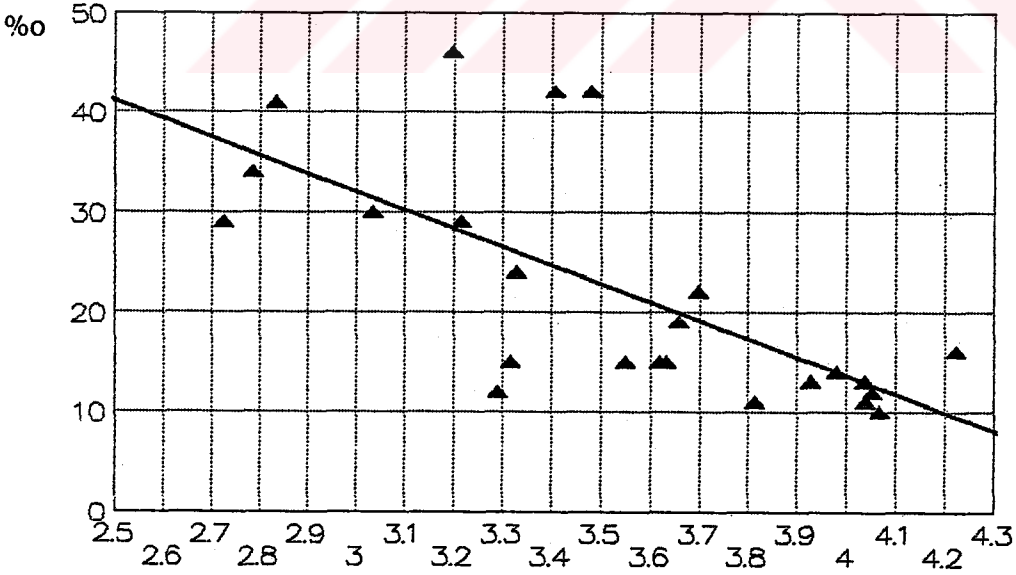
GSMH ve Nüfus Artış Oranı (NAO), Toplam Doğurganlık (TDO) ve Kaba Doğum Oranı (KDO) Arasındaki İlişki:

GSMH ile NAO, TDO ve KDO arasında da paralel bir ilişki olduğu Grafik 4 ve Grafik 5'de görülmektedir. Sonuç olarak grafiklerdeki bu ilişkilerin ifade ettiği anlam, bir ülkenin GSMH'sı artıkça

(35) Guillaumont, s.214.



Grafik 4: GSMH ile Nüfus Artış Oranı (■) ve GSMH ile Toplam Doğurganlık Oranları (▲), Arasındaki Regresyon İlişkileri



Grafik 5: GSMH ile Kaba Doğum Oranı Arasındaki Regresyon İlişkisi

sağlık göstergelerinin olumlu olarak değiştiğidir(*)).

Ancak bu ilişkiler gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki farklı nitelikleri taşımaktadırlar. Gelişmekte olan ülkelere, kişi başına düşen GSMH'daki artışlara paralel olarak toplumların sağlık düzeylerinde olumlu bir gelişme gözlemlenir⁽³⁶⁾. Örneğin; Endonezya, Mısır'a ilişkin sağlık göstergeleri ile İngiltere karşılaştırıldığında bu toplumların sağlık düzeylerinin olumlu geliştirilmesinde kişi başına düşen GSMH'nın önemli bir rolü bulunduğu söylenebilir.

Öte yandan, kişi başına düşen GSMH (\$) yönünden aralarında iki katından çok fazla fark bulunan İngiltere ile ABD'nin sağlık göstergeleri arasında önemli sayılabilecek ayrımlar bulunmamaktadır.

Bu durum özellikle gelişmiş ülkelerde, belli bir düzeyden sonra, kişi başına düşen GSMH'nın toplumların sağlık düzeylerinin gelişmesinde pek etkili olmadığını, paralelinde bilimsel ve teknik gelişmelere gereksinim duyduğunu göstermektedir.

(36) Alpugan, s.138-139.

(*) Bu incelemeler yapılırken görülen bazı sapmaların, örneğin: Pakistan, Cezayir, Irak gibi ülkelerin istatistiksel verilerinin güvenilirliği ve ülkenin içinde bulunduğu savaş vs. gibi nedenlerin yorumlarımızı pek etkilememesi gerektiği varsayılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM TÜRKİYE'DE SAĞLIK SORUNLARI

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SORUNLARININ BOYUTLARI

"Bugün Türkiye'nin önde gelen sağlık sorunlarının başında yüksek doğurganlık, bebek ve ana ölümleri, beslenme bozuklukları, kontrol altına alınamayan çevresel sorunlar ve nüfusun hızla artması konuları gelmektedir."⁽³⁷⁾

Türkiye'de sağlık sorunları, bu aşamada nüfus artışı, beslenme, çevre koşulları, erişkinlerde ve bebeklerde ölüm nedenleri unsurları çerçevesinde ele alınacak ve daha sonra ülkemizdeki sağlık sisteminin tarihsel gelişimine değinildikten sonra, sağlık hizmetlerinin örgütsel yapısı ve bu örgütsel yapıyı destekleyen kaynakların günümüzdeki durumu ve sorunlar ile kalkınma planlarında uygulanan sağlık politikaları incelenecektir.

1.1. Türkiye'de Nüfus Artışı

XX.yy'ın en önemli sorunlarından biri nüfus artışıdır. Hızlı nüfus artışı beslenme, konut, eğitim, çevre koşulları gibi etmenleri de belirleyerek sağlığı dolaylı yoldan da etkilemektedir. Bu nedenle, aşırı nüfus artışı genel bir sağlık sorunu olarak ele alınabilir⁽³⁸⁾.

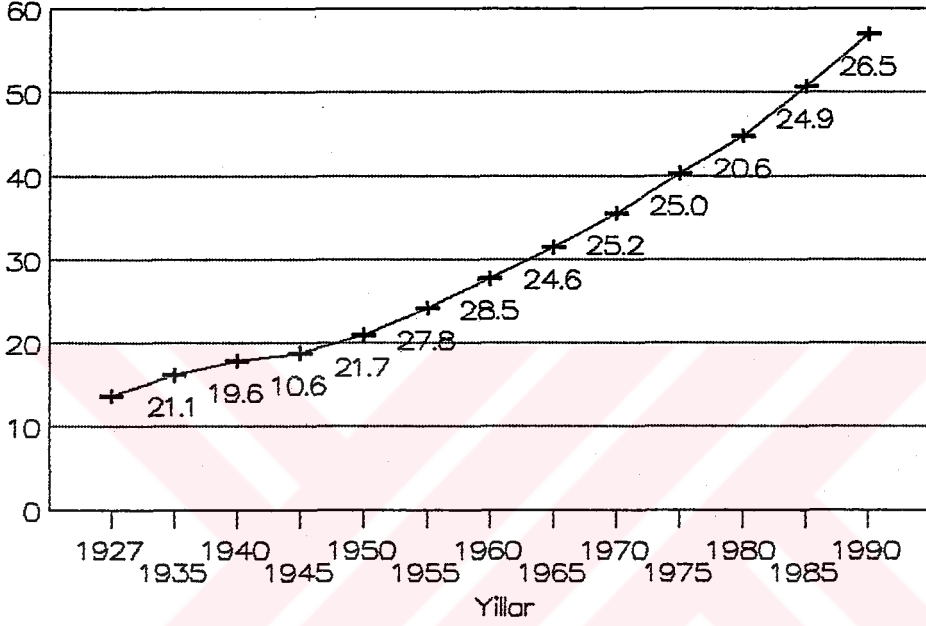
Grafik 6'da⁽³⁹⁾ ülkemizdeki nüfus artışını görüyoruz. T.R.-

(37) Çoruh, s.8.

(38) Ünver Çınar, Sağlık Sistemlerinde Yöneylem Araştırması, ODTÜ, Ankara, 1982, s.160.

(39) Grafik 6, D.İ.E., Türkiye İstatistik Cep Yıllığı 1988, s.13-14'deki verilere göre yapılmıştır.

Malthus'un nüfus baskısını belirtmek amacıyla her 25 yılda iki katı nüfus büyümesine ait ileri sürdüğü örnek, binde 26,5 oranında nüfus artış hızını yansıtır. Türkiye'de nüfus 20 yıldan beri Malthus'un sakıncalı bulduğu % 26,5 nüfus artış hızı ile artıyor⁽⁴⁰⁾.



Grafik 6: Türkiye'de Nüfus Artışı (Yıllık %o.)

Bir ülkedeki nüfus artış düzeyini belirleyen üç ana olay vardır. Demografik olaylar dediğimiz bu olaylar doğumlar, ölümler ve göçlerdir.

Sağlık hizmetlerinin ana amacı toplumda ölümleri azaltmak ve yaşam süresini uzatmak olduğundan ölüm oranları üzerindeki değerlendirmeler sistemin etkinliği hususunda bazı bilgiler vermektedir. Tablo 6'da belirtildiği gibi, ülkemizde doğum oranında yavaş ve ölüm oranlarında oldukça hızlı bir düşüş vardır⁽⁴¹⁾.

(40) Ali Nejat Ölçen, Nüfus Sorunu ve Toplum Sağlığının Ekonomik Analizi, H.Ü.Yayınları: D-27, Ankara, 1979, s.29.

(41) Çınar, s.161.

Tablo 6: Türkiye'de Doğum ve Ölüm Hızları

Yıllar	Kaba Doğum Hızı (‰.)	Kaba Ölüm Hızı (‰.)
1950 - 1955	46.7	20.7
1955 - 1960	45	17.8
1960 - 1965	41.2	14.7
1965 - 1970	38.4	12.7
1970 - 1975	34	10
* 1975 - 1980	31.7	10
* 1980 - 1985	31.6	8.6
1985 - 1990	29.9	7.8
* 1990 - 1995	28.5	6.9

Kaynak: D.P.T., IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983, Yayın No: 1664, Ankara 1979., VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994.
 (*) : Gerçekleşme Tahmini.

Türkiye yüksek doğurganlık nedeniyle nüfusu hızla artan bir ülkedir. "Doğurganlık düzeyi evlilik, emzirme uzunluğu, sterilizasyon dahil gebelikten koruyucu yöntemlerin kullanılması, kürtaj olmak üzere 4 esas faktöre dayanmaktadır⁽⁴²⁾. Türkiye doğurganlık araştırması sonuçları "...eğitimin doğurganlık hızındaki açık etkisini göstermektedir⁽⁴³⁾." Toplam doğurganlık hızı ulusal düzeyde 4.3, kırsal kesimde 5.1 ve kentlerde 3.7'dir. Hızlar arasında farklılık ülkenin batısı 2.9 ile doğusu 6.3 arasında son derece büyüktür⁽⁴⁴⁾.

Çünkü eğitim, doğurganlığı etkileyen çeşitli değişkenleri ya doğrudan ya da dolaylı etkileyerek doğurganlığı azaltıcı yönde etki etmektedir. Bu etkide kadının eğitimi ve kentsel yörede eğitimin rolü daha da belirgindir⁽⁴⁵⁾.

(42) Çoruh, s.25.

(43) a.g.m., s.26.

(44) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.18.

(45) Ayşe Akın, "Eğitim ve Sağlık", Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu, s.115.

1.2. Türkiye'de Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme, yaşamın her döneminde insan sağlığının temelini oluşturur. Kötü beslenme nedeniyle sağlığını yitirme tehlikesiyle karşı karşıya bulunanların başında, yoğun fiziksel güç harcayan kişiler, hamile ya da emzikli anneler ve bebeklerle çocuklar gelir.

Gebelik dönemi ve doğumdan sonraki ilk beş yıl, gelişimin en hızlı olduğu dönemlerdir. İnsan beyninin gelişimi, büyük ölçüde bu dönemde tamamlanır. Çocuğun sağlığı en çok bu yaşlarda tehlike altındadır. Sağlıklı gelişimi olumsuz yönde etkileyebilen etmenlerin başlıcaları, yetersiz ve dengesiz beslenme, enfeksiyonlar, olumsuz sosyal ve fiziksel çevredir. Kuşkusuz bu etmenler arasında karşılıklı etkileşimler de vardır.

IV.Beş Yıllık Kalkınma Planında çocuk ve kadınlardaki yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları şöyle belirtilmiştir: Beslenmeye özen gösterilmesi gereken yeni doğmuş ve küçük çocuklarda beslenme sorunlarına çok sık rastlanmaktadır. 0-5 yaştaki çocukların % 20'sinde, yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı büyüme ve gelişme gerilikleri olduğu saptanmıştır. Çocuk ölümlerinin % 50'sinin beslenme bozukluklarından kaynaklandığı söylenebilir. Öte yandan Türkiye'de kadınlara doğum öncesi ve sonrasında gerekli özel bir beslenme uygulanamaması, bir halk sağlığı sorunu olarak ağırlık taşımaktadır(46)."

Tüm Türkiye'de karşılaşılan bu sorunlar kimi yörelerde daha da ağırlaşmaktadır. Hacettepe Üniversitesi tarafından 1974 yılında yapılan ulusal beslenme araştırmasına göre, yetersiz beslenme en çok Akdeniz ve Doğu-Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde kendini göstermektedir(47).

(46) D.P.T., IV.Beş Yıllık Kalkınma Planı 1978-1983, DPT Yayın No. 1664, Ankara, 1979, s.319.

(47) Üner, s.52.

"Yetersiz ve dengesiz beslenmenin çeşitli faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir. Bunlar arasında özellikle et, süt gibi protein içeren yiyeceklerin yetersiz üretilmesi ve tüketimi başta gelmektedir. Diğer bir faktör, özellikle Doğu Anadolu bölgesinde gelir düzeyinin düşüklüğü olarak belirlenmektedir. Bir başka neden ise, beslenme konusundaki kamu eğitiminin yetersizliği ve yokluğu ile özellikle gebe ve emzikli annelerle küçük çocukların beslenme gereksinmelerinin yeterli ölçüde bilinmemesinden kaynaklanmaktadır⁽⁴⁸⁾."

1.3. Türkiye'de Çevresel Etkenler

İçme ve kullanma suyu, sağlığı etkileyen öğelerin başında gelir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" programında öngörülen en önemli hedeflerden biri, nüfusun en geniş kesiminin sağlıklı içme-kullanma suyuna kavuşturulmasıydı.

Bugün Türkiye'de kırsal yerleşim yerlerinin % 62'sinde içme suyu vardır. suyu yetersiz birimlerin oranı % 20, suyu olmayanların ise % 18'dir. Kırsal kesimdeki konutların % 95'inin sağlık ve teknik koşullara uygun olmadığı ve bu yerleşim sisteminden yoksun bulundukları bilinmektedir. Kırsal alandaki yerleşim merkezlerinde kanalizasyon çalışmalarını organize edecek bir kuruluş bulunmamaktadır⁽⁴⁹⁾."

Kanalizasyon şebekelerinin yetersizliği, doğal artıkların ortadan kaldırılması için sağlıklı çözümlerin geliştirilememiş olması, su kirlenmesini kolaylaştırmakta, sorun ağırlaşp karmaşıklaşmaktadır. Kuşkusuz su ve kanalizasyon şebekelerinin bu durumu ile koruyucu sağlık hizmetleri arasında çok yakın bir ilişki vardır.

Sağlığa uygun nitelikte içme-kullanma suyu olmayan durumlarda, su ile geçen öteki bulaşıcı hastalıkların başlıcaları, bebek ishal-

(48) a.g.e., s.52.

(49) Şevket Özdemir, Türkiye'de Toplumsal Değişme ve Çevre Sorunlarına Duyarlılık, Palme Yayınları, Ankara 1988, s.28-29.

lerinin yanı sıra, kolera, tifo, dizanteri ve bulaşıcı sarılıktır. Türkiye genelinde su kaynakları ve su tüketimi çok yetersizdir. Ayrıca, SSYB'nin öngördüğü denetim de yapılamamaktadır. Yılda ortalama 400.000 su örneği değerlendirilmesi öngörülmüşken, bunun ancak % 10'u kadar örnek incelenebilmektedir. Bu incelemelerin yaklaşık % 40'ında sağlığa zararlı etkenler bulunmuştur⁽⁵⁰⁾.

Sağlığa uygun olmayan konutlarda sıkışık yaşama biçimi de başlı başına bir sorun oluşturmaktadır. Verem, cüzzam, trahom gibi hastalıkların bulaşmasında en önemli etkenlerden biri sıkışık yaşamdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlıklı yaşamak için, konutlarda kişi başına bir oda düşmesi gerekmektedir⁽⁵¹⁾. "1970 ve 1980 yılları arasında kentlerde evlerin ortalama oda sayısı 2.3'den 2.86'ya yükselmiştir; aynı zamanda hane başına ortalama kişi sayısı 5.7'den 5.2'ye düşmüştür⁽⁵²⁾."

"Büyük kentlerde belediye kaynakları giderek büyüyen su açığı, kanalizasyon, çöp ve benzeri sorunları çözmeye yeterli olmadığından hızlı kentleşme, çevre kalitesini oldukça azaltmıştır. Bu sorunlar hava ve su kirliliği yoluyla sağlık koşullarını etkileyen yeni sanayi dallarının ortaya çıkışına ilişkin organize sanayi bölgelerini düzenleyici kuralların bulunmayışı ile şiddetlenmektedir. Son olarak, yüksek oranda meslek hastalıkları ve kazalar, hızlı sanayileşme nedeniyle ortaya çıkmış bulunmaktadır; bu hastalık ve kazalar güvensiz ve sağlıksız çalışma koşullarının hüküm sürdüğü küçük kuruluşlarda ve aile işletmelerinde dahi oldukça yüksektir⁽⁵³⁾."

Örneğin 1987 yılında SSK istatistikleri, 2.878.925 sigortalı işçi arasında ciddi iş kazası ve meslek hastalığı olarak 159.672 vak'a-ya rastlandığını göstermektedir. Bu vak'aların 2732'si işgöremezlik ve 1149'u ölümle sonuçlanmıştır⁽⁵⁴⁾.

(50) "Türkiye Genel" Yurt Ansiklopedisi.

(51) a.g.a.

(52) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.20.

(53) a.g.e., s.20.

(54) Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, SSK İstatistik Yıllığı 1987, Yayın No.483, Ankara, 1988, s.51.

Kıt teknik ve mali kaynaklar nedeniyle sınırlı başarı gösteren belediyeler, gıda kalite kontrol uygulamasının tüm sorumluluğunu taşımaktadırlar. Üstelik bu çalışmanın tasarım ve denetimi için sorumluluk 6 ayrı bakanlığa pay edildiğinden bu alandaki tüzük ve yönetmelikler ciddi biçimde uygulanamamaktadır⁽⁵⁵⁾.

1.4. Türkiye’de Erişkinlerde ve Bebeklerde Ölüm Nedenleri

Ülkemizde başlıca ölüm nedenleri olarak kalp, kanser, zatürre, kızamık gibi hastalıklarla çeşitli kazalar başta gelmektedir. Ölüm nedenleri, yerleşme yerlerine bağlı olarak kırdan kente ve metropollere geçildikçe farklılık göstermektedir. Ayrıca bebek ölümleri ile yetişkin ölümleri arasında da açık farklılıklar bulunmaktadır⁽⁵⁶⁾.

a) Yetişkinlerde Ölüm Nedenleri

Erişkin ölümlerinin başlıca nedenleri zatürre, bronşit, anfi-zem astım ve habis tümörlerdir. 45 yaş ve daha üzerindeki nüfus için koroner hastalıklar ölümlerin % 40’ının nedenini oluşturmaktadır; bunu % 12 ile habis tümörler ve % 8 ile damar hastalıkları izlemektedir. Ne oranda olursa olsun kardiyovasküler hastalıklardan meydana gelen ölümler ve erişkin erkekler arasında rastlanan yüksek akciğer kanseri insidansı, çok yüksek oranda tütün kullanımının doğrudan bir sonucudur. Anne ölümleri, sık gebelik ve yüksek çocuk aldırma insidansı doğum öncesi ve sonrası bakımın yetersizliğini yansıtmaktadır⁽⁵⁷⁾.

(55) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.20.

(56) Sunday Üner, Türkiye Nüfusu Boyutlar, Sorunlar, Yorumlar, H.Ü. Nüfus Etüdları Enstitüsü, Ankara, 1984, s.52.

(57) Çoruh, s.12.

b) Bebek Ölüm Nedenleri

Bebek ölüm nedenleri dikkate alındığında metropellerde doğuştan olan anomaliler, dizanteri, diyareli hastalıklar ve zatürre başlıca ölüm nedenleri olarak çıkmaktadır. Yerleşme grupları küçüldükçe zatürrenin ölüm nedeni olarak ağırlığı artmaktadır. Örneğin, kırsal yörelerde bebek ölümlerinde zatürrenin yanı sıra, bulaşıcı hastalıklar da önemli bir rol oynamaktadır. Az gelişmiş kırsal yörelerde ise, bebek ölümlerinin yüzde 18'i bulaşıcı hastalıklardan ileri gelmektedir(58).

Ülkemizde bebek ölümleri zaman içinde azalan bir eğilim göstermişse de, ölümlerin genel düzeyi göz önüne alındığında, bebek ölüm hızının yüksek bir düzeyde olduğu görülmektedir.

1940'ların sonlarında binde 260 olan bebek ölümleri, 1963 yılında binde 208, 1973 yılında binde 150'ye, 1981-1982 yılında binde 102'ye düşmüştür. VI.Beş Yıllık Kalkınma Planı nüfus tahminlerine göre 1985-1989 döneminde 65,22 oranında iken alınan tedbirler sonucunda 1990-1995 döneminde 51,33'e azaltılması amaçlanmıştır.

- Ülkenin gelişmişlik düzeyi gözönüne alındığında bu durum bile olması gerekenin çok gerilerindedir. Zira günümüzde gelişmiş ülkelerin bebek ölüm hızlarının binde 6 ile 10 arasında olduğu söylenebilir.

"Bu yüksek bebek ölümü birçok nedenlerin yanı sıra; yüksek doğurganlık düzeyi, doğum öncesi kötü bakım, sık doğum, yanlış beslenme ve çevresel faktör bozukluklarının bir göstergesidir. Bu aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili ve çoğunlukla kullandığı isteksizliğe bağlı olarak ortaya çıkan sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanmama durumunun sonucu olmaktadır(59)."

1983 yılında yapılan araştırmanın bulgularına göre; son üç yılda bebek ölümlerinin toplam ölümler içindeki yeri % 33,7'dir. Bu

(58) Üner, s.53.

(59) Çoruh, s.11.

oran bölgeler ve kırsal-kentsel yerleşim yerlerine göre farklılık göstermektedir. Küçük nüfuslu yerleşim birimlerinden büyük nüfuslu yerleşim yerlerine gidildikçe ve Türkiye'nin doğusundan batısına gidildikçe bebek ölüm hızları azalmaktadır⁽⁶⁰⁾.

Tablo 7 de de görüldüğü gibi bölgeler arasında hem kentsel, hem de kırsal yerlerde ölen bebeklerin doktor muayenesinden geçme oranlarında farklılıklar vardır. Batı Anadolu Bölgesinde bu oran en yüksek, İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinde en düşüktür⁽⁶¹⁾.

Dolayısıyla Tablo 7'den günümüz Türkiye'sinde bebek ölümlerinin azaltılabilmesi için gerekli faktörlerden bir tanesinin de sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması olduğunu kendiliğinden ortaya çıkıyor.

"Ölüm nedenlerinin de ortaya koyduğu gibi nüfusumuz ölümler açısından ikili bir yapıya sahiptir. Yalnızca bebek ölümleri dikkate alındığı zaman, ölüm örüntüsü daha çok, diğer gelişmekte olan ülkelerdeki örüntüye benzemekte, yetişkin ölümlerinde görülen örüntü dikkate alındığında ise gelişmiş ülkelere özgü bir ölüm yapısı gözlenmektedir⁽⁶²⁾."

Tablo 7: Bebek Ölümlerinin Bölgelere ve Yerleşim Bölgelerine Göre Ölmeden Önce Doktor Muayenesinden Geçme Yüzdeleri

Bölge	Yerleşim Yeri		
	Kent	Kır	Toplam
Batı	81.3	51.4	67.7
Güney	74.7	49.8	59.6
İç Anadolu	*	54.8	59.5
Doğu	64.6	52.9	55.3 *

(*) Bu göze düşen ağırlıksız gözlem sayısı 4 olup bu bebeklerin hepsi doktor muayenesinden geçmiş bulunmaktadır.

Kaynak: Türkiye'de Bebek Ölümlerinde Temel Etkenler, Editör Ergül Tunçbilek, H.Ü. Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 1988, s.50.

- (60) Sevit Cerit ve Banu Akadlı, "Türkiye'de Bebek Ölümlerine Genel Bir Bakış", Türkiye'de Bebek Ölümlerinde Temel Etkenler, Editör: Ergül Tunçbilek, H.Ü. Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 1988, s.10-11.
- (61) Sevit Cerit ve Turgay Ünal, "Bebek Ölümlerinde Tıbbi Bakımın Önemi", Türkiye'de Bebek Ölümlerinde Temel Etkenler, s.50.
- (62) Üner, s.53.

2. SEKTÖREL ÖRGÜTLENME

2.1. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi⁽⁶³⁾

2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Türkler tarih boyunca Anadolu'da çeşitli sağlık ve tıp eğitim tesisleri kurmuşlardır. Selçukluların ve sonra Osmanlıların bu gelişmelere büyük katkısı olmuş, diğer bilim dalları yanında tıp teşvik edilmiş ve bilim adamlarına itibar gösterilmiştir. Terzioğlu⁽⁶⁴⁾ tarafından yapılan incelemelerde Kars'ta Alparslan devrinde yapılan hastane ile Sultan Melikşah ve Sultan Mahmut'un (1092-94) zamanında Selçuk ordusunda develerle taşınan seyyar hastaneler bulunduğu belirtilmektedir.

Daha sonra Artukluların 1108-1122 yıllarında Mardin, Silvan ve Harput'ta kurdukları hastaneler Anadolu'daki en eski Türk hastaneleri arasındadır. Selçuklular devrinde bu gelişmeler devam etmiş ve 1206 yılında Kayseri'de Darüşşifa ve Tıp Okulu kurulmuştur. "Bunu 1217'de Sivas Darüşşifa ve Tıp Okulu, 1228'de Divriki Darüşşifası, 1219-1233'de Konya Darüşşifası, 1272'de Kastamonu Maristan'ı, 1275'de Tokat Darüşşifası, 1288'de Sivas Düşkünler Evi veya Münevverler Yurdu, Erzurum, Erzincan Darüşşifaları ile Mardin Maristan'ı ve nihayet 1308 yılında tamamlanan Amasya Darüşşifası takip etmektedir. Bu hastanelerde hem hasta tedavi edilir, hem de usta çırak usulü hekim yetiştirilirdi.

1308 yılında Selçuklu Devletinin sona ermesinden sonra Osmanlılar genel olarak Selçuk hastaneleri olmayan kentlerde sağlık tesisleri kurmuşlardır. Bunlar arasında 1355'de kurulan Bursa Darüşşifası ve 1421'de kurulan Edirne Cüzzamhanesi belirtilebilir. Osmanlılarda XV. yüzyılda "hekimbaşı" kurumu kurulmuştur. Hekimbaşılar bugünkü sağlık bakanı yetkilerine sahip kişiler olup, saray halkı dahil bütün sağlık ünitelerini, resmi ve özel bütün sağlık personelinin atar ve denetlerlerdi.

XVII. yüzyılda Sultan Bayezid II tarafından kurulan Edirne Selimiye vakfiyesinde 50 yataklı bir hastane bulunuyordu. Hastanede 1 başhekim, 2 hekim, 2 cerrah, 2 göz hekimi, 1 eczacı, 5 hastabakıcı olmak üzere toplam 21 kişi çalışıyordu. Bu çağlarda Hristiyan hasta-

(63) Çınar, s.156-159.

Bölümdeki tüm açıklamalar bu kitaptan alınmıştır.

(64) Arslan Terzioğlu, Ortaçağ İslam-Türk Hastaneleri ve Avrupa'ya Tesirleri, Belleten, 34.133, 1970.

nelerinde bakım personeli dinsel örgütlerin mensupları idi. İslam hastanelerinin önemli özelliklerinden biri laik olmalarıdır. Osmanlılar döneminde XIV.yüzyıl ortalarında hekimbaşların görevleri kısıtlanmış ve yalnızca saray mensuplarının ihtiyaçlarını karşılamaya yöneltilmiştir.

XIX. yüzyılda Türk sağlık sisteminde önemli aşamalar yer almıştır... 1827'de modern bir tıp okulu, 1838'de uluslararası karantina idaresi kurulmuş ve 1849'da Tıp Okulu, ülkenin sağlık işlerini yürütmekle görevlendirilmiştir. 1868'da kolera salgını dolayısı ile Hicaz Sağlık İdaresi, 1887'de Kuduz Müessesesi ve 1892'de Bakteri-yolojihane kurulmuştur. İlk Sağlık İşleri Meclisi, 1869 yılında askeri hekimlerinin atanması ve diğer sağlık işlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. 1861'de "Tababet-i Tıbbiye Nizamnamesi" ile memleket hakimlikleri kurulmuştur. 1896 yılında Tıp Okulu bünyesinde bir mülki sağlık işleri meclisi kurulmuş ve bu kuruluş 1906 yılında "Genel Sağlık ve Tıp İşleri Meclisi" adını almıştır. 1912 yılında Dahiliye Nezaretine bağlı bir "Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi" kurulmuştur.

2.1.2. Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyet döneminde 23 Nisan 1920'de kurulan Büyük Millet Meclisi Hükümeti Sağlık örgütünü İçişleri Bakanlığı bünyesinden ayırarak 3 Mayıs 1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nı kurmuştur. Bundan sonra en önemli gelişme 1928 yılında "Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü"nün kurulması olmuştur. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" ile Bakanlığın görevleri belirlenmiş ve bu görevler arasında, hastaların tedavisi ve özellikle mahalli idareler rehber olmak üzere örnek sağlık kuruluşları açması yer almıştır. Enstitü, bakteriyolojik tahlil ve kontrol, kimya, aşı, serum immünoloji-konsantrasyon, B.C.G. viroloji ve virus aşıları gibi çeşitli servislerden oluşmaktadır. Bu servislerin çoğu değişik zamanlarda kurulmuştur. Örneğin, Farmakoloji Şubesi 1935, Viroloji Araştırma Şubesi 1949, BCG aşı şubesi 1950 ve İlaç Kontrol Şubesi 1954 yılında faaliyete başlamıştır.

XX. yüzyıl başında koruyucu ve tedavi hekimliği birbirinden ayrı dallar olarak gelişmiş ve örgütsel gelişim de buna paralel olmuştur. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütü düzenlenirken, koruyucu

hizmetlerin yürütülmesi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının ana görevi olarak tanımlanmıştır. Tedavi hekimliği ise özel idare ve belediyelere bırakılmış, fakat yoksul hastaların hükümet hekimleri ve diğer kuruluşlar tarafından ücretsiz tedaviler öngörülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü, koruyucu hizmetlerin ana unsuru olarak geliştirilmiştir. Buna paralel olarak sıtma, trahom, frengi ve salgın bulaşıcı hastalıklarla savaş için sağlık müdürlüğüne bağlı olmayan sağlık örgütleri kurulmuştur. Bu kuruluşlar o günlerin koşulları içinde çalışmalarını başarı ile yürütmüşlerdir. Bu fonksiyonel örgüt yapısı günümüzde de sürmektedir. Bu tür örgütlenmenin önderliğini ilk sağlık bakanı olan Dr.Refik SAYDAM yapmıştır. İkinci Dünya Savaşından sonra koruyucu ve tedavi hizmetlerinin entegre bir biçimde yürütülmesi benimsenmeye başlanmış ve bu durum ülkemizi de etkilemiştir.

1946-1948 yıllarında Dr.Behçet Uz'un bakanlığı zamanında sağlık yönetiminde büyük değişiklikler olmuş ve hazırlanan bir plana göre (Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, 1947) her kırk köy için (yaklaşık olarak 20.000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Bu sağlık merkezinde ilke olarak acil vakalar için 10 hasta yatağının, iki hekimin ve koruyucu hizmetleri üretebilmek için 11 yardımcı personelin bulunması düşünülmüştür. Ayrıca bu planda tedavi ve koruyucu hizmetlerin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması görüşü de kabul edilmiştir. Ancak bu plan gereği gibi uygulanamamış, öngörülen merkezlerin bir kısmı yapılmasına rağmen bunlar etkin olmayan küçük hastaneler olarak görev yapmışlardır.

1952 yılında İşçi Sigortaları Kurumunun tedavi hizmetleri için hastane ve dispanser açarak bu alanda katkıda bulunması öngörülmüştür. Özel idareler tarafından yönetilen hastaneler 1953 yılında devletleştirilmiştir. 5.1.1961 tarihinde çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"la sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş, böylece özellikle kırsal alana daha çok ve daha kaliteli hizmet sağlanması amaçlanmıştır. Bu kanun ile sağlık hizmetlerinin devlet görevi olduğu kabul edilmiştir. Modern sağlık yönetimi

ilkelerine uygun olarak koruyucu (toplum) hekimliğine öncelik verilmiş ve tedavi hekimliğinin bunu tamamlayıcı nitelikte olması öngörülmüştür. Sosyalizasyon programının başlangıcından itibaren sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması konusunda çok çaba harcanmış ancak programın başarısı sınırlı olmuştur. Sosyalizasyon uygulamasının da büyük ölçüde başarıya ulaşamamış olması sağlık hizmetlerini iyileştirmek için yeni önlemler alınması ihtiyacını doğurmuş, sağlıklı insan gücünden daha etkin bir biçimde yararlanılması amacı ile kamu kuruluşları sağlık tesisleri ile eğitim ve öğretim kuruluşlarında görevli personelin tam gün çalışmasını öngören "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları" adı altında 29 Haziran 1978 tarihinde 2162 sayılı kanun yürürlüğe sokulmuştur. Bu kanun ile ilgili uygulama yönetmeliğinde il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev almasını özendirici koşullar getirilmiştir. Tam gün çalışan hekimlere ek ödenek getiren bu yasa 1980 yılında kaldırılmıştır.

2.2. Sağlık Sistemi Örgütsel Yapısı

Türkiye’de sağlık sektörü oldukça karmaşık bir görünüm arz etmektedir. Çok sayıda resmi, yarı-resmi ve özel kuruluşlar sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunulmasında görev almaktadır. Örneğin kamu sektöründe sağlık hizmetleri üretimi sadece SSYB ile sınırlı değildir. Tıp fakülteleri, üniversite hastaneleri yoluyla sağlık hizmetleri talebinin önemli bir bölümünü karşılamaktadır. SSK sadece kendi hastanelerinde hizmet vermekle kalmamakta, üyelerinin resmi ve özel kuruluşların hizmetlerinden yararlanmalarını da sağlamaktadır. Ordunun geniş sağlık örgütü üyelerinin, emeklilerinin ve bakmakla yükümlü olduğu yakınlarının sağlık ihtiyaçlarını da karşılamaktadır. Diğer bakanlıklar (Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı), kamu kuruluşları (PTT, TCDD) ve diğer kamu iktisadi teşebbüsleri hâlâ kendi hastanelerini işletmektedirler. Kâr amaçlı birçok özel sektör hastanelerine ek olarak dini grupların ve azınlıklarla bazı yabancı toplulukların bir çok vakıf ve hastaneleri vardır. Bu kamu ve özel kuruluşların yanında

özellikle sosyal hastalıklarla savaş amacı ile kurulmuş çeşitli (Verem Savaş, Kanserle Savaş Derneği vb. gibi) gönüllü kuruluşlar da bulunmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün verildiği üç geniş özerk sistem bulunmaktadır:(65)

- 1- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı,
- 2- Üniversiteler (Tıp Fakülteleri),
- 3- Sosyal Sigortalar Kurumu

Sözkonusu bu örgütlenmenin dışında tedavi hekimliği veren diğer kuruluşlar ve özel sektörde sunulan sağlık hizmetleri konusunda da bilgi vermeye çalışılacaktır.

2.2.1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı⁽⁶⁶⁾

Türk sağlık sistemi örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde sağlık politikasını saptayan ve denetim sorumluluğunu taşıyan örgüt, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'dır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Fonksiyonları: Bakanlık sistem içinde düzenleyici ve politik fonksiyonu üstlenmiş olup, hastaneler, klinikler, sağlık ocakları ve dispanserlerden oluşan sağlık örgütüyle koruyucu hekimliğin yanı sıra ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri vermektedir. SSYB kendisine bağlı okullarda hemşirelerin, teknisyenlerin ve ebelerin eğitimini sağlamaktadır. Bununla birlikte üyeleri ve aileleri için kendi hastanelerinde tıbbi bakım veren SSK hastaneleri üzerinde sınırlı denetimi vardır. Aynı biçimde SSYB'nin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitime ek olarak, ülke sağlığı üzerinde payı giderek artan büyük eğitim hastaneleri işleten Tıp fakülteleri üzerinde, pratikte yetkisi bulunmamaktadır.

(65) Fazıl Tekin, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı Sorunu", III.Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu (23-26 Nisan 1987 Gebze), İ.Ü.İktisat Fakültesi, Maliye Araştırma Merkezi, Acar Matbaacılık Tesisleri, İstanbul, 1988, s.61.

(66) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.26-28.

Merkez düzeyde Bakanı bir müsteşar ve üç müsteşar yardımcısı asiste etmektedir. Bakanlıkta altı Genel müdürlük ve sekiz Başkanlık vardır. Genel Müdürlük ve Başkanlıklar bir çok şubeye ayrılmışlardır. Örneğin Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünde (AÇSAPGM) üç Genel Müdür Yardımcısı, toplam 98 kişinin görevli olduğu beş daire başkanlığı ve 14 şube müdürlüğü vardır. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri projesine rağmen, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün (TSHGM) sıtma eradikasyonu ve verem kontrolü gibi dikey programları sürmektedir. Bundan başka, bu iki birim AÇS/AP konularında sorumluluğu hâlâ paylaşmaktadır: AÇSAPGM hizmet sunmayı üstlenmiş ve TSHGM sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti programını yürütmektedir. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü de çok önemli bir görevi üstlenmiş bulunmaktadır. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, uluslararası bütün sağlık tüzük ve yönetmeliklerinin uygulanması ile sınırlarda bulaşıcı ve salgın hastalıkların denetiminden sorumludur.

İl düzeyinde, Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürü, tüm kamu sağlık hizmetlerinin verilmesinden ve koordinasyonundan, sorumlu en kıdemli sağlık görevlisidir. Bununla birlikte tüm ödenekler, sağlık personeli, iş tanımları Bakanlıktan gelmektedir. Bütçe ödeneği her birim için ayrı olduğundan, Ankara'da her Genel Müdürlük kendi programını il örgütü aracılığı ile yürütmektedir.

2.2.2. Tıp Fakülteleri

Tıp Fakülteleri kamu sektöründe araştırma yaparak, yüksek düzey sağlık personeli için eğitim kuruluşları olarak ve sağlık hizmetlerini doğrudan vererek üç işlevi yerine getirmektedir.

Ülkemizde üniversiteler 1988 yılı verilerine göre 17749 yataklı 24 hastane işletmektedir. Yatakların yüzde 60'ı İstanbul, Ankara, İzmir'deki üniversite hastanelerinde toplanmıştır.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar olarak üniversite hastaneleri, özellikle eskiden kurulmuş olanlar tedavi edici hizmet vermede çok önemli rol oynamaktadırlar. Buna karşın ülkemizdeki temel sağ-

lık hizmetlerinin önemli sorunları ve üniversitelerin bu konudaki rolünü belirlemek amacıyla yapılan bir araştırma sonucunda üniversitelerin temel sağlık hizmetlerine yeterince katkıda bulunmadığı belirlenmiştir⁽⁶⁷⁾.

Tıp fakülteleri, yüksek kalitede eğitim kuruluşları olduklarından bu hastanelerden hizmet talebi çok yüksektir. Yeni bilgi ve teknolojiye daha yakın oldukları, ekipman ve malzeme olarak daha çok kaynakları bulunduğu da bir gerçektir. Ancak üniversite hastaneleri, bir çok Türk hastanesi gibi, dört yıl için atanan, idari konularda sınırlı eğitim ve ilgisi bulunan tanınmış hekimlerce yönetildiklerinden yönetimdeki yetersizlikten olumsuz etkilenmektedirler.

2.2.3. Sosyal Güvenlik Kuruluşları

Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin kökeni, hükümetçe desteklenen vakıfların, sağlık sigortasının bir bölümünü sağladığı XII. yüzyıla kadar uzanmaktadır.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde XIII. yüzyılda birçok ticaret loncası himaye edici sosyal ve ekonomik vakıf yönetirken ayrıca tarım sektöründe bir tür ekin sigortası sistemi bulunmaktaydı. XVII. yüzyılda sadece İstanbul’da yaklaşık 126.000 üyeli 1109 ticaret loncası kayıtlıydı⁽⁶⁸⁾. Zamanla bu müesseseler önemini yitirmiş ve ilk defa;

- 1865’de Divaler Paşa Nizamnamesi ile Maaddin Nizamnamesinde, iş kazalarının önlenmesi için önlemler ve tazminat ödenmesini gerektiren durumlar düzenlenmiştir.

- 1866 tarihinde Askeri Tekaüt Sandığı,
- 1861 tarihinde Sivil Memurlar Emekli Sandığı,
- 1890 tarihinde Seyri Sefain Tekaüt Sandığı,
- 1909 tarihinde Askeri ve Mülki Tekaüt Sandığı,
- 1910 tarihinde Hicaz demiryolu Memur ve Müstahdemleri-

(67) Yusuf Öztürk ve Osman Günay, "Temel Sağlık Hizmetlerinde Üniversitelerin Rolü", Toplum ve Hekim, Türk Tabipler Birliği, Mart 1987, s.41

(68) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.30.

ne Hastalık ve Kazalar İçin Yardım Sandığı,

- 1917 tarihinde Şirketi Hayriye Tekaüt Sandığı'nın kurulduğu bilinmektedir.

-1921 yılında Cumhuriyetin ilanından önce Zonguldak ve Ereğli Kömür havzasında çalışan işçiler yararına iki kanun çıkarılmıştır.

Çalışma şartlarını düzenleyen ve yardım sandığı niteliğindeki kuruluşlarla ilgili bu iki kanundan sonra günümüze kadar gelen Amele Birlikleri içinde bu kuruluşlar birleştirilmiştir.

Cumhuriyet döneminde 1950'li yıllara kadar bunlara yenileri eklenerek sosyal güvenlik dağınık bir biçimde gelişmiştir. Nitekim; 1930'da işçi sağlığını korumak ve tedavi için Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1936 yılında ise Sosyal sigortaların kurulması ile ilgili kuraları belirleyerek kurulmasını hükümetlere görev olarak veren İş Kanunu yürürlüğe girmiştir⁽⁶⁹⁾." Pek çok sanayi işçisi sandığı 1949 yılında, memur sandıkları 1950 yılında birleştirilmiştir ve sistem sonradan kendi namına çalışanları ve tarım işçilerini de kapsamak üzere genişletilmiştir.

Ülkemizdeki sosyal güvenlik sisteminin sunmuş olduğu sağlık ve sosyal hizmetleri altı bölümde gruplandırmak mümkündür.

2.2.3.1. Ulusal Sağlık Hizmeti

Ulusal sağlık hizmeti; sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri projesini ilgilendiren 1961 yılında kabul edilmiş, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"a bağlı olarak, her yurttaşa ücretsiz koruyucu bakım ve aile planlaması hizmeti garanti eden genel bir projedir. Tedavi hizmetleri, fakir oldukları belgelenen ve onaylananların dışındaki yurttaşlar için ücretli olacaktır⁽⁷⁰⁾.

(69) Öncel, s.28.

(70) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.31.

2.2.3.2. Genel Yaşlılık ve İşgörmezlik Sigorta Projesi

Durumu belli ölçütlere uyan sakat ve 65 yaşını aşmış kişilere sabit miktarda yaşlılık veya işgörmezlik aylığı bağlayan bu proje 1977 yılında uygulamaya başlanmıştır. 2022 sayılı kanun gereğince Emekli Sandığı tarafından yönetilen bu proje tümüyle devlet tarafından finanse edilmektedir. 1989 yılının sonunda 468.458'i yaşlı, 42.928'i işgörmez ve 112.400'ü sakat olmak üzere 623.786'yı aşkın vatandaşı kapsamaktadır. Belirtilen yıl için parasal giderler 17.135.329 TL'sini bulmuştur. Emekli sayısı 1983 yılında doruğa ulaşmıştır, ancak şimdi 1979 yılı düzeyine inmiş bulunmaktadır⁽⁷¹⁾.

2.2.3.3. Kamu Personeli

Kamu sektöründe memurlar, aktif (hâlâ çalışanlar) ve pasif memurlar (emekli olanlar) olarak nitelendirilmektedir. Her iki grupta, kısa ve uzun vadede yakınlarına, dul ve yetimlerine menfaatler sağlayan bir sistemden yararlanmaktadır.

Aktif memurlar, eşleri, çocukları ve ana-babaları, hastalık veya annelik durumunda sistemden tam olarak yararlanmaktadır. Çalışan memur herhangi bir ödeme yapmamaktadır. İlgili tüm masraflar doğrudan sözkonusu memurun dairesi tarafından karşılandığı için, primleri toplayan veya özel bir fon yöneten bir kuruluş bulunmamaktadır. Sağlıkla ilgili olarak sağlananlara muayene ve laboratuvar tahlilleri, tedavi süresince ilaç ve tıbbi malzeme, hastanın yapması gereken yolculuk, diş tedavisi, protezler, gözlük ve işitme cihazları da dahildir. Hastalık ve annelik nedeniyle işinden ayrı kalan memura ücreti aynen ödenmektedir. Bu menfaatleri sınırlandıran yasal bir zorunluluk veya zaman sözkonusu değildir⁽⁷²⁾.

(71) T.C.Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, İstatistik Bülteni, Nisan-1989, Sayı: 76-77, s.24.

(72) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.31.

2.2.3.4. Sosyal Sigortalar Kurumu

1 Mart 1965'de yürürlüğe giren 506 sayılı Kanunun uygulanması ile yükümlü bulunan ve ülkemizin en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olan Sosyal Sigortalar Kurumu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlıdır. Kurumun Genel Kurulu işçi, işveren ve hükümet temsilcilerinden oluşan üç bölüme ayrılmıştır. Genel Kurulun seçtiği üyelerden oluşan Yürütme Organı üçlü karakterini korumaktadır. Hükümetçe atanan bir Genel Müdür, kurumun yönetiminden ve hükümet politikasının uygulanmasından sorumludur⁽⁷³⁾.

Sosyal Sigortalar Kurumu, kısa vadede tıbbi ve analık, iş kazası, meslek hastalığı yardımları ile uzun vadede yaşlılık, sakatlık, dul ve yetimlerine emeklilik sağlamaktadır.

Tıbbi yardıma sigortalı kişi ve emekli ile bunların birinci derecede yakınlarının ücretsiz muayenesi, tedavisi ve ilaçları girmektedir. Hastalık yardımı altı aya kadar olan tedavi ücretlerini kapsamaktadır. Bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının ilaç bedelinin % 20'sini ödemek durumundadırlar. İşçi veya emekli öldüğü takdirde bakmakla yükümlülerin sağlık hizmetinden yararlanması sürmektedir. SSK kendi sağlık kuruluşlarını kendi çalıştırmaktadır (Tablo 8). Bu

Tablo 8: Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesisleri (1988)

<u>Tesisin Türü</u>	<u>Tesisin Sayısı</u>	<u>Yatak Sayısı</u>
a) Yataklı Tesisler		
Hastane	79	17828
Doğumevi	4	1251
Sanatoryum	3	2000
b) Dispanserler	111	-
c) Sağlık istasyonları	163	-
d) Diş Tedavi ve Protez Merkezleri	9	-

Kaynak: SSK. Genel Müdürlüğü, 1987 Çalışma Raporu, 1987 Bilançosu, 1988 İş Programı, Yayın No: 484, Ankara 1988, s.194.

(73) a.g.e., s.32.

kuruluşların sayısı özellikle 1965 yılından sonra işçi sendikalarının baskıları ile sigortalıların sayısına paralel artmaktadır. SSK'nın 67 ilin 45'inde en az bir hastanesi bulunmaktadır⁽⁷⁴⁾.

"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 tarifesi SSK hastanelerinin gerçek işletme masraflarına oranla daha düşük olduğundan SSYB'nin sağlık kuruluşlarından yararlanma durumunda bu, dolaylı bir yardım anlamına gelmektedir⁽⁷⁵⁾." SSK'ın 1988 yılında büyük bir çoğunluğu erkek ve önemli sayıdaki bölümü kamu sektöründe çalışan tahmini 3,1 milyon sigortalı üyesi vardır. SSK'ın hizmet verdiği toplam sayı, sağlık yardımından yararlanan ancak prim ödemeyenler ve bakmakla yükümlüleri eklendiğinde (16.079.000 kişi) ülke nüfusunun yaklaşık üçte birine ulaşmaktadır⁽⁷⁶⁾.

SSK, çeşitli risk durumları için işçi ve işveren tarafından ödenen primlerle finanse edilmektedir. Toplam iş maliyetinin % 33,5 ve % 39'u arasında değişmekte olan primlerin sadece % 5'i işçi ve % 7'si işveren tarafından ödenmek üzere maaşın % 11'ine eşdeğerdir. Sigorta primleri belirli sürelerde en düşük ve en yüksek maaşa göre ayarlanmaktadır. Bu konuda devletin bir katkısı yoktur.

2.2.3.5. Emekli Sandığı

Emekli Sandığı, Genel ve Katma Bütçeli İdarelerle, yerel yönetimler ve İktisadi Devlet Teşekküllerinden ve bunların iştirakleri ile kurulan bankalar ve ortaklıklardan maaş ve ücret alan daimi memurların hepsini kapsamına almıştır. Emekli Sandığı Hizmetleri ise emeklilik aylığı, sağlık hizmetleri, dul ve yetimlerine aylık bağlan-

(74) a.g.e., s.33.

(75) a.g.e., s.33.

(76) Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, 1987 Çalışma Raporu-1987 Bilançosu - 1988 İş Programı, Yayın No.484, Varol Matbaası, Ankara, 1988, s.152.

ması konularını kapsamaktadır⁽⁷⁷⁾.

Memurların ve işveren olarak devletin primleri ile finanse edilen Sandık, Maliye ve Gümrük Bakanlığına bağlıdır.

2.2.3.6. Bağ-Kur (Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) Genel Müdürlüğü

1.10.1972 tarihinde yürürlüğe giren 1497 sayılı Kanun ile kurulan "Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu" kamu personeli ve işçi statüsü dışında bağımsız çalışanları, devlet güvencesinde kapsamına almış malüllük, yaşlılık ve ölüm sigortası şeklinde haklar getirmiştir.

Hükümet Bağ-Kur paketine sağlık yardımını da dahil etmeye karar vermiştir. Bu yeni proje büyük kentlerden başlamak üzere derece derece uygulanmaya başlanmıştır. 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 mali yükünü üyeler karşılayacaktır⁽⁷⁸⁾.

Kırsal alanda sağlık sistemini desteklemek amacıyla, 2925 ve 2926 sayılı Kanunlarla tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların Bağ-Kur'a, tarımda işçi niteliğinde çalışanların ise SSK'na iştirakçi olması sağlanmıştır. Yeni başlayan bu sigorta uygulamasına 1985 yılı sonu itibarıyla 263.100 kişi dahil olmuştur⁽⁷⁹⁾.

2.2.3.7. Özel Sandıklar

Çeşitli projeler 1964 yılında SSK altında yeniden gruplandı-

(77) Öncel, s.30.

(78) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.35.

(79) Emel Da nışoğlu, "Kırsal Bölgelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Yeri", G.Ü.Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile H.Ü.Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu'nun birlikte düzenlediği panelde sunulan tebliğ, Ankara, 1988, s.7.

rıldığı zaman bazı özel sandıklar aktüaryel veya politik nedenlerle bağımsızlıklarını korumuşlardır. Özel hukuk hükümlerine göre kurulan Vakıf niteliğindeki bu sandıkların 506 sayılı kanunun geçici 20.-maddesine göre, üyelerine en az Sosyal Sigorta Kanunu'nda belirtilen hak ve menfaatleri sağlamaları gerekmektedir⁽⁸⁰⁾.

Özel bankalar, sigorta şirketleri, Ticaret ve Sanayi Odaları ile bunların birliklerinin ve borsaların çalışanları için yaklaşık 26 sandık bulunmaktadır. Bunların dördü dışındaki tümü yaşlılık, işgörmelik ve hastalık ile annelik yardımlarını yapmaktadır. Bu hizmetlerden yararlananlara 78.000 üye ve 152.000 bakmakla yükümlüleri, 13.000 emekli ve 26.000 bakmakla yükümlüleri ve 4.000 dolayında dul ve yetimleri dahildir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın denetimine bağlı olan özel sandıkların her biri seçimle iş başına gelmiş bir Yönetim Kurulu tarafından idare edilmektedir⁽⁸¹⁾.

2.2.3.8. Genel Sağlık Sigortası Çalışmaları⁽⁸²⁾

Devlet ve sosyal güvenlik kuruluşlarınca sunulan sağlık hizmetlerinin arz ve nitelik olarak yetersizliğinin giderilmesi için ülkemiz sağlık sorunlarının yeni bir yaklaşımla çözümü önem kazanmıştır.

Bilindiği gibi ülkemizdeki mevcut sistemde sağlık hizmetlerini finanse eden kuruluşlar dağınık bir görünüm arz etmektedir. İşte bu finansman çatısının yokluğunu gidermek amacıyla Genel Sağlık Sigortası sistemine geçiş ile ilgili kanun taslağı çalışması yapılmıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı, kamu tüzel kişiliğine sahip, katma bütçeli bir genel müdürlük olarak Sağ-Kur kurulacaktır. Bu kanunla kişilerin sağlık hizmetleri yönünden güvenceye kavuşturulması amaçlanmıştır.

(80) Öncel, s.31.

(81) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.35.

(82) Halil Şıvgın, "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Hazırlık Metnini Takdimi", Genel Sağlık Sigortası Çalışmaları, T.C. Sağlık Bakanlığı 6 Şubat 1990.

Genel Sağlık Sigortası ve Sistemi ve sağlık hizmetlerinin liberalleştirilmesi amaçlarından "Kalkınma Planlarında Sağlık Politikası" bölümünde daha ayrıntılı söz edilecektir.

2.2.4. Özel Sektör⁽⁸³⁾

Hekimlerin % 40'ı özel olarak çalışan Türkiye, önemli bir özel sektöre sahip gözükmemektedir. Bununla beraber, 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 kullanmaktadırlar. Özellikle sadece muayenehanesinde çalışan hekim sayısı bilinmemekle beraber oldukça az olduğu tahmin edilmektedir. Özel hekimler temel tıbbi bakımın önemli bir bölümünü (kırsal kesimde % 40) ve ayrıca ayakta tedavi sağlamaktadırlar. Ancak yatakta 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 sektörde hekimlerin yaklaşık % 90'ı yalnız çalışırken % 7'si dörtten daha fazla sayıda hekimle ortak ve % 3'den azı geniş uzmanlık olanakları sunan büyük gruplarla çalışmaktadır. Hemşirelerin % 1'i özel çalışırken, ebelerin % 4'ü, teknisyenlerin % 32'si, fizik terapistleri, optikçiler, diş ve laboratuvar teknisyenleri, kendi işlerinde veya hekim ve diş hekimi ile birlikte çalışmayı tercih etmektedirler.

Özel hastaneler ülkedeki yatakların sadece % 4'üne sahiptir. Büyük hastaneler gerçekte kâr amaçlı kuruluşlardır. 670 yataklı 8 hastane yabancılara aittir. 633 yataklı 9 hastane dernek veya vakıflara ve 934 yataklı 5 hastane etnik veya dini azınlıklara aittir. Bunların çoğu İstanbul'da bulunmaktadır. Toplam 3212 yataklı 93 özel hastane

(83) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.36-37.

kâr amacıyla işletilmektedir. Bunların üç büyük kentte olan 4'ü modern niteliktedir. Diğer 89 hastane küçük, çoğunlukla eksik cihaz ve malzemeli olup sahibi hekimler tarafından işletilmektedir. Bunlar batıda il merkezlerinde ve tatil yapılan deniz kıyısı kasabalarındadır. Özel hastaneler yüksek gelir grupları ve turistler olmak üzere iki kârlı pazara hizmet sunarlar. Bu hastaneler kısa süre yatak, düşük riskli ve abdominal cerrahi ile doğum gibi yüksek kârlı hizmetler konusunda çalışmaktadırlar.

Hükümet sağlık alanında özel sektörün rolünü artırmak niyetinde olup DPT bu konuda çeşitli alternatifleri incelemektedir. Teknik olarak, tek veya grup halinde ayakta tedavi veren özel hekimlerin rolü kolaylıkla artırılabilir. Bu durum SSK ve diğer sağlık sigortası projelerinin özel hekim muayenelerinde sabit bir ücret ödemeyi kabul etmelerini gerektirmektedir. Avrupa'da birçok sosyal güvenlik sisteminin çalışma biçimi olan bu yolla tıbbi bakım sağlanabilmektedir.

3. SEKTÖREL KAYNAKLAR

Türkiye'de sağlık sektöründeki kaynakları bu aşamada, bir grup istatistiki veriler ve araştırma sonuçlarına dayanarak; sağlık-insan gücü, sağlık-insan gücünün eğitimi ve sağlık kuruluşları olmak üzere üç anabашlık çerçevesinde ele alacağız.

3.1. Sağlık İnsan Gücü

Sağlık-insan gücü; sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve sözleşme ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim göerek yetişmiş olanlardır. "Sağlık hizmetleri ekonomideki tüm sektörler içinde en geniş ölçüde kalifiye insan gücüne dayanan sektördür."(84)

Tablo 9: Türkiye'de Sağlık-insan Gücü Gelişmesi

	<u>1963</u>	<u>1968</u>	<u>1972</u>	<u>1977</u>	<u>1982</u>	<u>1987</u>
Uzman Hekim	6422	7920	11133	14724	18689	21411
Pratisyen Hekim	4809	4469	5151	90196	12257	17418
Diş Hekimi	1824	2381	3789	5954	6802	8589
Hemşire	4736	7426	11358	19859	33354	34855
Sağlık Teknisyeni	5738	6494	10426	11183	11830	12352
Ebe	4080	6676	13056	16785	13454	21982

Kaynak: D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı, ilgili yıllar.

Cumhuriyetin kuruluşuyla beraber sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde sağlık-insan gücü sayısı son derece yetersizdi. Bu alanda önemli aşamalar 1960 yılından sonra yer almaya başlamıştır. 1963-1987 yılları arasında, uzman hekim sayısında yüzde 362, pratisyen hekim sayısında yüzde 346, hemşire ve sağlık teknisyeni sayısında yüzde 451, ebe sayısında yüzde 539 artış sağlanmıştır (Tablo 9). Hekim sayısı özellikle 1970'lerde hızla artmış, böylece 1960'ta 10.000 kişiye düşen hekim sayısı 3,5 iken 1970'te 3,9'a, 1980'de 6.1'e, 1989'da ise 8.2'ye ulaşmıştır.

Tablo 10: Türkiye'de Hekim Sayısı

<u>Yıllar</u>	<u>Hekim Sayısı*</u>	<u>10000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı</u>
1960	9826	3.5
1965	10895	3.5
1970	13843	3.9
1975	21714	5.4
1980	27241	6.1
1987	38829	7.3
1989**	45200	8.2

Kaynak: D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı, ilgili yıllar.

(*) Uzman ve pratisyenlerin toplamıdır.

(**) Gerçekleşme Tahmini.

"Diğer taraftan, aşırı sayıda uzman bulunması SSYB'nın illerde sağlık hizmetini yaygınlaştırmada karşılaştığı zorluklar kadar hastanelerdeki pratisyen hekim kadrolarındaki boşlukları da açıkla-

maktadır. Hemşirelerin sayısı doktorların sayısı ile aynı olduğundan sistemin çalışması hekimler ve hekim dışı sağlık personeli arasında sayının dengesizliğinden de etkilenmektedir⁽⁸⁵⁾

Tablo 11'de görüldüğü gibi, hekim başına düşen yardımcı sağlık personeli sayısı yetersizliği, Türkiye açısından belki de hekim sayısının azlığından daha ivedi bir sorundur, sağlık kurumlarından yüksek verim elde edilmesini önlemektedir. Bu durum, yatak işgal oranının düşüklüğü de gözönüne alındığında, Türkiye'de sağlık sisteminin verimsiz bir şekilde işletilmesine yol açmaktadır. Hekim, özellikle uzman hekimden daha kısa sürede ve daha az maliyetle yetiştirilecek yardımcı sağlık personeli sayısının yükseltilmesi, sağlık yatırımlarından elde edilecek marjinal faydayı da yükseltecektir⁽⁸⁶⁾.

**Tablo 11: Sağlık Personelinin Kuruluşlara Dağılımı
(1988 Yılı)**

<u>Per. Unvanı</u>	<u>Toplam</u>	<u>SSYB</u>	<u>SSK</u>	<u>Univer.</u>	<u>Kamu</u>	<u>Diğer</u> <u>Özel</u>
Hekim	42502	16222	4660	6479	4238	10903
Uzman	22318	6239	2848	2635	1388	9208
Pratisyen	20184	9983	1812	3844	2850	1695
Diş hekimi	9639	1538	405	450	636	6610
Eczacı	14567	985	757	342	320	12163
Sağ Mem	18835	13757	906	1797	1528	847
Hemşire	38903	26233	4552	5012	2418	688
Ebe	25665	23382	494	83	134	1572

*Hem.+ Ebe+ Sağ.Mem.

Sayısının Hekim

Sayısına Oranı 1.96 3.91 1.28 1.06 0.96 0.28

Kaynak: Gelişen Türkiye'de Hükümetin Altı Yıllık İcraatı, (1983-1990), Cilt:2, Bakanlıklar, Ankara, s.226.

(*) Tablodaki verilere göre hesaplanmıştır.

Sağlık kurumlarında hekim açığı olan Türkiye'de, 1981 yılına kadar hekimlerin en önemli bölümü serbest çalışmaktaydı. 1979'da hekimlerin yüzde 20'si SSYB, yüzde 8'i çeşitli kamu kuruluşları, yüzde 14'ü üniversiteler, yüzde 18'i çeşitli kamu kuruluşları, yüzde 14'ü üniversiteler, yüzde 18'i SSK hizmetlerinde iken, serbest olarak ya da meslek dışı çalışanların oranı yüzde 40 idi. Ancak

(85) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.43.

(86) "Türkiye Genel", Yurt Ansiklopedisi.

25.8.1982 tarihinde yürürlüğe giren 2514 sayılı "Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun" ile bu durum bir ölçüde değişmiştir (Tablo 12). Kamu kesiminin hekim eksikliği giderilerek dengesiz dağılımı önleme konusunda özellikle kalkınmada öncelikli yörelerde istihdamlarının sağlanmasına olumlu ve önemli sonuçlar alınmıştır.

Tablo 12: Kalkınmada Öncelikli 17 ilde Hekim, Ebe Sayısı

İli	Hekim				Ebe			
	1981*		1986**		1981*		1986**	
	Kadrolu	Dolu	Kadrolu	Dolu	Kadrolu	Dolu	Kadrolu	Dolu
Adıyaman	37	16	37	40	183	85	185	91
Ağrı	43	16	43	62	197	69	197	128
Bingöl	21	10	21	32	92	42	89	98
Bitlis	24	10	25	27	131	49	132	52
Diyarbakır	68	32	72	108	243	132	343	232
Elazığ	46	25	46	62	202	106	232	182
Erzincan	43	15	34	49	143	72	143	143
Gümüşhane	36	14	36	46	157	74	157	132
Hakkari	15	9	15	27	72	28	72	74
Kars	85	29	85	115	402	328	402	335
K.Maraş	68	28	68	80	337	225	337	233
Muş	25	10	29	27	122	47	123	139
Siirt	43	23	43	54	201	71	208	103
Mardin	71	28	71	65	330	86	268	50
Ş.Urfa	71	24	74	69	125	124	325	192
Tunceli	24	12	23	32	106	71	183	153
Van	38	22	38	56	181	85	183	53

(*) Kaynak: S.S.Y.B., Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, 1979-1981, Ankara, 1983.

(**) : S.S.Y.B., Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden alınan verilere göre düzenlenmiştir.

Tablo 11'de görüldüğü gibi, ülke düzeyinde toplum sağlığı ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi ile sorumlu SSYB, yaklaşık olarak Türk hekimlerinin yüzde 38'ini bünyesinde bulundurabilmektedir. "Kuruluşlar arası bu dengesiz sağlık insan gücü dağılımı, sistemde insan gücünden etkin bir şekilde yararlanılmasını geniş ölçüde etkilemektedir. Bakanlığın ve diğer kuruluşların personel politikası ve ücret sistemlerindeki farklılıklar bunun başlıca nedenleri arasında-

dır. Bu dengesiz dağılımın da etkisi ile insan gücünün yerel dağılımında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Kamu kuruluşlarının büyük kentlerde ve endüstriyel bölgelerde bulunması bu durumu etkileyen diğer önemli bir etkidir⁽⁸⁷⁾.

Sağlık hizmetlerinde insan gücü en önemli unsur olduğundan, sağlık-insan gücünün sayıca yetersiz olması ve Türkiye geneli ile iller düzeyinde de dengesiz dağılımı hizmetten beklenen gelişmeyi engellemektedir. Sistemin başarılı uygulanması, sağlık-insan gücünün toplum içinde yaygın ve etkin oluşuyla mümkündür. Bu ise, doktorların % 67'sinin üç büyük ilde toplanmış olması nedeniyle zor gerçekleşecek bir amaçtır⁽⁸⁸⁾. (Tablo 13)

**Tablo 13: S.S.Y.B. Bölgelerinde Seçilmiş Bazı illere
Düşen Yatak X Doktor Oranı (1988)**

BYS: Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı

***DBN: Doktor Başına Nüfus**

***DBY: Doktor Başına Yatak**

İller	-Nüfus-					-Yatak Adedi-	
	(Bin)	—BYS—	—DBN—	—Dok S—	—DBY—	Kadro	Fiili
Adana	1871.0	16.86	3571	524	5.19	3155	2717
Ankara	3758.5	35.07	1048	3588	3.26	13182	11697
Antalya	978.8	15.83	2516	389	3.38	1549	1316
Bursa	1429.4	18.77	2566	557	4.97	2683	2768
Diyarbakır	1031.4	24.04	3145	328	5.50	2480	1805
Eskişehir	628.4	26.94	1795	350	4.61	1693	1612
Elazığ	508.5	41.69	3101	164	8.00	2120	1312
Erzurum	887.0	24.00	2527	351	5.51	2129	1934
İstanbul	6538.5	41.54	1244	5254	4.37	27162	22967
İzmir	2525.3	30.66	1227	2058	3.52	7743	7250
Konya	1891.6	14.32	3768	502	4.90	2709	2460
Sakarya	646.6	14.60	6158	105	7.58	944	796
Samsun	1167.0	20.85	3353	348	6.82	2433	2372
Sivas	784.4	20.13	3215	244	5.20	1579	1270
Trabzon	817.6	29.26	2962	276	5.94	2392	1639
Van	594.9	8.07	10083	59	6.80	480	401

Kaynak: S.S.Y.B. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 531, Yenicağ Basımevi, Ankara, 1989.

(*) : Tablodaki verilere göre hesaplanmıştır.

(87) Çınar, s.163.

(88) Ali Medeni, "Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Analizi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.İşletme Fakültesi, 1988, s.67.

2.3.2. Sağlık-İnsan Gücü Eğitimi

Sağlık-insan gücünün "...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 öğrencilerin 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." (89)

Planlarda, sistemi düzeltmek için alınması gerekli esas tedbirlerden biri; sağlık personelinin sayısının artırılması, diğer bir deyişle hızla eğitilip topluma kazandırılması olduğu vurgulanmasına rağmen Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam öğrenciler içindeki payında artış sağlanamamıştır. Ancak Yüksek Öğretim Kanunu'nun çıkmasından sonra Tıp Fakültelerinin kontenjanları tedricen artırılmaya başlanmıştır. Tıp eğitiminin ülkemizde altı yıl sürmesi sebebiyle, bunun ilk meyveleri 1989 yılında alınmaya başlanmıştır (90). Mezuniyet sonrası uzmanlık için ihtisas yarışma sınavını kazananlar fakülte hastanelerinde veya büyük hastanelerde dört yıl daha öğrenim görmektedirler. 1981 yılından bu yana mezunlar, iki yıl devlet hizmeti ile görevlidirler. Ülkede üniversitelere bağlı 22 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.

Hekimler arasında uzmanlaşma eğilimi toplum sağlığı hizmetlerinde pratisyen hekim sıkıntısı yaratmaktadır. Bu açığı kapamak

(89) Tekin, s.70.

(90) Muharrem Varlık, "V.Beş Yıllık Plan Politikalarına Göre Sağlık Sisteminin Re-Organizasyonunun Ana Hatları", D.P.T., Sosyal Planlama Başkanlığı Araştırma Dairesi, Ankara 1987, s.2.

için "Aile Hekimliği" kavramı ortaya atılmış ve SSYB içinde güçlü destekleyiciler bulmuştur.

Özellikle kamu sektöründe hizmet vermek üzere klinik hekimlerinin toplum sağlığı konusunda eğitilmesi amacıyla ABD modeline yakın, mezuniyet sonrası eğitimi üç yıl sürecek olan "Aile Hekimliği" uygulaması, üniversite eğitim programlarına alınmıştır⁽⁹¹⁾.

Hekim dışı sağlık personeli yetiştiren okullar orta öğretimden sonra dört yıl sürmektedir. Bu eğitim Tablo 14'de görüldüğü gibi SSYB ve diğer kurumların 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 bel kemiğidirler.

Yüksek Öğretim Kurulunca hazırlanan 1994 İnsan Gücü Geliştirme Planı'na göre sağlık sektörü için öngörülen hedefler Tablo 15 de gösterilmiştir.

Bu tabloya göre eczacılar hariç tüm kategorilerdeki personel 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 1994 yılında hekimlik hedefine ulaşmak için yılda 2.500 öğrencinin mezun olması beklenmektedir. Bu eğitim, Tıp Fakültelerinin ne gerekli kadrosu ne de yeterli bütçeleri olmadığı için sayısal hedefler yükseltilirken, Tıp eğitiminin standartlarının daha çok düşmesi konusunda ciddi endişeler yaratmaktadır.

2.3.3 Sağlık Kuruluşları

Sağlık-insan gücünde olduğu gibi Cumhuriyetin ilk kurulduğu yıllarda sağlık kuruluşları son derece yetersizdi. Ülkemizdeki

(91) Louis G.Vassiliu ve diğerleri, s.46.

**Tablo 14: Mesleki Eğitim Veren Sağlık Meslek
Liselerinin Kurumlara Dağılımı**

Kurumu	Okul Sayısı	Öğrenci Sayısı	(%)
SSYB	141	21107	89.04
Universite	7	1312	5.53
SSK	5	785	3.31
Kızılay	1	168	0.71
Milli Eğitim Bak.	1	135	0.57
Yab. (A. Bristol)	1	98	0.41
Vakıf (Bezm-i Alem)	1	100	0.42
Toplam	157	23705	100.00

Kaynak: S.S.Y.B., Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünden alınan verilere göre düzenlenmiştir.

(*) : S.S.Y.B., dışındaki öğrenci sayıları 1988-1989 öğretim yılına aittir.

**Tablo 15: Sağlık Sektöründe İnsan Gücü İhtiyacı YÖK
Projeksiyonları**

	1984	1989	1989	1994
	<u>Mevcut</u>	<u>Hedef</u>	<u>Gerçekleşen</u>	<u>Tahmin</u>
Hem. ve Ebe	62000	112000	63840	83276
Sağlık Tek	15000	26600	18589	21200
Diş Hek	7800	12900	9750	11800
Eczacı	12000	12000	14631	16000
Hekim	33600	56200	45200	60600
Toplam	130400	219700	152010	192876

Kaynak: D.P.T., IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983,
Yayın No: 1664, Ankara 1979.
D.P.T., VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994,
Yayın No: 2174, Ankara 1990.

yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının gelişimini Tablo 16 ile Tablo 17'den izlemek mümkündür.

Türkiye'de 1988 yılı sonu itibarıyla yataklı tedavi veren 128.910 yatak kapasiteli 819 sağlık kuruluşu vardır. Bu yatakların çoğu sağlık hizmeti veren üç kuruluşa, yani SSYB (% 51.5), SSK (% 15) ve üniversitelere (% 13.7) aittir. Geri kalan Milli Savunma Bakanlığı (% 12.3), Kamu İktisadi Teşebbüsleri, diğer bakanlıklar, büyük belediyeler, azınlık ve yabancı gruplar ile kâr amaçlı özel sektör (% 2.4) arasında dağılmaktadır (Tablo 18 ve Grafik 7)

Tedavi edici hizmetleri yerine getiren yataklı sağlık kurumları en az 50 yataklı olup fonksiyonlarına göre 4 gruba ayrılır. Bunlar;⁽⁹²⁾

- Genel Amaçlı Hastaneler,
- Özel Dal Hastaneleri,
- Rehabilitasyon Merkezleri ve Servisleri,
- Eğitim Hastaneleridir.

Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının çok büyük bir kısmını genel amaçlı hastaneler teşkil etmektedir. SSYB ve Bakanlık dışı kuruluşlarda genel ve özel amaçlı hastane yatak sayıları, kurumlar itibarıyla Tablo 19'da verilmiştir. Yataklı tedavi kurumlarının büyüklüklerine göre değerlendirilmesi yapıldığında % 27'sinin 100 yataktan küçük hastanelerden oluştuğu görülür. Bu sistem ise dağınık tedavi etme gücünün küçük etkisiz ünitelere bölünmesi demektir.

Türkiye, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına ait onaltı sağlık bölgesine ayrılmıştır. Yatak sayılarındaki önemli gelişmelere karşılık, yatak-nüfus oranları arasında büyük coğrafi farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık yatırımları dağılımının dengesizliği, illerin yatak sayılarına en açık şekilde yansımaktadır. "Sağlık yatırımlarının dağılımı ile ilgili başlıca özellik harcamaların gelişmiş büyük illerde yığılmasıdır. Bu durum bazı illerdeki yatak sayısının plan hedeflerine yak-

(92) S.S.Y.B., Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No.531, Yeniçağ Basımevi, Ankara, s.23.

Tablo 16: Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Gelişmesi

Sağlık Kurumu	1963	1968	1972	1977	1982	1987
Genel Toplam	2135	3952	5755	7944	10969	14421
Yataklı sağlık kurumu Toplam	638	686	783	772	630	756
Hastane(1)	337	404	482	498	530	661
Sağlık merkezi	301	282	301	274	100	95
Yataksız sağlık kurumu Toplam	1497	3266	4972	7172	10339	13665
Hükümet tabipliği(2)	634	450	449	249	295	-
Muayene ve tedavi evi(2)	119	70	53	35	20	-
Sağlık ocağı(3)	19	752	851	1319	1955	3084
Sağlık evi(3)	37	961	2231	4276	7044	10045
Dispanser(4)	245	277	562	320	390	336
Ana çocuk sağlığı Merkez(5)	38	42	54	66	62	200
Şube(5)	45	51	60	85	63	(6)
Dispanser	-	-	-	36	65	-
İstasyon	360	663	712	786	445	(7)

Kaynak: DİE, Türkiye İstatistik Yıllığı, ilgili yıllar.

- (1) Kamusal ve özel hastaneler birarada kapsanmış askeri hastaneler kapsamamıştır.
- (2) Hükümet tabiplikleri sosyalleştirilmemiş illerde çalışmalarına devam etmektedir.
Hükümet tabipliği ile muayene ve tedavi evi 1984 yılından itibaren sağlık ocağı ve sağlık evine dönüştürülmüştür.
- (3) Sağlık ocakları ve sağlık evleri sosyalleştirilmiş illerde bulunmaktadır.
- (4) Dispanserler arasında yataklı olanları da vardır; ancak yataklı olanların sayısının tüme oranla çok düşük bulunması nedeniyle dispanserler yataksız sağlık kurumları içinde gösterilmiştir. Frengi, deri ve tenasül, cüzzam (lepra), trahom dispanserleri ile özel idare, belediye, dernek, işyeri ve yabancılara ait dispanserler ve revirler kapsamıştır.
- (5) Yalnız Ankara, İzmir ve İstanbul ilinde bulunmaktadır.
- (6) Merkez bünyesinde kapsamıştır.
- (7) Sağlık Ocağında kapsamıştır.

Tablo 17: Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları, 1923-1988

Yıl	Kurum Sayısı	Hasta Yatağı Sayısı	Bir Yatağa Düşen Nüfus	10.000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
1923	86	6.437	1920	5.1
1925	167	9.561	1360	7.3
1930	182	11.398	1260	7.8
1935	176	13.038	1240	7.0
1940	198	14.383	1240	8.0
1945	197	16.133	1160	8.5
1950	301	18.837	1100	9.0
1955	426	34.526	690	14.4
1960	566	45.807	600	16.6
1965	626	55.451	560	17.8
1970	746	71.876	490	20.3
1975	798	81.264	493	20.3
1980	827	99.117	451	22.2
1985	722	103.918	495	20.2
1986	736	107.152	481	20.8
1987	756	111.135	475	21.0
1988	777	113.010	479	20.8

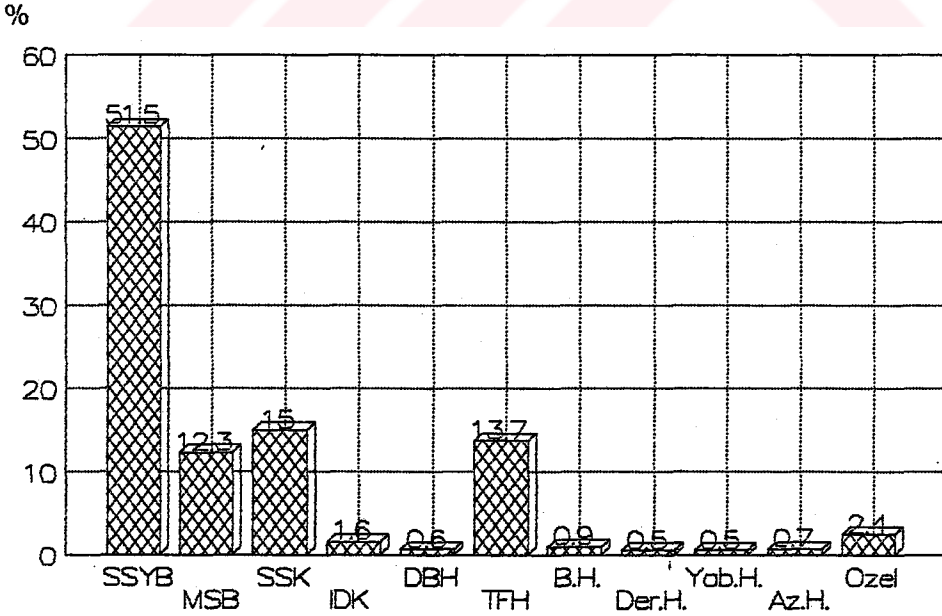
Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988,
SSYB Tedavi Hizmetleri Gen.Mdl.Yayın No: 531,
Ankara, 1988, s.35.

NOT: Milli Savunma Bakanlığına bağlı 42 kurum ve 15.900 hasta yatağı dahil değildir. Bu rakamların dahil edilmesi halinde; kurum sayısı 819, hasta yatağı sayısı 128.910, bir yatağa düşen nüfus 420 ve 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı 23.8'dir.

Tablo 18: Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı ve Değişimi (1988)

	<u>Hastane</u>	<u>—Kadro Yatak—</u>	
	<u>Sayısı</u>	<u>Sayısı</u>	<u>Oranı</u>
Toplam	819	128910	100
SSYB	527	66428	51.5
MSB	42	15100	12.3
SSK	87	19305	15
İDK	16	2119	1.6
Diğ. Bak. Has. (DBH)	3	780	0.6
Tıp Fak. (TFH)	24	17749	13.7
Belediye H. (BH)	5	1160	0.9
Dernekler (Der)	9	653	0.5
Yabancılar (Y.H.)	8	670	0.5
Azınlıklar (Az.H.)	5	934	0.7
Özel	93	3212	2.4

Kaynak: S.S.Y.B. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No:531, Yenicağ Basımevi, Ankara, 1989. s.23.



Grafik 7: Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Dağılımı, 1988

Tablo 19: Kamusal ve Özel Yataklı Tedavi Kurumlarının Türlerine ve Yatak Sayılarına Göre Dağılımı (1987).

A : Hastane Sayısı B : Yatak Sayısı
 GH : Genel Hastane KD-ÇB : Kadın Doğum ve Çocuk
 OH : Onkoloji Has. SM : Sağlık Merkezleri.
 RSH: Ruh ve Sinir Hastalıkları Has.
 GHH: Göğüs Hastalıkları Has.
 DB-RK: Diğer Bakanlık ve Resmi Kuruluşlar.

Sağlık Kurumu	(1) Toplam	(2) GH	KD-ÇB	RSH	(3) GHH	OH	SM
Toplam A	756	588	32	7	33	1	95
Toplam B	111135	87360	6116	6416	9428	330	1485
Kamusal A	640	476	32	6	30	1	95
B	105928	82496	6116	6266	9235	330	1485
SSYB A	508	354	26	5	26	1	94
B	65448	44883	4880	6040	7830	330	1485
DB-RK A	20	19			1		
B	2974	2574			400		
Univer- A	24	24					
site B	17749	17749					
Bele- A	5	4	1				
diye B	1160	1140	20				
SSK A	83	75	4	1	3		
B	18597	16150	1216	226	1005		
Özel (4) A	116	112		1	3		
B	5207	4864		150	193		

Not : Bu tablo askeri hastaneleri kapsamaz.

(1) : Cüzzam, kuduz, trahom, tropikal hastaneleri ile göğüs cerrahi merkezi ve rehabilitasyon merkezinide kapsar.

(2) : Her türlü tedavi hizmetini yapmakla yükümlü olan hastanelerdir.

(3) : Göğüs ve kemik hastalıkları hastaneleri, sanatoryum ve prevantoryumları kapsamaktadır.

(4) : Kişilere, derneklere, yabancılara ve azınlıklara ait hastaneleri kapsar.

Kaynak: D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı 1987, s.46-47.

Tablo 20: İllerin Onbin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısına Göre Gruplanması ve Grupların Nüfusu
(1987)

İllerin Adı	Yatak Sayısı	Toplam Yatak Sayısı İçindeki %'si	Nüfus	Toplam Nüfus İçindeki %'si
I. Adıyaman, Ağrı, Amasya, Bilecik, Bingöl, Bitlis, Çanakkale, Çorum, Denizli, G. Antep, G. hane, Hakkari, Hatay, İçel, Kars, Kırklareli, Kırşehir, Konya, Kocaeli, Malatya, K. Maraş, Mardin, Muğla, Muş, Van, Nevşehir, Ordu, Niğde, Sakarya, Siirt, Sinop, Tokat, Tunceli, Ş. Urfa, Yozgat.	22.035	20.1	19.110.400	37.2
Yatak Sayısı 10.000-15 oranında az olan 36 il				
II. Adana, Afyon, Antalya, Artvin, Aydın, Balıkesir, Bolu, Burdur, Bursa, Diyarbakır, Edirne, Erzincan, Erzurum, Giresun, Kayseri, Kütahya, Manisa, Rize, Sivas, Tekirdağ, Uşak, Zonguldak	30.551	27.84	17.250.600	33.6
Yatak Sayısı 10.000-15'den fazla 25'den az 23 il				
III. Ankara, Elazığ, Eskişehir, İstanbul, Isparta, İzmir, Kastamonu, Trabzon	57.116	52.06	14.957.600	29.2
Yatak Sayısı 10.000-25'den fazla olan 8 il				
TOPLAM	109.702	100	51.318.600	100

Kaynak: Ali Medeni, Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Analizi, (Yüksek Lisans Tezi) İ.Ü.İşl.Fak. 1988, s.59.

laşmış ve geçmiş olmasına neden olmuştur. Geri kalmış iller ve gelişmiş iller arasında bir kaç misline varan farklar ortaya çıkmıştır."⁽⁹³⁾

İller seviyesinde yapılan yatak sayıları analizinde üç ana grup ortaya çıkmıştır (Tablo 20). Birinci grupta onbin kişiye düşen yatak sayısı 15'den az olan iller alınmıştır. Toplam yatak sayısının % 20'si, toplam nüfusun % 37'si bu 36 ilde bulunmaktadır. İkinci grupta bulunan illerde yatak sayıları onbinde onbeş ile onbinde yirmibeş arasında değişmektedir. Toplam yatak sayısının % 27.84'ü toplam nüfusun % 33.6'sı bu illerde bulunmaktadır. Üçüncü grup ise, onbinde 25 Türkiye ortalamasının üstünde olan illerden oluşmaktadır. Bu grupta bulunan 8 ilimiz Türkiye nüfusunun ancak % 29,2'sini oluşturmalarına rağmen toplam yatak sayısının % 52'sine yani toplam yatak sayısının yarısından fazlasına sahiptir⁽⁹⁴⁾.

Yatakların iller ve kurumlar arasındaki dengesiz dağılımı ile yatak işgal oranlarında da ülkede bölgesel farklılıklar görülmektedir. 1979 yılında yatak kullanma oranı % 51 iken 1982'de % 53,5 ve 1985'de ise % 87,5 olmuştur. yatakların dengesiz dağılımının yanısıra sağlık-insangücü ve donanım olanaklarındaki eksiklikler ve halkın belirli sağlık merkezlerine yönelme eğilimi gibi faktörler, yatak işgal oranları üzerinde etkili olurken, bazı tedavi kurumları önünde de gereksiz yığılmalara neden olmaktadır

4. KALKINMA PLANLARINDA SAĞLIK POLİTİKALARI

4.1. İlk Beş Yıllık Kalkınma Planları Özet Kapsamı

Planlı dönem ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin uygulama aynı yıl başlamış, planlı döneme geçilmesiyle sağlık politikaları ve öncelikler belirlenmiştir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hedefleri;

(93) Medeni, s.58.

(94) a.g.e., s.60.

- Yeterli sayıda ve nitelikte personel yetiştirme,
- Sağlık hizmetlerinin götürülmesine ilişkin program,
- Bulaşıcı hastalıklarla savaş,
- Yatırımlar,
- Önlemler

başlıklarıyla açıklanmıştır.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde değişmeler bir alt kesim olan sağlık konusunda da kendini göstermektedir. Kentleşme ve sanayileşme ile bağdaşan etken bir sistem seçme zorunluluğu sağlık sektöründe de ana sorun olarak belirmiş, sağlık hizmetlerinin nüfusun dağılım ve yerleşme özelliklerine göre götürülmesini, sağlayabilen "sosyalleştirme programı"na öncelik verilmesi öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde;

- Tedavi kurumlarında döner sermaye,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı için aşamalı olarak Sağlık Sigortasının kurulması,
- Halkın katkı katılımının sağlanmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Üçüncü plan döneminde ise önceki planda belirlenen hedeflerin genişletilerek devamının sağlanması amaçlanmıştır.

Ancak uygulanan üç plan dönemi aşılmasına karşın sektörel durumun önemli ölçüde değişikliğe uğramadığını görüyoruz. Bu durumun nedeni sağlık kesiminde sosyalizasyon politikasının uygulanamamış olmasına bağlanabilir. Sağlık hizmetlerini dağınıklıktan kurtarıp bütünleşmiş bir sistem kurmak amacıyla öngörülen sosyalleşme programı, sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu küçük yerleşme birimlerine yeterli eleman sağlanamamış ve sağlık hizmetlerini yaygınlaştırarak tedavi edici hizmetlere aşırı talebi önlemek mümkün olamamıştır. Sosyalleştirme uygulamasındaki yavaşlama aile planlaması, ana-çocuk sağlığı, çevre sağlığı, toplumun sağlık eğitimi gibi temel sağlık hizmetlerindeki gelişmenin de sınırlı kalmasına yol açmıştır⁽⁹⁵⁾

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık konusunda

(95) DPT III.Beş Yıllık Kalkınma Planı, s.111.

bir ilerleme görülmekte, sağlık sorununun sayısal hedeflere ulaşılması ile çözülmeyeceği, sorunun nitelik yönünden değerlendirilmesi ve götürülen hizmetin sosyo-ekonomik yapıya uygun olarak biçimlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir⁽⁹⁶⁾.

V.Beş Yıllık Kalkınma Planında hükümetin, tek bir otorite altında, "tüm yurttaşlara eşit sağlık hizmeti" ve "her yerde eşit olarak, herkese sağlık hizmeti" sağlama taahhüdünü yeniden doğrular genel ifadeler bulunmaktadır.

Bu plan gelecekteki sektörel gelişmeleri etkileyecek iki politika hedefi göstermektedir.

İlk olarak, özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin verdikleri hizmetler karşılığında aldıkları ücretlerin kaldırılması ve özel hekimlerin devletle anlaşma yaparak sözleşmeli hekim statüsünde çalışmalarını yolunda devlet desteği sağlanmış bulunmasıdır.

İkinci olarak, Sağlık Sigortasına geçiş, dönem içinde ele alınacaktır⁽⁹⁷⁾.

4.2. VI.Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde ve Sonrasında Sağlık Politikası

VI.Beş Yıllık Plan'ın hedefleri kurumlara ilişkin konular üzerinde odaklaşmıştır. Halkın sağlık durumunu geliştirmeye yönelik sayılarla ifade edilen önlemler de yer almamaktadır.

Hedefler, hizmetlerin yararlılığı ve etkinliğini; koruyucu tıbbın önemini, mevcut kapasitesinin daha iyi kullanımını; devlet, SSK ve üniversite hastaneleri arasında işbirliğini; hastanın belirli kentlere akışını engellemek için bölge hastanelerinin geliştirilmesi ve genişletilmesini ve işgücü gelişimini kapsamaktadır.

VI.Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık politikası için başlıca ilkeler şunlardır⁽⁹⁸⁾:

-
- (96) DPT, V.Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1990, DPT Yayın No: 1979, Ankara, 1985, s.151-152.
 - (97) IV.Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979-1983, s.323.
 - (98) Alptekin Erdoğan, "Sağlık Hizmetlerinin Liberalleştirilmesi ve Özel Sektör Yapısında Geliştirilmesi", D.P.T. Sosyal Planlama Başkanlığı Araştırma Dairesi, Ankara, 1986, s.1-2.

1- Sağlık hizmetlerine serbest piyasa ve rekabet ekonomisi şartlarında ve özel sektör yapısında işlerlik ve gelişme esnekliği kazandırılması;

2- Genel Sağlık Sigortası sistemiyle bütün yurttaşların ve ülkeye gelen yabancıların sağlık hizmetlerinden doğrudan bedel ödemeksizin yararlandırılması;

- Sağlık hizmetinin ondan yararlanacaklara serbest piyasa ve rekabet ekonomisi şartlarında parasız sunulması; bedelinin GENEL SAĞLIK SİGORTASI'na ödettirilerek onun dolaylı paralı hale getirilmesi; sigorta harcamalarının katmadeğer vergisiyle karşılanarak yararlanacaklar için dolaylı ve tahsil gidersiz prim ödemenin gerçekleştirilmesi;

- Katmadeğer vergisine sağlık sigortası harcamalarını karşılayacak oranda prim payı ilave yapılarak sağlık hizmetlerinin dolaylı bedel karşılığında yürütülmesinin öngörülmesi;

- Ülkede alışveriş yapanların (mal ve hizmet satın alanların) katmadeğer vergisi yolu ile prim (bedel) ödeyecekleri için sağlık sigortalı kabul edilmesi;

- Sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen yurttaşların ve yabancıların kamu veya özel uzman hekim, hastahane ve laboratuvar seçmede serbest olması; ancak ödemelerin genel sağlık sigortasınca yapılması veya ödemenin usulüne uygun yapıldıktan sonra bedelin sigortadan tahsil edilmesi;

- Genel sağlık Sigortası Kurumunca hiçbir surette sağlık işletmeciliği yapılmayıp sadece hizmetlerin üyeler tarafından piyasa- dan serbest rekabet şartlarında satın alınmasına Genel Sağlık Sigortası Kurumunca finansman desteği sağlanması;

- Genel Sağlık hizmetlerinin serbest piyasa ve rekabet ekonomisi şartlarında hizmet veren yerli ve yabancı kamu ve özel sağlık kurumları ile gerçek ve tüzel kişiler tarafından serbestçe ve bedelli yerine getirilmesi;

-Sağlık hizmetlerinin devlet kaynaklarına dayanması yerine sağlık hizmeti veren bütün kamu ve özel kuruluşların devlete vergi veren, böylece sosyal ve ekonomik altyapı yatırımlarının finansmanı-

na katkıda bulunan; bunun yanısıra, ekonomiye büyüme için kaynak yaratan modern rasyonel işletmeler haline getirilmesi;

- Devletin sağlık hizmeti harcamalarının en düşük orana indirilmesine; buna karşılık sağlık sektörü harcamalarının ve sağlık hizmeti kalitesinin piyasa ekonomisi şartlarında hızla yükseltilmesine ortam tesis edilmesi;

- Kamuya ait sağlık hizmeti veren kuruluşların piyasanın gerektirdiği esneklikte karar alma ve çare buluculuk yetkisine sahip kılınması; hizmet kalitesini yükseltecek teknolojik yenilenme çabalarının ve hizmet personelinin iç ve dış piyasadan serbestçe karşılanması-na imkan verilmesi;

- Sağlık hizmetlerinin devletten kaynak alması ve transferi yerine devlete vergi ödeyen, ekonomiye katmadeger yaratan rasyonel işletmeciliğe dayandırılmasıdır.

Genel Sağlık Sigortası projesinin temelleri, 1961 tarihli sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Projesi, 1975 Tarihli Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu ile Türkiye’de atılmıştır. Gerekli olan, bütçeden hükümet finansmanına ek olarak bir fon oluşturma çabasıdır. Diğer bir deyişle hükümetin genel bütçeden sağladığı finansmana ek olarak, sosyal güvenlik sistemi tarafından henüz kapsama alınmamış kişilerin sağlık sigortası karşılığı yapabilecekleri katkıları toplama mekanizmasıdır.

Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması amacıyla:

1- Katma değer vergisine % 2 - % 5 puan eklenerek bunun genel sağlık sigortasının primi olarak öngörülmesi; ülkemizde alışveriş yapan yerli yabancı herkesin prim ödediğinin ve sigortalılığının kabul edilmesi,

2- Sosyal güvenlik kuruluşlarının üyelerinin ve onların emeklilerinden Genel Sağlık Sigortası Kurumu için düşük oranda (her birey için % 2 oranında) sağlık primi alınmasının düşünülməsi,

3- Yabancı uyruklu sağlık personelinde de açık şekilde özel polikliniklerin ve özel hastanelerin teşvik edilerek yaygınlaştırılması; sağlık turizmine açık tam teşkilatlı özel yüksek ihtisas hastanelerinin tesis edilmesi;

4- Devlet hastanelerinde görev yapan pratisyen ve uzman hekimlerin günün belirli saatlerinde serbest çalışabilmesi;

5- Sağlık personelinin iç ve dış piyasadan istihdamlarının serbest piyasa ekonomisi şartlarında temin edilmesi,

6- Genel Sağlık Sigortasından alınacak özel bir formla istenilen özel doktora ve özel polikliniğe ve hastaneye muayene olunabilmesi ve ödemenin sigorta fonundan karşılanması veya bizzat ödemeyi takiben sigortadan alacağın tahsil edilebilmesi öngörülmüştür⁽⁹⁹⁾.

4.3. Halihazırdaki Genel Sağlık Sigortası Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Türk sağlık hizmetlerinin temininin yapısı, sektörel örgütlenme hakkında elde edilebilen bilgilerin büyük bir kısmı ikinci bölümde ayrıntılı olarak verilmiştir. V.Plan dönemi sonunda halihazırdaki planlama sistemi ve çok sayıdaki finansman sağlayıcı ve hizmet götürücü teşkilatla birlikte toplam nüfusun sağlığına yönelik hedeflere ulaşmak mümkün olamamıştır. Bu nedenle Türk Sağlık Sektörünün iyileştirilmesi ve genel sağlık hedeflerine daha etkili biçimde ulaşılmasını sağlayacak, seçeneklerin hazırlanmasına başlanıldığını görüyoruz.

İkinci bölümde sözkonusu edilen Genel Sağlık Sigortası çalışmaları gelecekte sektör kalkınmasının finansmanına yönelik projelerden biridir.

Genel Sağlık Sigortası projesinin amacı mevcut durum stratejisine çok yakındır. Sigorta masraflarının büyük bölümünün, tam kapsamlı herkes için, sigorta tasarısında olduğu gibi, kamu kuruluşları tarafından karşılanmasını öngörmektedir. Genel Sağlık Sigortası uygulamasının en ayırtedici özelliği, sigorta primlerini toplayan birimlerin sunuculara doğrudan ödeme yapmaması, primleri il sağlık idarelerine devrederek kapsamlı hizmet verilmesini sağlamasıdır.

(99) a.g.m., s.3-4.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK AÇIDAN ANALİZİ

"Kamu kesiminde üretilen mal ve hizmetler arasında da önemli nitelik farkları vardır. Kamu teşebbüslerinin ürettiği bazı mal ve hizmetlerle özel teşebbüsce üretilen arasında yapısal farklılık yoktur. Devlet de kumaş üretir, özel sektör de kumaş üretir. Diğer yandan, kamu kesiminde üretilen bazı hizmetlerin piyasada üretilmelerine imkan yoktur. Örneğin savunma hizmeti gibi; çünkü bunlar piyasada pazarlanamaz. Eğitim hizmeti ve diğer bazı hizmetler ise piyasada üretilip pazarlanabildiği halde, bir çok ülkede bunlar kamu ekonomisinde de üretilirler⁽¹⁰⁰⁾".

1. KAMUSAL MALLARIN YAPISAL ÖZELLİĞİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

Kamu kesiminde üretilen mal ve hizmetleri yapısal özelliğine göre üç ana grupta toplamak mümkündür. Kamusal mallar, yarı kamusal mallar ve devlet tarafından üretilen özel mallar.

1.1. Kamusal Mallar(*)

Bu malların en önemli niteliği **bölünemez** oluşlarıdır. Yani bu malların sağladığı faydadan kişilerin tek tek yararlanma olanakları yoktur. Ancak toplum olarak yararlanabilirler. Bu halin sonucu ola-

(100) Sevim Görgün, "Kamu Maliyesi Ders Notları", (teksir), İ.Ü.Siyasal Bilgiler Fakültesi, İstanbul, 1987, s.19.

(*) Kamusal mallar için Türk İktisat yazınında kamu mallar, salt-sosyal mallar, toplumsal hizmetler, kolektif hizmetler, pazarlanamayan hizmetler deyimleri kullanılmaktadır.

rak, kamusal malların tüketimde rakip olmama niteliği ortaya çıkmaktadır. Bu niteliğe sahip bir malın tüketiminin bir kişiye sağladığı yararı diğer kişiler de toplam maliyette hiçbir artış olmaksızın sağlar ve hizmetten yararlananların sayısı artıkça kişi başına düşen faydada bir azalma olmaz. "Sonuç olarak hizmetten yararlananların sayısı artıkça hizmetin sağladığı toplam fayda da artar.⁽¹⁰¹⁾" Milli Savunma hizmeti bunun en tipik örneğidir.

Kamusal malların diğer bir özelliği de bunların sağladığı faydanın belli kişilere tahsis edilememesidir. **Tüketimden mahrum edilememe** (mutlak dışsallık) özelliğinden dolayı hizmetten sadece bedelini ödeyenleri yararlandırarak bedelini ödemeyenleri yoksun bırakmak olanaksızdır. Diğer bir deyişle, bu malları talep eden herkes tüketebilir ve fiyat mekanizması yoluyla kişilerin tüketimi engellenemez.

Kamusal mallarda tüketimde rakip olmama ve tüketimden mahrum bırakılmama özellikleri bir arada vardır. Tüketimde rakip olmama özelliği, hizmetin pazarlanmasını gereksiz kılar. Tüketimden mahrum edilememe özelliği ise hizmetin pazarlanmasına olanak vermez. Kamusal malın en son örneklerinden biri hava kirlenmesinin önlenmesi için yapılan çalışmalardır.

1.2. Devlet Tarafından Üretilen Özel Mallar

Bu gruptaki hizmetler hem bölünebilir niteliktedir, hem de bedel ödemeyen kişileri yararlandırmama imkân dahilindedir. Örnek olarak PTT hizmetleri gösterilebilir. PTT hizmetleri bütün ülkelerde devlet tarafından görülmektedir. Fakat hizmet kamusal ve yarı kamusal mallardakinin aksine tüketicilere bedeli karşılığında verilmektedir.

1.3. Yarı Kamusal Mallar(*)

Bir grup hizmetler vardır ki, ilk bakışta kamusal mal (fayda-

(101) a.g.e., s.21.

(*) Yarı Kamusal mallar için anlamdaşı olarak yarı kollektif mallar, yarı--toplumsal mallar, değerlendirilmiş mallar, karma mallar, deyimleri kullanılmaktadır.

sı bölünemez) gibi görünmelerine rağmen pazarlanmaları (bölünmeleri) ve fiyat yolu ile tüketiciye intikal ettirilmeleri mümkündür. Bu malların yarattıkları faydanın bir bölümü bölünemez bir bölümü de bölünebilir olduğundan bu mallara yarı kamusal mallar denilir. Sağlık hizmetleri de bu gruba girmektedir.

2. YARI KAMUSAL MAL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal olması, bu hizmetlerin hem kişilere özel fayda sağlamasından hem de topluma dışsal fayda yaymasından kaynaklanmaktadır. Belirli muayene, tedavi, aşı hizmetleri öncelikle ilgili kişiyi yararlandırmakta, fakat özellikle bulaşıcı hastalıklarda toplumun bütününe önemli bir fayda sağlamaktadır.

Birey sağlık hizmetlerinin tüketiminden özel bir fayda sağlarken, toplum içinde sağlıklı bireylerin artması topluma da sosyal bir fayda sağlar. Bireylerin daha sağlıklı duruma gelmeleri, emeğin bir üretim faktörü olması nedeniyle, en azından üretimin artmasına ve maliyetlerin düşmesine sebep olur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu doğan fayda onu tüketen bireyin, dışına taşar ve kısmen topluma da yayılır.

Görülüyor ki, sağlık hizmetlerinden elde edilen faydanın bir kısmı, özel fayda sağlaması nedeniyle pazarlanabilir (yani üretimlerinde fiyat mekanizması uygulanabilir) nitelikte; diğer bir kısmı ise (sosyal faydası) pazarlanamaz niteliktedir. Bu tür hizmetlerin yarattıkları özel faydadan ayrı olarak bazı gruplara ve topluma sağladıkları pazarlanamaz nitelikteki faydalara dış faydalar adı verilir⁽¹⁰²⁾. Dış faydası olan mallarda ölçülmesi imkânsız olan fayda, topluma sağlanan bu ek sosyal faydadır. Bu mal ya da hizmetlerin üretimi, piyasa ekonomisine bırakılacak olursa, üretici birimler sadece pazarlayabilecekleri özel faydayı dikkate alarak üretimde bulunacaklarından sosyal açıdan eksik üretim söz konusu olur.

(102) Halil Nadaroğlu, Kamu Maliyesi Teorisi, Sermet Matbaası, İstanbul, 1976, s.32.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU EKONOMİSİ ALANINA ALINMASININ GEREKLERİ

Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi alanına alınmasında ekonomik nedenlerin yanısıra siyasal, sosyal ve hukuki etkenler de rol oynamaktadır. Burada önce sorunun ekonomik yönü, üretilen mal ve hizmetlerin yapısal özelliği gözönüne alınarak üç başlık altında incelenecektir. Salt kamusal mal, dışsallıklar ve doğal tekeller.

Daha sonra üretilen mal ve hizmetlerin yapısal özelliğinin yanısıra kamu ekonomisinde sunulmasının siyasal, sosyal ve hukuki nedenlerine değinilecektir.

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özelliği

3.1.1. Salt Kamusal Mal Özelliği

Kamusal mal ve hizmetler; bölünmezlik, fiyatlandırılmama ve fiyat ödemek istemeyenin tüketimden mahrum edilememesi ve tüketimde birbirine rakip olamama özellikleriyle bilinir. Sağlık alanında tedavi hizmetlerinden farklı olarak, koruyucu sağlık hizmetleri tipik bir "kamusal mal" niteliğindedir. Çünkü bazı mal ve hizmetlerin pazarlanabilir tekniklerle üretiminin daha etkin (daha ucuz) olması, onların kamu ekonomisi alanına aktarılmasına sebep olabilir.

Bu konuda Prof.Yaşa "Kollektif mallar mahiyetleri gereği bölünmez olarak üretildikleri halde, bu kategoriye girmeyen (yani bölünebilen) bazı mal ve hizmetlerde üretim tekniğiyle ilgili olarak bir bölge veya grup için bölünmez olarak üretilirler. Çünkü bazı hizmetlerin fertlere tek tek sunulması yerine belirli bir grup için arz edilmesi maliyetleri düşürür"⁽¹⁰³⁾ demektedir.

Örneğin koruyucu hekimlik faaliyetlerinden sıtma ile savaş, bölünebilir bir hizmet olduğu halde, bataklıkların kurutulması gibi bir bölgeye toplu olarak verilen bu hizmet, bir yandan maliyetleri

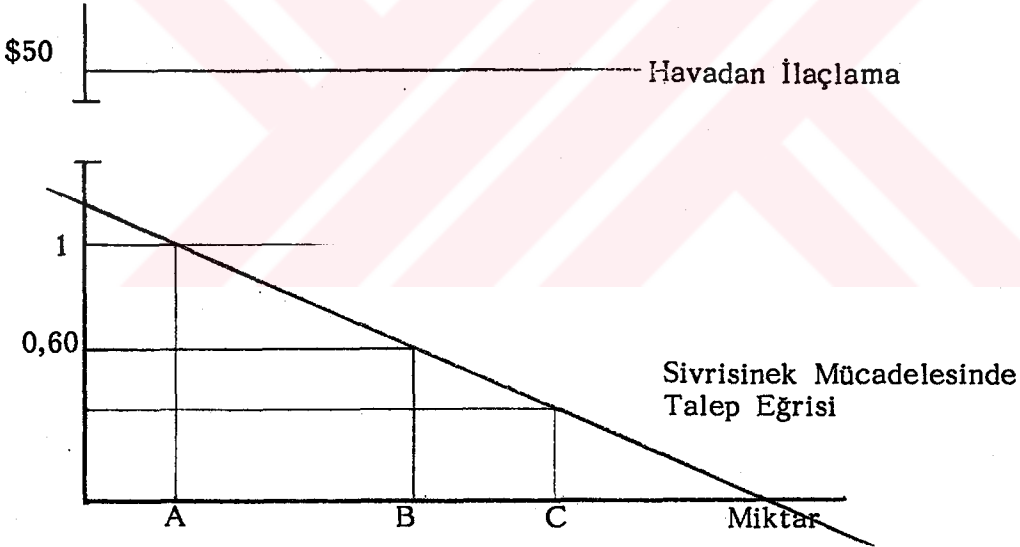
(103) Memduh Yaşa, Kamu Harcamaları Ders Notları (Teksir), İstanbul, 1973, s.20'den Kenan Mortan, s.65.

düşürmekte öte yandan daha etkin bir dışsal yarar sağlamaktadır.

Devletin sunduğu koruyucu sağlık hizmetleri eksikliğini, bireyler kendi tedbirleri ile gidermeye çalışabilirler. Evin sivrisineklerden korunması için pencerelere tel takmak, odalara filit yapmak gibi yollara başvurulur. Fakat mikroplu çevrenin sağlık bozucu etkisinden özel harcamalarla korunmak, kamusal tedbirlerle çevreyi sağlıklı hale getirmekten çok daha pahalı yöntemdir.

Sıtma ve benzeri mikrobik hastalıklara yol açan bir ortama devletin müdahale etmesinin gerekçesi Tullock'ın iki örneği ile şekil üzerinde şöyle açıklanabilir⁽¹⁰⁴⁾.

Anofel yoğunluğu ve yaşama süresinin sıtmaya yol açmayacak düzeylere indirilebilmesi amacıyla Anofel sivrisineğin yok edilmesinin bireysel tercihle gerçekleştirildiği durum Şekil 1 üzerinde incelendiğinde;



Şekil 1⁽¹⁰⁵⁾

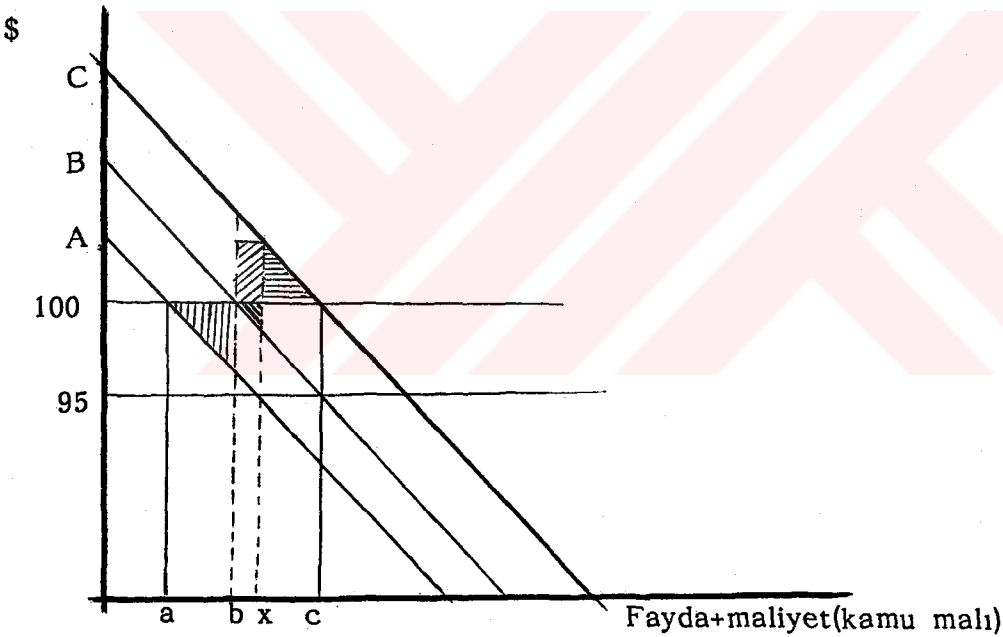
Anofel sivrisineğin yok edilmesinde merkezi tercihin yapıldığı mücadele ise şöyle olacaktır: Şekil 2'de görüldüğü gibi kollektif olarak yürütülen bir mücadelede birim maliyet 95 sent iken, hizmetin

(104) a.g.e., s.81-82.

(105) a.g.e., s.81.

özel olarak üretilmesinde birim maliyet 1 \$ olacaktır. Fayda şeklinde dikey olarak gölgelenmiş alanı kapsar.

A noktası, yatay çizgilerden yararlanmakta, C ise sağ taraftaki yararı alamamaktan ötürü kayba uğramaktadır. C noktasında, bir kamu müdahalesinin olmadığı durumda hizmet özel hizmet olarak satın alınacaktır. Bu durumda uygun kamu mal üretimi ne olmalıdır? Bu seçime bin kişi talepte bulunursa, hizmetin birey başına maliyeti 5 sent olur ve C'de optimum denge sağlanır. Ancak anlaşma sağlanamaması halinde devlet müdahale etmek zorunda kalacaktır. Dolayısıyla şeklin ifade ettiği anlam sivrisinek mücadelesinde olduğu gibi etkin sonuçların alınması için, temel koruyucu hekimlik faaliyetlerinin "kamu hizmeti" olarak üretilmesi gerektirir.



Şekil 2(106)

3.1.2. Dışsallık Özelliği

Ekonomi politikalarının temel araçlarından biri ekonomide kaynak dağılımının optimum düzeyde sağlanmasıdır. Ekonomide opti-

mum etkinliğin sağlanması için, üretimin tüketici taleplerine göre belirlenmesi, her malın üretiminin sağladığı sosyal faydanın, o malın üretiminin neden olduğu sosyal maliyete eşit olması gerekmektedir. Halbuki sağlık hizmetlerine "yarı kamusal mal" niteliği veren dışsallıklar, piyasa ekonomisini başarısızlığa uğratan nedenlerden biridir.

Dışsallık kavramı "kişilerin refahını ve firmaların kârlılığını etkileyen yarar ve kayıp ilişkileri"⁽¹⁰⁷⁾ olarak tanımlanabilir. Dışsallık ilişkileri üretim ve/veya tüketim birimleri arasında oluşabilir. Tüketim ve üretim birimleri arasında dış yarar ilişkisine örnek olarak sağlık hizmetini gösterebiliriz. Sağlığına dikkat eden bir işçi, emeğin üretim faktörü olması nedeniyle, daha verimli çalışma olanağına sahip olduğu için çalıştığı firmanın kârını artırır. Bu onun sağlık hizmetleri tüketimine sağladığı dış yarardır⁽¹⁰⁸⁾.

Üretim ve tüketimlerinden dış fayda doğan malların marjinal özel faydası, marjinal sosyal faydasından küçük olduğundan piyasada eksik üretilmeleri sözkonusudur. Çünkü piyasa fiyatları toplam faydayı ve toplam maliyeti değil sadece özel faydayı özel maliyeti yansıtır. Diğer bir deyişle dış kayıp ve faydalar dikkate alınmaksızın piyasa fiyatlarına göre üretim yapılırsa, dış yarar sağlayan faaliyet alanlarına optimum düzeyin altında kaynak ayrılır⁽¹⁰⁹⁾. Dolayısıyla dışsallıklara neden olan hizmetler söz konusu olduğunda; üretimi sosyal açıdan dengede tutabilmek için devletin müdahalesi gerekir.

Dış yarar sağlayan bir hizmetin üretiminde piyasa ekonomisinin yetersizliği, sağlık hizmeti örnek alınarak, Şekil 3 yardımıyla açıklanabilir.

Şekil 3'de (T_1) talep eğrisi, hizmetin sağladığı özel faydaya göre oluşan özel talebi, (T_2) eğrisi ise özel talebi de içine alan top-

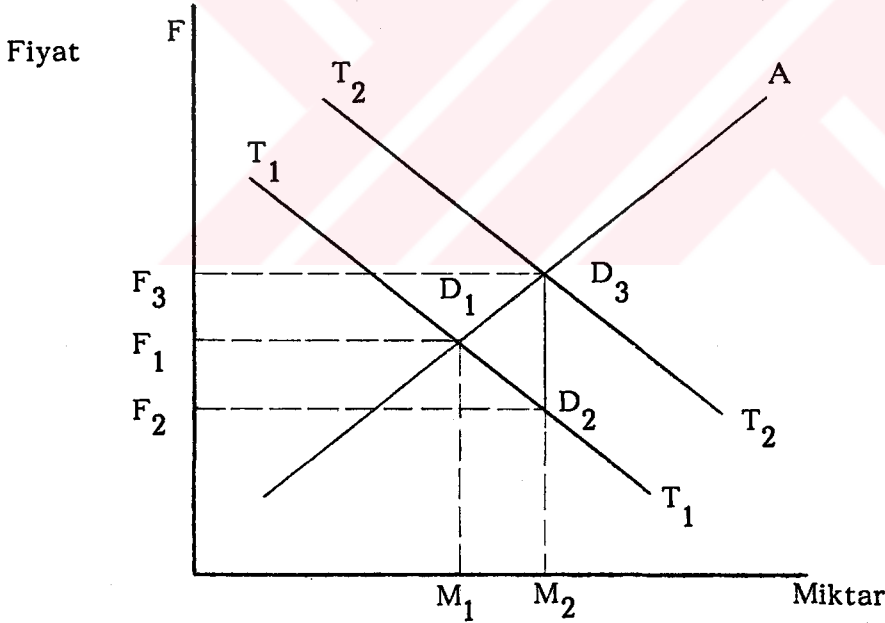
(107) Görgün, s.26.

(108) a.g.e., s.26.

(109) a.g.e., s.28.

lam talebi göstermektedir. Diğer bir deyişle (T_1) ile (T_2) arasındaki fark (D_3D_2) ve bu mal hizmetin dış yararını yansıtmaktadır. (A) eğrisi ise arz fonksiyonunu göstermektedir.

Şekil 3'de eğer hizmet üretimi piyasa ekonomisine bırakılacak olursa, üretim miktarı sadece özel talep dikkate alınarak (M_1) seviyesi ile sınırlı kalır ve bu üretim (F_1) fiyatından pazarlanır. Oysa, bu malın özel faydası dışında ölçülemeyen dışsal faydası (sosyal faydası) vardır. Bu iki faydayı gösteren (T_2) talep eğrisinin, (A) arz eğrisini kestiği (M_2) noktası bize sosyal üretim dengesini verir. (M_2) denge üretim noktasında özel fayda (OF_2) kadar, dışsal fayda ise (F_2F_3) kadardır. böyle bir durumda, üretimin kamu ekonomisinde sunulması halinde tüketicilerden (OF_2) kadar ücret talep edilir. Geriye kalan (F_2F_3) kısmı ise kamu gelirlerinden karşılanır. Eğer üretim piyasa ekonomisine bırakılmışsa, üretimde bulunan firmaya (D_3D_2) kadar mali yardımda bulunulmalıdır⁽¹¹⁰⁾.



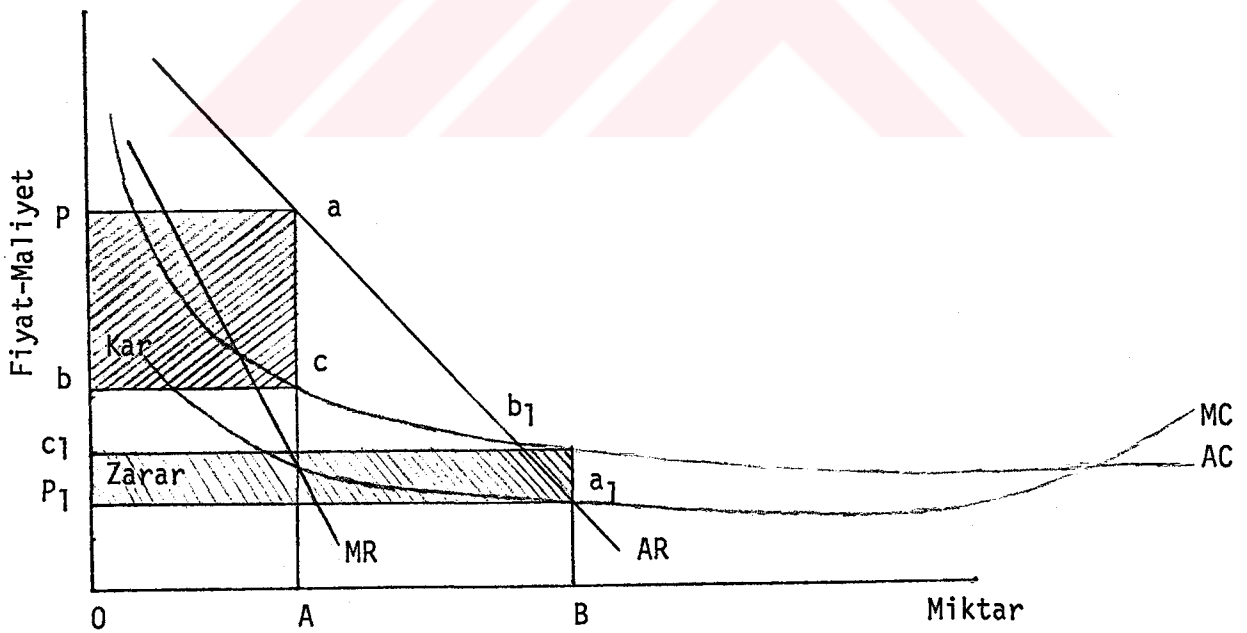
Şekil 3⁽¹¹¹⁾

(110) Memduh Yaşa, "Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları", (Teksir), İstanbul, 1981, s.30.

(111) a.g.e., s.31.

3.1.3. Doğal Tekeller⁽¹¹²⁾

Piyasanın kaynak dağılımında etkinliğini sağlayamadığı diğer bir durum, büyük ölçek firmalardan dolayı bazı sektörlerde tam rekabet koşullarının gerçekleşmemesidir. Büyük ölçek firmalar ileri teknolojinin sonucudur. Bilindiği gibi, bazı hizmetler teknolojik ve ekonomik açıdan belirli boyutların altında kurulamazlar. Makine, teçhizat ve diğer sabit tesisler büyük çapta yatırım gerektirir. Uzmanlaşma, işbölümü ve otomasyona da ağırlık verildiği için ileri teknolojiyi ancak büyük ölçek firmalar kullanabilir. Bu tür işletmelerde sabit tesisler için yapılan harcamaların, toplam üretim maliyeti içindeki payı çok yüksektir. Değişken giderler ise üretim maliyetinin çok önemsiz bir kısmını oluşturmaktadırlar. Bundan dolayı firma yüksek bir üretim düzeyine kadar azalan marjinal ve birim maliyetlerde çalışır. Diğer bir deyişle ileri teknoloji büyük çapta üretime olanak verir. Yani bir tek işletme "ölçek yararları" dolayısıyla piyasa talebinin hepsini sağlamayı başarabilir.



Şekil 4- Azalan Maliyetlerde Çalışan firma (Doğal Tekel)⁽¹¹³⁾

(112) Görgün, s.31-38.

(113) a.g.e., s.35, Şekil 5.

Şekilde azalan maliyetlerde çalışan bir işletmenin maliyet ve kâr eğrileri görülüyor. Bu işletmede üretim miktarı (A) dan (B) ye artarken birim maliyet de (P) den (P_1) e azalmaktadır. Bunun sebebi, yukardaki açıklamalarımızdan anlaşılacağı gibi, üretim giderlerinde sabit tesisler için yapılan harcamaların payının çok yüksek olmasıdır. Dolayısıyla üretim artıkcı sabit maliyetler daha büyük bir sayıya bölünür, hem birim (ortalama) maliyet hem de marjinal maliyet azalır. Sabit giderlerin toplam üretim maliyeti içindeki payı çok yüksek olduğundan birim maliyet marjinal maliyetten daha yüksektir.

Doğal tekel halinde faaliyet gösteren işletme üretim miktarını, en yüksek kârı veren (MR) eğrisinin (MC) eğrisi ile kesiştiği (OA) düzeyinde belirlediğinde, fiyat (P_1) dir. Pabc alanı da işletme kârını belirtir. Şekilde de görüldüğü gibi, bu nokta da işletmenin üretim kapasitesi optimal düzeye ulaşmamıştır. Ancak, üretim miktarı marjinal maliyetin fiyata eşit olduğu (OB) düzeyine kadar artırılırsa üretimde optimal kaynak dağılımı gerçekleşir.

Fakat optimum üretim düzeyinde ortaya çıkan fiyatın (P_1) marjinal maliyetin devamlı şekilde düşmesi dolayısıyla, birim maliyetin (AC) altında kalması halinde, işletme $P_1a_1b_1c_1$ alanı kadar zarar eder. Özel bir işletmenin bu koşulda uzun süre üretime devam etmesi mümkün değildir.

Azalan maliyetler sözkonusu olduğunda piyasada kaynak dağılımında etkinliğin fiyat düzenlemeleri ile sağlanması imkansızdır. Dolayısıyla doğal tekellere kamu müdahalesinde iki yolla başvurulur.

1.Yol: Malın üretimi özel teşebbüse bırakılarak, düşük fiyat uygulamasından doğacak zararların, devlet tarafından o firmaya yapılacak mâli destekle karşılanmasıdır. Bu çözüm yolu etkin olmadığından çoğu zaman başvurulmaz. Çünkü sabit tesisler için yapılacak harcamaların çok yüksek olması ve fiyat düzenleyici önlemlerden dolayı, uzun bir dönemde geri ödenmesi özel teşebbüsün bu tür faaliyetlerden kaçınmasına sebep olur.

2.Yol: Hizmetin üretimi kamu kesimine bırakılır. Doğal tekellerde üretilen hizmetlerin ya kamu ekonomisi veya kamu teşebbüslerine aktarılmasında rol oynayan etken hizmetin hazırlama mali-

yetidir. Eğer pazarlama maliyeti yüksek ise etkin çözüm yolu; hizmetin kamu ekonomisinde üretilmesi aksi halde üretim ve pazarlanması-
nın kamu teşebbüslerince veya döner sermayeli işletmelere bırakılma-
sıdır.

Bu konuda örnek olarak, sağlık hizmetleri alanında bilimsel gelişmeye bağlı, tıp teknolojisindeki son gelişmeleri içeren hastane-
ler gösterilebilir.

Tekelin sağlık hizmetlerinde mevcut olması, bu endüstride fiyatların saptanması, sağlık kurumlarının sunacakları hizmetlerin tür-
lerinin belirlenmesi bu kurumların kuruluş yerlerinin seçimi ve kapa-
site saptanması gibi konularda devletin müdahalesini gerektirebilir,
kimi bazı durumlarda da müdahaleyi zorunlu kılar⁽¹¹⁴⁾.

Sonuç olarak, özel firmalar tarafından üretilmeleri de müm-
kün olan sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi alanında sunulmasının
siyasal, sosyal ve hukuki nedenleri şöyle özetlenebilir.

Sağlık hizmetleri piyasa ekonomisine bırakıldığı zaman teda-
vi hizmetinin özellikleri sebebiyle bazı kişilerce eksik talep edilirler.
Yetersiz talebin 1.sebebi; kişinin hasta olduğunun farkında olmama-
sı, 2.sebebi; tedavinin acı vermesi, sonucunun belirsiz sanılması gibi
nedenlerle hastaların tedaviden kaçmaları, 3.sebebi ise; kişilerin has-
ta olduklarının farkında olsalar bile mâli nedenlerle sağlık hizmetle-
rinden yararlanamamalarıdır⁽¹¹⁵⁾.

Devlet bütün bu sonuçları ortadan kaldırmak yani sağlık hiz-
metlerinin tüketiminde sosyal bir minimumu gerçekleştirmek istedi-
ğinden; bu mal ve hizmetlerin piyasa mekanizması tarafından üretilip
satılmasının yanında, buna ek olarak kamu sektörünce finanse edilip
sağlanması kabul edilmiştir.

Tedavinin gerçekleşmesi için kişinin hastalığını öğrenmesi
ve tedavi ihtiyacını duyması gereklidir. Bunun için de toplum üyeleri
sistemli olarak muayeneden geçirilmelidir.

Bir kamu hizmeti olarak toplum üyelerinin belli aralıklarla
muayeneden geçirilmesinin en önemli gerekçesi, toplumu hastalığının

(114) Alpugan, s.145.

(115) Bulutoğlu, s.286.

farkında olmayan kişilerin dış zararlarına karşı korumaktır.

"Bazı hastalıklarda bulaşıcılık o kadar yüksektir ki sistematik muayene sonucu hasta oldukları anlaşılanlar zorla tedavi edilirler⁽¹¹⁶⁾". Buradaki zorunluluk kamu yararı sebebiyle hukukidir. Tüberküloz, kuduz, kolera, veba vb. hastalıkların tedavisi ile bazı dönemlerde aşı hizmetlerinden yararlanma zorunlu olabilir. Bir hizmetin üretiminde ve tüketiminde zor kullanma ancak kamu ekonomisinin başvurabileceği bir çaredir⁽¹¹⁷⁾.

Sağlık hizmetleri talebinde belirsizlik hali de önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü birey sağlık hizmetini talep ettiği anda ne kadar ihtiyacı olduğunu bilememekte, sadece doktora başvurmaktadır. Ancak bireyin hizmet talebini diğer bir deyişle ne kadar sağlık hizmeti satın alması gerektiğini doktor belirlemektedir⁽¹¹⁸⁾. Halbuki serbest rekabet piyasasında tüketici bir mal ve hizmeti arzu ettiği kadar talep etmekte ve malın marjinal değeri fiyatına eşit olmaktadır.

Doktor, hastanın yararlanacağı sağlık hizmetinin miktarını belirlerken gelir, maliyet, fiyat ve benzeri faktörleri dikkate almaktadır. Çünkü bireyin yararlanacağı sağlık hizmetleri miktarının bu faktörlerde belirlenmesi, hasta olan bireyin yeterince sağlık hizmetlerinden yararlanamamasına neden olmaktadır. Bireyin yararlanacağı sağlık hizmetlerinin miktarı ödeme gücü ile sınırlıdır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta; tüketicinin fiilen seçebileceği olanakların sınırlı olmasıdır. Tüketici fiyatı dışında, sağlayacağı sağlık hizmetinin niteliği ve maliyeti konusunda belirsizlik koşulları altında seçim yapar⁽¹¹⁹⁾.

Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi alanına alınmasının nedenlerinden bir diğeri de, sağlıklı yaşamının bir insan hakkı olduğu ve bu hizmetin devlet tarafından karşılanması yönünde gelişen talep ve görüşlerdir.

(116) a.g.e., s.286.

(117) a.g.e., s.287.

(118) Güneri Akalın, Kamu Ekonomisi, A.Ü.Basımevi, Ankara, 1981, s.212.

(119) a.g.e., s.212.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Beşeri Sermaye Kavramı Açısından Değerlendirilmesi

Beşeri sermaye kavramı, iktisatçılar arasında büyük ilgi görmüştür. Bunun en önemli nedeni "...bu kavramın kullanılması yoluyla ekonomideki büyüme ve kalkınmaya ilişkin bazı bilinmeyen olguların açıklığa kavuşturabileceği iddiasının ortaya atılması ve ayrıca gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ekonomilerdeki büyüme ve kalkınma politikalarında yer alan kaynak dağılımı tercihlerine beşeri sermaye faktörünün dahil edilmesiyle yeni alternatiflere kavuşabilmesidir...(120)".

Beşeri sermaye yaklaşımına taraftar olanlar, Fisher'in yatırım tanımına başvururlar; "sermaye, belli bir andaki herhangi bir stok olup gelecekte hizmet akımı sağlar⁽¹²¹⁾". Bu tanıma göre sağlık harcamaları yatırım sayılır. Çünkü "...sağlık harcamaları prodüktif etken olan kişilerin niteliklerini artırmak ve bu sayede gelecekte gelir sağlamak amaçları ile yapılır⁽¹²²⁾".

"Sağlık programları ve sağlık hizmetleri emek gücünün hem nitelik hem de nicelik bakımından artırılmasına yöneliktir⁽¹²³⁾". Sağlık hizmetlerinin sunumu ise; emeğin gelişmesi ve üretim sistemine sağlıklı bir biçimde katılması sonucu emeğin ve üretimin verimliliğinin artması açısından son derece önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin toplum açısından nasıl getiri yaratacağı aşağıdaki şekilde sergilenmektedir.

(120) Bora Ocakçıoğlu, Beşeri Sermaye Teorisi ve Vergi Alanına Uygulanması, Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İstanbul, 1979, s.8.

(121) Akalın, s.163.

(122) Ocakçıoğlu, s.122.

(123) a.g.e., s. 131.

(*) Geleneksel anlayışa göre, sağlık harcamalarının verimliliğinin artması gelecekteki gelirlerin çoğalması amacı ile değil insancıl amaçlarla yapıldığı tartışma götürmeyecek kadar açıktır. Ancak "Sağlık Ekonomisi" adı verilen ekonomi dalının gelişmesine paralel olarak sağlık hizmetleri ile verimlilik arasında ilişki sayısal açıdan da kurulmaya başlanmıştır.

**Toplulun Sağlık Düzeyinin
Yükseltilmesinden Sağlanan Ekonomik Yararlar⁽¹²⁴⁾**

YARAR ALANLARI	EKONOMİK ETKİSİ	YARARIN TÜRÜ
1- Hastalıkların neden olduğu zamansız ölümler (Bebek, çocuk ölüm oranlarının azaltılması)(Ortalama yaşam süresinin uzatılması)	Adam-saat olarak Mutlak artış	Adam-saat arzının miktar açısından artışı
2- Nüfus içerisinde sakatların ya da hastaların sayısının azaltılması	Adam-saat olarak görelİ artış	
3- Zafiyet ve güçsüzlerin azaltılması	Adam-saat başına üretken kapasitenin artışı	Adam-saat başına ürünün nitelik açısından artışı

Dolayısıyla "...sağlık harcamaları gelecekte sağlanacak gelirle... kavramsal açıdan ilişkili olduklarından ... beşeri sermayeye yapılan yatırım harcamaları niteliğini korumaktadır⁽¹²⁵⁾". "Sağlık harcamalarının nicelik açısından emek gücüne yaptığı katkıları sayı olarak değerlendirme olanağı vardır. İlke olarak, emek gücüne kazandırılan kişilerin gelecekteki kazançlarının bugünkü değerleri bulunarak sağlık stokunun değeri hesaplanabilir⁽¹²⁶⁾".

Kamu sağlık hizmeti programlarında, toplumun bakışını yansıtan bir fayda fonksiyonu kullanmak zorunluluğu vardır... Bu fonksiyonun başlıca etkeni, ömrü uzatmanın gelir değeri, ya da net gelir değeridir. Diğer etkeni ise, toplum üyelerinin, hastaların sayısını azaltmaya ve ömürlerini uzatmaya gösterdiği ilgidir. Bir sağlık programının, toplum üyesine gelecekteki kazançlarında ömür uzaması yoluyla sağladığı artışın bugünkü değeri G_i ve hastalıklı toplum üyeleri sayısında yaptığı azaltmanın faydası H_i ise, ömürleri uzatılanların sayısı n , toplumda programdan etkilenen öteki kişilerin sayısı m ise,

(124) Akalın, s.215.

(125) Ocakçıoğlu, s.124.

(126) a.g.e., s.132.

sağlık harcamalarının, şu ifadeyi maksimum yapması gerekir:

$$F = \sum_{i=1}^n G_i + \sum_{i=1}^m H_i$$

Eğer amaç toplumda birikimi maksimum yapmak ise, yaşam süresi uzatılanların bu sayede sağlayacakları gelirden yapacakları tüketim indirilir.

$$F = \sum_{i=1}^n (G-T)_i + \sum_{i=1}^m H_i$$

Sağlık harcamaları faydasını maksimum yapmak için, gelir marjinal faydası ile hasta azaltma marjinal faydasının toplamını, marjinal ödenekle yapılabilecek diğer programların değerine eşitlemek gerekir⁽¹²⁷⁾".

Ancak, bu tarzda yapılan hesaplamalarda gelire etkide bulunan diğer faktörleri (örneğin: eğitim gibi diğer beşeri sermaye üretim süreçlerini) ayıklamak zor olduğu kadar, sağlığa etkide bulunan diğer faktörlerin de (beslenme, içme suyu, konut...) soyutlanması kolay değildir⁽¹²⁸⁾.

(127) Bulutoğlu, s.284-285.

(128) Ocakçıoğlu, s.132.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN SİSTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinin yeterince karşılanabilmesi için şüphesiz harcamalara ihtiyaç duyulduğu kadar bu harcamaları finanse edecek kaynağa da ihtiyaç duyulacaktır. Finansman kaynağı yanında finansman sağlanması ve miktarı sağlık hizmetleri açısından büyük önem arz etmektedir. Finansman sağlanması şekli sağlık hizmetlerinin sunumu biçimine etki ederken, finansman miktarı ile sağlık hizmetleri doğru orantılı olarak artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkelerin sosyo-ekonomik yapılarına göre farklılık gösterir. Birçok ülkede sağlık harcamaları devlet bütçesinden sağlanan kaynakla finanse edilir ki bu ülkelerde kaynakların büyük çoğunluğu vergilerden oluşur. Özellikle gelişmiş ülkelerde temel finansman kaynağı genel bütçe ya da zorunlu sigorta fonudur. Bunun tek istisnası Amerika Birleşik Devletlerinde, bireyler sağlık hizmetlerine olan gereksinimlerini 1964 yılına kadar kendileri karşılıyordu. Bu yıldan sonra kabul edilen Medicare ve Medicaid programı ile dar gelirliilerin sağlık hizmetinin devlet tarafından karşılanması yolu benimsenmiştir⁽¹²⁹⁾.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri her ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilgili olmakla beraber finansman kaynakları ve harcamaların analizi sağlık politikası uygulamasında ve planlamasında önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır.

Finansman yöntemlerinden hangisinin uygulanacağını sap-

(129) Nusret Fişek, Halk Sağlığına Giriş, H.Ü. DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No.2, Ankara, 1983, s.141.

tanmasından önce, nasıl bir sağlık hizmeti uygulamasının gerçekleştirilmesi gerektiği tespit edilmelidir. Uygulanacak sağlık hizmeti belirlendikten sonra, finansman ile ilgili yöntemdeki kriterlerin tespit edilip amaca ulaşmada fonların kullanılmasını da izlemek gerekir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı dolaylı ve dolaysız finansman şeklinde ikiye ayrılabilir.

Dolaylı finansman çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır. Bunlar⁽¹³⁰⁾;

- Merkezi devlet idaresi ve mahalli idareler,
- Zorunlu sigorta kurumları (kamu/özel),
- Gönüllü sigorta kurumları,
- Hayır kurumlarıdır.

Dolaylı finansmanın iki temel sistemi vergi esaslı finansman ve kamu/özel sigorta esaslı finansmandır. Bunlar ülkenin sosyo-ekonomik durumuna göre bileşim ve seçeneklerle ortaya çıkmaktadır.

Gönüllü sigorta sistemleri ise, daha çok bireylerin ödeme güçleri ile yakından ilgilidir. Çünkü bireylerin ödeme güçlerinin yeterliliği halinde böyle bir sisteme dahil olabilmeleri mümkün olmaktadır. Bu sistemin özellikle gelişmiş ülkelerde daha çok tercih edilebilir olması, bu nedenledir. Çünkü az gelişmiş ülkelerde ise ödeme gücünün genel olarak düşük olması bu tür organizasyonların gelişmesine engel teşkil etmektedir.

Kamu yararına yönelik organizasyonların meydana getirdiği fonlar daha çok vakıf kaynaklı veya dini esaslar ile sosyal amaca yönelik gönüllü dernekler tarafından organize edilmektedir. Ancak bu tür fonların toplam finansman kaynağı içindeki payı azdır. Ayrıca sağladıkları sağlık hizmetleri konuları da son derece sınırlı ve özellik taşıyan konulardır. Örneğin; Kalp Vakfı, Kanseri Savaş gibi...

Dolaysız finansman ise sağlık hizmetlerinden yararlanacak bireylerin finansmanını kendisinin karşılamasıdır (sigorta primleri dışında). Sağlık hizmetine gereksinimi olan birey özel veya kamu

(130) World Health Organization, Health Services In Europe Volume I, Copenhagen, 1981, s.41.

kurumlarına başvurarak sağlık hizmeti talep etmekte ve hizmetin bedelini ödeyerek satın almaktadır.

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında, tüm ülkeyi kapsayacak bir sağlık sigortası sisteminin oluşturulmaması, farklı örgütlenme biçiminde olan kurumlar tarafından hizmetin finansmanının sağlanması ve sunulması nedeniyle çeşitlilik gözlenmektedir. Dolaysız ve dolaylı finansmana farklı görünümelerde rastlanmaktadır.

Dolaysız Finansman

Sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen bireyin özel doktora, özel sağlık kuruluşuna başvurması ile hizmeti satın almasıdır. Kamu kurumuna sağlık hizmeti için başvurulması halinde ise ödeme döner sermayeye yapılmaktadır. İlaç bedeli ise eczaneye ödenmektedir.

Dolaylı Finansman

Devlet Finansmanı: Bu finansman Genel ve Katma Bütçeli kurumların sağlık hizmeti için ayırdıkları kaynak ile Kamu İktisadi Kuruluşlarının sağladığı finansmanı kapsamaktadır.

Sağlık hizmetini devlet adına yürütmekle yükümlü bulunan SSYB'nin bütçesi konsolide bütçe içinden en büyük payı almaktadır. Gerek Üniversitelere bağlı Tıp Fakülteleri gerekse diğer bakanlık bütçelerinden yapılan sağlık harcamaları, ödenek ve harcama açısından SSYB'nı izlemektedir.

Üniversite bütçelerinden yapılan harcamalar katma bütçeden finanse edilmekle birlikte Üniversite Tıp Fakültelerinin döner sermaye gelirleri de, sağlık hizmetinin verilmesi için finansman kaynağı olarak değerlendirilmektedir. SSYB bünyesinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Döner Sermaye İşletmelerinin gelirlerinde de

önemli artışlar gözlenmektedir.

Ayrıca 24.3.1988 tarihinde kabul edilen 3418 Sayılı yasa ile sağlık hizmetleri için ek kaynak (Milli Eğitim Gençlik ve Spor, Sağlık Hizmetleri Vergisi -Ek Taşıt Alım Vergisi- Akaryakıt Tüketim Vergisi tahsilatından) yaratılmıştır. Getirilen yeni düzenleme ile SSYB kaynak yönünden desteklenmektedir (Ek A Tablo 2).

Maliye ve Gümrük Bakanlığı bütçesinden Emekli Sandığı Genel Müdürlüğüne yapılan transferlerde ise kullanım amacı sözkonusu olduğunda, sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı sağlamaktadır (Ek A Tablo 3). Emekli Sandığı, emeklilerin kendilerinin ve yakınlarının tedavi ve bakımlarını finanse etmektedir (Ek A Tablo 4).

Kamu İktisadi Devlet Kuruluşlarının sağlanan sağlık hizmetleri finansmanları ise kendi bünyesindeki çalışanların sağlık gereksinimlerini karşılamaya yöneliktir. Bazıları hastane işletmekte ve sağlık-insan gücü istihdam etmektedirler. Ancak toplam içindeki sayıları fazla değildir.

Devlet finansmanı içine alınabilecek diğer bir seçenek, sağlığa yönelik yatırımları mümkün olduğu kadar yüksek düzeyde tutmak ve kalkınma planlarının amaçlarına göre yönlendirebilmek için başvuru- rulan geliştirme ve teşvik fonlarıdır⁽¹³¹⁾.

"...Devlet 1968'den itibaren daha sistemli bir biçimde uygulamaya başladığı ve giderek ekonomi politikası içinde temel uygulamalardan biri niteliğini kazanan, yatırımları özendirme önlemleri aracılığıyla, kamu kesimi sabit sermaye yatırım tutarlarının en az % 25'i oranında özel kesim yatırımlarını özendirmiştir⁽¹³²⁾".

Zorunlu sigorta: Türkiye'de bu finansman biçimine örnek olabilecek kurum sosyal güvenlik sigortası kapsamında sigortalılara sağlık hizmeti veren 506 sayılı yasa ile kurulan SSK'dur.

SSK üyelerine sağlık hizmetleri için finansman yardımı yaparken iki konuyu ayrı ayrı değerlendirmektedir. Bunlardan birincisi, Sosyal Sigortalar Kanununda belirtilen iş kazalarıyla meslek hasta-

(131) Türk vergi sistemi içinde yer alan sağlıkla ilgili istisna, muafiyet ve indirimlere ait maddeler Ek B'de derlenmiştir.

(132) Kemalî Saybaşı, Türkiye'de Plânlı Ekonomik Kalkınma Döneminde Devletin Ekonomiye Müdahalesi (1963-1985), Sevinç Matbaası, İstanbul, 1986, s.102.

lıkları sigortası için yapılan yardımlardır. İkincisi ise aynı kanunda yer alan hastalık sigortası yardımlarıdır. Bu kuruluşun sağladığı sağlık hizmetlerinin boyutları ve sağlık personeli istihdamı ülke toplamı dikkate alındığında önemli bir paya sahiptir (Ek A Tablo 4).

Diğer bir sosyal güvenlik kuruluşu olan Bağ-Kur, sigortalılardan aldığı sağlık sigortası primi ile üyelerine sağlık hizmeti vermeyi amaçlamıştır (Ek A Tablo 4). 5.11.1985 tarih ve 3235 sayılı kanunla sağlık sigortasının kapsamı genişletilmiş ve sigortalının yürürlükteki basamak gösterge tutarının % 12'si oranında ödeyecekleri sağlık sigortası primi belirlenmiştir.

Gönüllü Sigorta: Türkiye'de uygulamasına yakın yıllarda özel sigorta şirketlerinin katıldığı sistemdir.

Yardım Dernekleri: Kaynağı gönüllü dernekler ve vakıf kaynaklı fonlar olan bu finansman biçiminin örnekleri Türkiye'de de mevcuttur.

Türkiye Kızılay Derneği dil, din, ırk farkı gözetmeksizin yardım yapan bir sosyal hizmet kuruluşudur. Dispanserler, Sağlık Merkezleri, Hastaneler, Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri açarak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde katkıda bulunmaktadır. Özellikle kan yardımı ve kan türevleri sağlayacak teşkilatın kurulmasında ve salgın hastalıklarda faaliyetlerini sürdürmektedir.

Gönüllü dernek olarak faaliyetini sürdüren özel amaçlı sağlık hizmeti veren bazı dernekler şunlardır. Türkiye Çocuk Felci ve diğer Virus Hastalıkları Savaş Derneği, Kalp Hastalıklarına Yardım ve Araştırma Derneği, Aile Planlaması Derneği vb.

Sağlık hizmetinin yürütülmesine ve finansmanına katkıda bulunan vakıflara örnek olarak; Hacettepe Çocuk Sağlığı Enstitüsü Vakfı, Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı, Türkiye Devlet Hastaneleri ve Hastalara Yardım Vakfı, Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı, Türk Kadını Güçlendirme Vakfı verilebilir.

Uluslararası Kuruluşlardan Sağlanan Yardım:

UNICEF, WHO, Dünya Bankası gibi dış kuruluşlardan sağlanan yardım da ayrı bir finansman kaynağı olarak değerlendirilebilir.

Bu kuruluşlardan 1966 ve 1967 yılında yardım sağlanmıştır. Yine bu yıllarda Amerikan Yardım Kooperatifi (CARE) nden gıda yardımı alınmıştır. Özellikle sıtma hastalığının önlenmesi için WHO'nun yardımı olmaktadır. Son yıllarda uluslararası kuruluşlar Ana ve Çocuk Sağlığı, Nüfus Planlaması hizmetlerini, özellikle kalkınmada öncelikli yörelerdeki projelerin yürütülmesinde desteklemektedirler. Yine UNICEF "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganıyla 0-5 yaş grubu çocuklarda ölüm oranını azaltmak amacıyla para, tıbbi araç-gereç yardımı yapmaktadır. Dünya Bankası'na finanse edilen I.Sağlık Projesi ile ilgili hizmetler için 67.813.500 TL ödenek kaydı yaptırılmış, ödenğin 2.813.500 lirası harcanmış, harcanmayan 65 milyon lira 1989 yılına devredilmiştir⁽¹³³⁾.

Sağlık Hizmeti Karşılığı Yapılan Ödemenin Sınıflandırılması:

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkelerin sağlık sistemlerine göre değişik kombinasyonlarla temin edilmektedir. Finansman sistemine paralel olarak sağlık hizmetlerini fiyatlandırma yöntemi de yine ülkelerin kendi bünyesine ve geleneklerine göre şekillenmektedir⁽¹³⁴⁾.

Daha önce değinildiği gibi sağlık hizmetleri finansmanı dolaylı ve dolaysız olarak sağlanmaktadır. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finansmanı, bu iki finansman biçimini kapsamaktadır. Sunulan sağlık hizmetine karşı yapılan ödemenin biçimine göre ise şöyle bir sınıflandırma yapılabilir⁽¹³⁵⁾:

- Koruyucu hekimlik hizmetleri Devlet tarafından ödenir.

(133) S.S.Y.B. "Kesin Hesap Kanunu, Kesin Hesap Cetveli Açıklaması", Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü, Ankara.

(134) Pınar Önertürk, Refah Devletinde Sağlık Hizmetleri, Ankara, D.S.İ. Matbaası, 1984, s.45.

(135) Nurşen Kılıçkalkan, "SSYB Harcamaları Kapsamında Yataklı Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamalarının İncelenmesi", Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, Maliye ve Gümrük Bakanlığı BÜMKO Genel Müdürlüğü, Ankara, 1986, s.55.

(Verem ve sıtma hastalığı için gerekli ilaç bedelleri, tedavi giderleri)

- Kişi kendine yapılan hizmetin ücretini hekime, ilaç parasını eczaneye öder,

- Kişi kendine verilen hizmetin bedelinin bir kısmını hastanelerin döner sermayelerine öder,

- Sigortalı işçi ve ailesinin ve işçi emeklisinin hekim ve hastane hizmetini sigorta öder. İlaç giderlerinin % 20'si sigortalı tarafından karşılanır.

- Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanların tedavilerine ilişkin harcama ilgili Bakanlık veya kurum bütçesinden karşılamakta, 657 Sayılı yasanın 30.12.1982 tarih ve 2771 sayılı yasa ile değişik 209 ncu maddesinde yer alan hüküm gereği ise birey evde ve ayakta tedavi halinde kullanacağı ilacın bedelinin % 20'sini ödemektedir.

- Silahlı Kuvvetler mensupları, aileleri ve emeklilerinin sağlık harcamaları Milli Savunma Bakanlığı bütçesinden karşılanır. Buna ilişkin yasal düzenleme 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetler İç Hizmet Kanunu ile yapılmıştır.

- Emekli Sandığı, emekli memur ve ailelerin ve harp malüllerinin her çeşit tedavi harcamasını karşılar,

- Kamu İktisadi Kuruluşları ve Kamu İktisadi Teşekkülleri kendi bünyelerinde çalışan personele sağlık hizmeti verme amacı gütmektedir. Bunu kendi sağlık kurumunu kurarak ya da serbest çalışan doktorlarla anlaşma yaparak personelinin ve yakınlarının tedavi giderlerini karşılamaktadır.

- Bir sosyal güvenlik kuruluşu olan BAĞ-KUR yasasında yapılan son değişiklikle sigortalıları aşamalı bir biçimde sağlık sigortası kapsamına almayı amaçlamıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI ANALİZİ

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiş olmasına rağmen, konsolide bütçe dışında kalan, ancak görevleri itibarıyla kamu sektörü içine alınabilecek bazı kuruluşlar (E.S., S.S.K., Bağ-Kur) ile konsolide bütçe içinde SSYB'nin dışında bazı kuruluşların da sağlık fonksiyonunu üstlendiği görülmektedir⁽¹³⁶⁾.

Bir ülkede kamu harcamaları için yapılacak anlamlı bir fonksiyonel sınıflandırmanın ilk koşulu devletin farklı organlarınca yürütülen tüm hizmetlerin açıkça belirlenebilmesidir. Bunu sağlayacak araç ise bütçedir. Fakat mevcut bütçe sisteminin bu açıdan yetersizliği, devletin sağlık hizmetleri için ayırdığı toplam kaynağa ulaşmaya imkan vermemektedir⁽¹³⁷⁾.

Bu nedenle sağlık harcamaları analizine SSYB bütçesi kapsamında girilmektedir. Sağlık harcamaları analizi, altı ana başlık altında incelendi.

Birincisinde; gayrisafi milli hasıla ve sağlık harcamalarının planlı dönemde nasıl bir seyir izlediği ve sağlık harcamalarındaki değişikliklerle GSMH'daki değişiklikler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının saptanmasına çalışıldı. Daha sonra sağlık harcamalarının toplam ve kişi başına GSMH içindeki oransal gelişimi incelendi.

İkincisinde; SSYB bütçesi sağlık harcamalarının konsolide

(136) Bu konu tezin II.Bölümünde "Sektörel Örgütlenme" ve IV.Bölümünde "Türkiye'de Sağlık Sistemlerinin Finansmanı" başlığı altında incelenmiştir.

(137) Tülay Erken, Kamu Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması ve Türk Bütçe Sistemi İçin Model Çalışma, Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporları Dizisi: 1, Maliye ve Gümrük Bakanlığı, BÜMKO Genel Müdürlüğü, Ankara, 1987, s.42-55.

bütçe harcamaları içindeki payı Türkiye'nin içinde bulunduğu ekonomik sorunlarla birlikte incelendi.

Üçüncüsünde; genel bütçe başlangıç ödenekleri içindeki payı nedir sorularının yanıtlanmasına çalışıldı.

Dördüncüsünde; 1979-1988 yılları arası SSYB bütçesi ekonomik ayrıma göre analiz edilmektedir. Aynı bölümde SSYB bütçesi ödeneklerinin kullanımı incelenmiştir.

Beşincisinde; 1979-1988 yılları arasında, SSYB bütçesi fonksiyonel ayrıma göre incelenmiştir. Bu bölümdeki fonksiyonel sınıflandırmaya, Sosyal Hizmetler ve ÇEK Kurumu Genel Müdürlüğü ile Refik Saydam ve Hıfzıssıhha Enstitüsü Başkanlığının bütçeleri de dahil edilmiştir. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Uluslararası Sağlık Tüzüğü hükümlerine göre sınırlardaki bulaşıcı ve salgın hastalıkların denetiminden sorumlu olduğundan, fonksiyonel sınıflandırmaya dahil edilmemiştir⁽¹³⁸⁾.

Altıncı ve son başlıkta; planlı dönemde sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarının, kamu ve özel sektör içindeki payının gelişimi incelendi.

1. SAĞLIK HARCAMALARI VE GAYRİSAFİ MİLLİ HASILA

Türkiye'de SSSB bütçesi kapsamında sağlık harcamalarının, GSMH içindeki payı hesaplanırken, kullanılan GSMH ve SSYB harcamaları serileri Tablo 21'de verilmiştir.

Serilerin incelenmesinde, 1963 yılından 1988 yılına kadar sağlık harcamalarında sürekli ve bazı yıllar sıçramalı bir artış izlenmektedir. Serinin yapısını daha iyi görebilmek için mutlak gelişmeleri ifade eden kartezyen grafik düzenleyelim (Grafik 8).

(138) Adı geçen katma bütçeli kuruluşla ilgili toplam harcamalar Ek-A Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 21: Planlı Dönemde Gayrisafi Milli Hasıla ve S.S.Y.B.'nin Harcama Serisi.
(Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

<u>Yıllar</u>	<u>GSMH</u>	<u>*SSYB</u>	<u>SSYB/GSMH</u>
1963	67971.6	535.1	0.0079
1964	69190.1	614.3	0.0089
1965	76726.0	667.5	0.0087
1966	91419.0	793.4	0.0087
1967	101481.0	849.2	0.0084
1968	112493.0	978.2	0.0087
1969	124893.0	1012.5	0.0081
1970	147776.0	1218.3	0.0082
1971	192035.6	1820.6	0.0095
1972	287760.4	1963.7	0.0068
1973	308507.0	2837.0	0.0092
1974	424215.8	3368.6	0.0079
1975	535771.0	4932.2	0.0092
1976	674985.7	6005.3	0.0089
1977	872893.8	8251.9	0.0095
1978	1290723.4	16114.6	0.0125
1979	2199520.0	25169.5	0.0114
1980	4435153.0	41132.5	0.0093
1981	6553596.2	38547.5	0.0059
1982	8735053.7	44734.2	0.0051
1983	11551860.1	69881.0	0.0060
1984	18374839.9	100379.8	0.0055
1985	27789414.8	147450.2	0.0053
1986	39309619.3	214875.6	0.0055
1987	58387182.1	361539.5	0.0062
**1988	100154300.0	623789.2	0.0062

Kaynak: D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı, 1971-1985

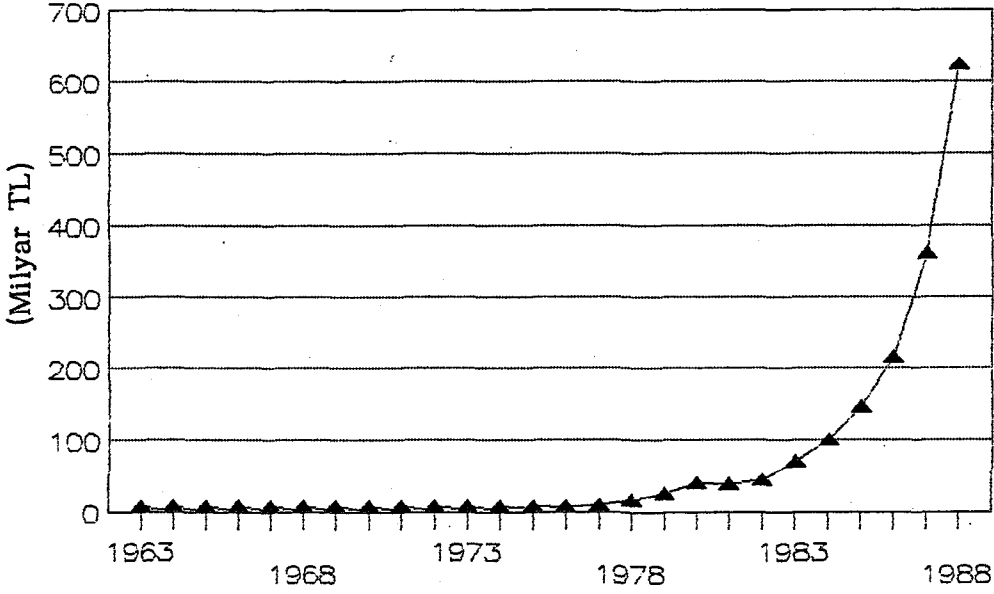
: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Yıllık Ekonomik Rapor 1989, Ankara, s.24.

: S.S.Y.B. Bütçe Kesin Hesabı, 1979-1988, T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü.

: Nursen Kılıçkalkan "S.S.Y.B.Harcamaları Kapsamında Yataklı Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamalarının incelenmesi," Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müd., 1983, s.119.

(*) S.S.Y.B. Harcamaları 1963-1973 yılları arası Hazine Genel Hesabından, 1974-1978 yılları arası S.S.Y.B. Kesin Hesap Yasa Tasarılarından, 1979-1988 yılları arası S.S.Y.B.Bütçe Kesin Hesaplarından derlendi.

(**) D.İ.E. Cari üretici fiyatlarıyla, Ağustos 1989 tarihli 1. geçici tahmin



Grafik 8- SSYB Harcamalarının Cari Fiyatlarla Gelişimi

Grafik, SSYB harcamalarındaki artışın 1978 yılında yükselmeye başladığını, 1983'de ve 1984'de belirgin bir sıçramayla eğrinin eğimini hızla dikleştirdiğini göstermektedir. Ancak bu sıçrama ve hızlanmaları daha iyi seçebilmek için nisbi gelişmelerin sayısal ifadesi olan indeks serileri düzenlemek gerekir⁽¹³⁹⁾. Bu amaçla her iki serinin 1963 yılı temel alınarak artış hızlarını gösteren sabit esaslı indeks serisi, sütun (1) ve (2) de hesaplanmıştır.

Bu şekildeki düzenleme, GSMH ve SSYB harcamalarının dönembaşıdan (1963) sonuna kadar (1988) sırasıyla % 116574,3 (veya 1165,7 katı) ve 148262,5 (veya 1482,6 katı) arttığını gösterir. 1963-1980 yılları arasında, SSYB harcama artış oranı GSMH'nin artış oranını aşmakta iken, 1981 yılından itibaren ise SSYB harcamalarının artış oranı GSMH'nin artış oranını geriden izlemektedir.

(139) Öncel, s.43:

**Tablo 22 : Planlı Dönemde GSMH ve SSYB Harcamaları
indeks Serisi**

<u>Yıllar</u>	<u>Sabit Esaslı indeks</u>		<u>Zincirleme indeks</u>	
	<u>GSMH</u>	<u>SSYB</u>	<u>GSMH</u>	<u>SSYB</u>
	<u>(1)</u>	<u>(2)</u>	<u>(3)</u>	<u>(4)</u>
1963	100.0	100.0	100.0	100.0
1964	101.8	114.8	101.8	114.8
1965	112.9	124.7	110.9	108.7
1966	134.5	148.3	119.1	118.9
1967	149.3	158.7	111.0	107.0
1968	165.5	182.8	110.9	115.2
1969	183.7	189.2	111.0	103.5
1970	217.4	227.7	118.3	120.3
1971	282.5	340.2	130.0	149.4
1972	423.4	367.0	149.8	107.9
1973	453.9	530.2	107.2	144.5
1974	624.1	629.5	137.5	118.7
1975	788.2	921.7	126.3	146.4
1976	993.0	1122.3	126.0	121.8
1977	1284.2	1542.1	129.3	137.4
1978	1898.9	3011.5	147.9	195.3
1979	3235.9	4703.7	170.4	156.2
1980	6525.0	7686.9	201.6	163.4
1981	9641.7	7203.8	147.8	93.7
1982	12851.0	8360.0	133.3	116.0
1983	16991.1	13059.4	132.2	156.2
1984	27033.1	18759.1	159.1	143.6
1985	40883.8	27555.6	151.2	146.9
1986	57832.4	40156.2	141.5	145.7
1987	85886.2	67564.8	148.5	168.3
1988	148262.5	116574.3	172.6	172.5

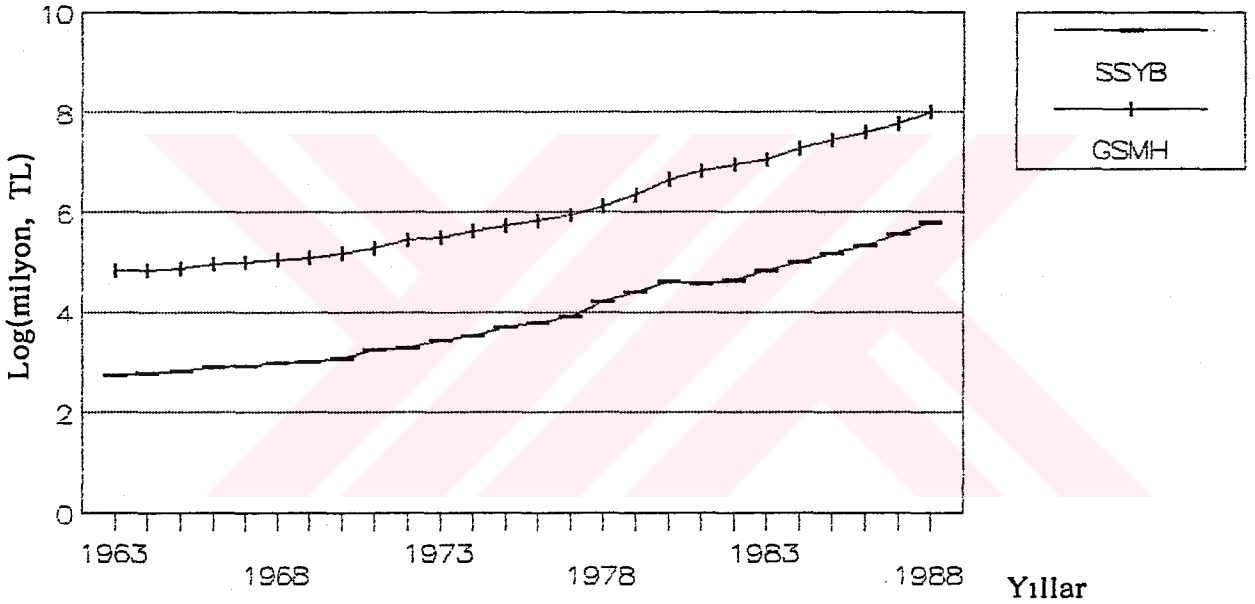
Kaynak: Tablo 21'de ki verilerden hesaplanmıştır.

SSYB Bütçesi Harcamaları İle Gayrisafi Milli Hâsıla Arasındaki İlişki:

Tablo 21'den GSMH ve Sağlık harcamaları arasındaki regresyon denklemleri⁽¹⁴⁰⁾ çıkartıldığında GSMH ve SSYB harcamalarının (cari fiyatlarla) ilişki katsayısı 0,99'lar dolayındadır.

$$H_t = -1,719 + 0,93531 Y_t \quad R^2 = 0,992$$

GSMH ve SSYB harcama serisinin logaritması alınarak çizilen Grafik 9'da aralarında yaklaşık sabit bir ilişki olduğu görülür.



Grafik 9: GSMH ve SSYB Harcamalarının Gelişimi (1963-1988)

Tablo 22'den sabit esaslı indeksleri ile regresyon işlemleri tekrarlandığında yine 0,97'ler dolayında bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Aynı tablodan zincirleme indeks serisinin logaritması alınarak yapılan regresyon denkleminde elde edilen sonuç ise şöyledir:

$$H_t = 0,7516 + 0,6438 Y_t \quad R^2 = 0,346$$

(140) Denklemlerde kullanılan harflerin tanımları:

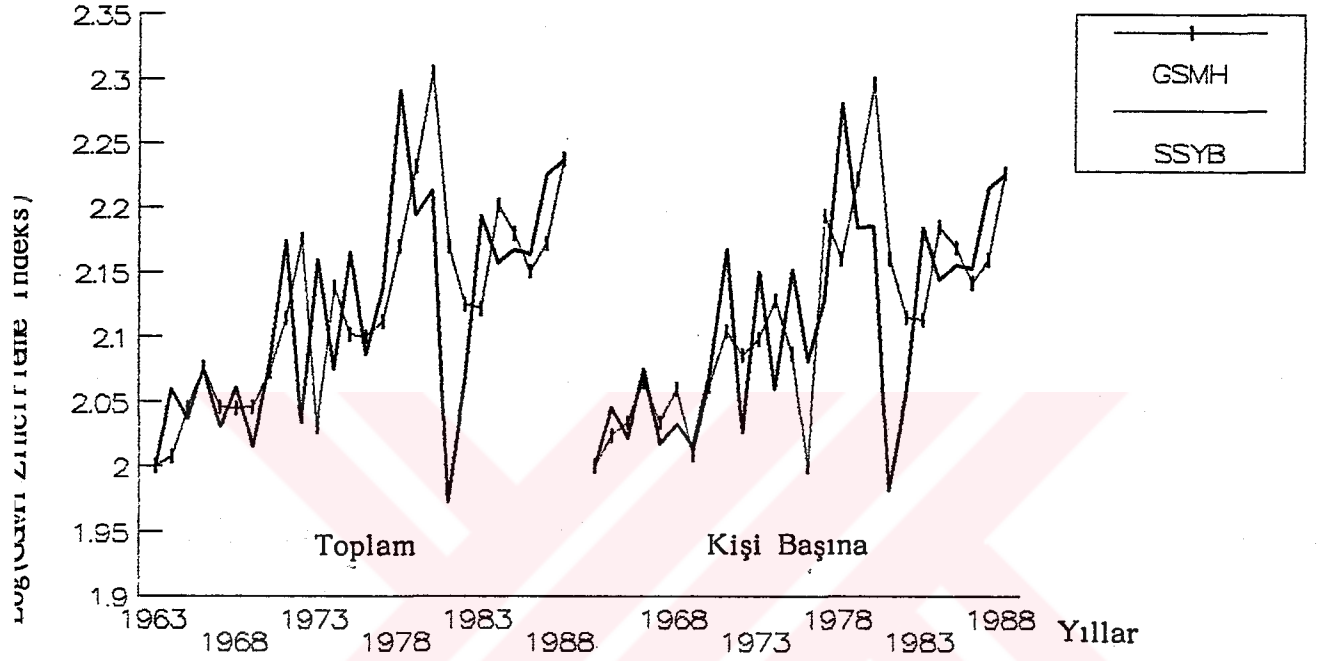
H = Log[SSYB Harcamaları],

Y = Log[GSMH]

R^2 = Belirlilik Katsayısı

t = Toplam K = Kişi başına.

Bu sonuçlara göre; sabit esaslı indeks serisinin regresyon sonucunun ilişki katsayısı ($R^2=0,97$) çok yüksek olmasına karşın zincirleme indeks serisi regresyon sonucunda ilişki katsayısının ($R^2=0,346$) zayıfladığı görülmektedir (Grafik 10).

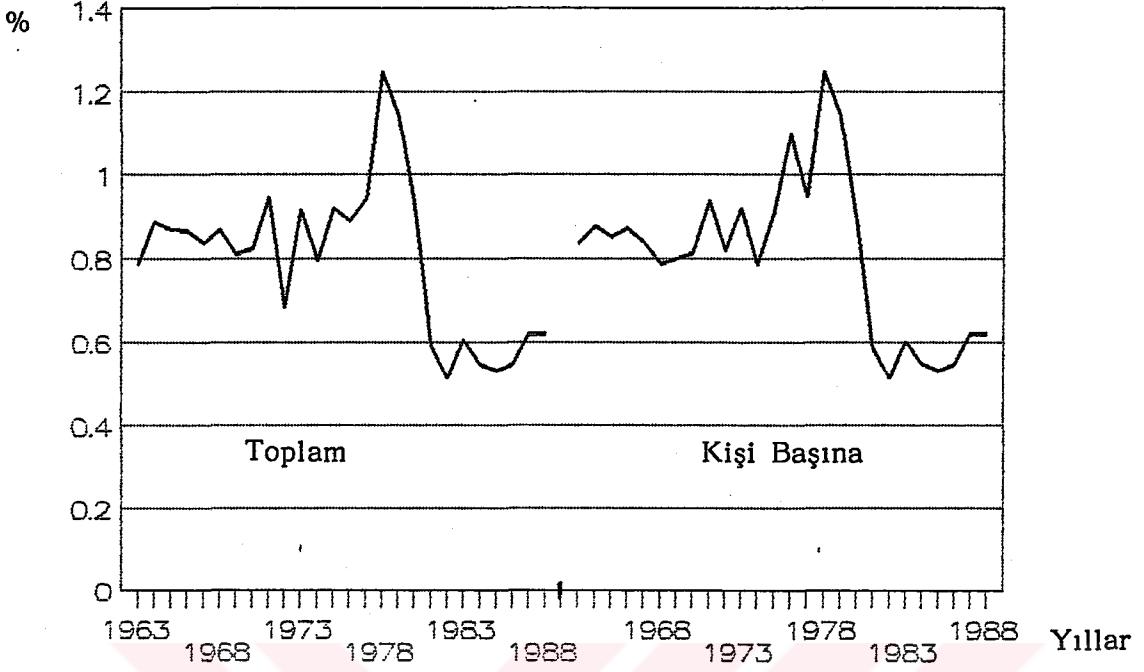


Grafik 10: Logaritmik GSMH ve Logaritmik SSYB Harcamalarının Zincirleme İndeksi (1963-1988)

Aynı grafikten SSYB harcamaları ile GSMH arasındaki ilişkinin eğiliminin, kişi başına ve toplamda da yaklaşık olarak aynı olduğu görülebilir.

Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı:

SSYB bütçesi kapsamında, sağlık harcamaları ile GSMH arasındaki regresyon sonuçları arasındaki çelişkiden dolayı; planlı dönemde, SSYB harcamalarının (cari fiyatlarla) GSMH içindeki payının gelişiminin incelenmesi daha anlamlı sonuçlar vermektedir (Tablo 21). 1963'de 0,008 olan pay daha sonraki yıllar da 0,009, 1978 ve 1979 yıllarında yükselerek 0,012 olmuş, izleyen yıllarda ise tekrar düşüşe geçerek 1988 yılında 0,006 olarak gerçekleşmiştir.



Grafik 11: Planlı Dönemde SSYB Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (Toplam ve Fert Başına)

SSYB harcamalarını GSMH'ya oranlayarak, oransal gelişimini Grafik 11 ile ifade edecek olursak, trend 1963-1979 yılları arasında küçük iniş ve çıkışların mevcudiyetiyle birlikte 1980 yılından itibaren azalma eğilimini gösterir.

Tablo 23'den kişi başına GSMH ve kişi başına SSYB harcamalarının gelişimi cari fiyatlarla ve indeks serileri ile izlenebilir. Cari fiyatlarla kişi başına GSMH 1963 yılında 2154 TL, 1988 yılında ise 1.860.167 liraya ulaşmıştır. Kişi başına GSMH artışı, yıllar itibarıyla GSMH artışından daha azdır. Çünkü nüfus artışı dolayısıyla GSMH daha fazla kişi tarafından paylaşılmaktadır. Aynı dönemde kişi başına SSYB harcaması 1963 yılında 18 TL iken 1988'de 11.514 TL'ya ulaşmıştır. Aynı şekilde kişi başına SSYB harcaması artışı yıllar itibarıyla GSMH artışından daha azdır. Kişi başına SSYB harcamasının kişi başına GSMH içindeki payı da aynı azalma eğilimini gösteriyor (Grafik, 11).

Tablo 23: Kişi Başına GSMH ve Kişi Başına SSYB Harcamaları Gelişimi.

*SEİ: Sabit Esaslı indeks,

*Zİ : Zincirleme indeks

Yıllar	GSMH (1)			*SSYB (2)			-(%) -2/1-
	(TL)	SEİ	Zİ	(TL)	SEİ	Zİ	
1963	2154	100	100	18	100	100	0.84
1964	2276	105.7	105.7	20	105.7	105.7	0.88
1965	2463	114.3	108.2	21	114.3	108.2	0.85
1966	2863	132.9	116.2	25	132.9	116.2	0.87
1967	3099	143.9	108.2	26	143.9	108.2	0.84
1968	3550	164.8	114.6	28	164.8	114.6	0.79
1969	3626	168.3	102.1	29	168.3	102.1	0.80
1970	4184	194.2	115.4	34	194.2	115.4	0.81
1971	5318	246.9	127.1	50	246.9	127.1	0.94
1972	6485	301.1	121.9	53	301.1	121.9	0.82
1973	8138	377.8	125.5	75	377.8	125.5	0.92
1974	10941	507.9	134.4	86	507.9	134.4	0.79
1975	13368	620.6	122.2	122	620.6	122.2	0.91
1976	13368	620.6	100	147	620.6	100	1.10
1977	20899	970.2	156.3	198	970.2	156.3	0.95
1978	30270	1405.3	144.8	378	1405.3	144.8	1.25
1979	50529	2345.8	166.9	578	2345.8	166.9	1.14
1980	99805	4633.5	197.5	886	4633.5	197.5	0.89
1981	144467	6706.9	144.7	848	6706.9	144.7	0.59
1982	188327	8743.1	130.4	963	8743.1	130.4	0.51
1983	244276	11340.6	129.7	1472	11340.6	129.7	0.60
1984	374461	17384.4	153.3	2049	17384.4	153.3	0.55
1985	552407	25645.6	147.5	2929	25645.6	147.5	0.53
1986	765583	35542.4	138.6	4169	35542.4	138.6	0.54
1987	1104706	51286.3	144.3	6842	51286.3	144.3	0.62
1988	1860167	86358.7	168.4	11514	86358.7	168.4	0.62

Kaynak: D.i.E., Türkiye İstatistik Yıllığı, 1971-1985

: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Yıllık Ekonomik Rapor 1989, Ankara, s.24.

: Nürsen Kılıçkalkan "S.S.Y.B.Harcamaları Kapsamında Yataklı Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamalarının incelenmesi," Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müd., 1983, s.119.

(*) : 1979-1988 Yılları arası kişi başına S.S.Y.B. Harcaması hesaplanırken yıl ortası nüfus tahmini esas alınmıştır ve indeks serisi hesaplanmıştır.

2. SAĞLIK HARCAMALARI VE KONSOLİDE BÜTÇE

Türkiye'nin içinde bulunduğu ekonomik sorunlar planlı dönemde; büyüme hızının düşmesi, yatırımların yavaşlaması, üretimin ve dışsatımın duraklaması, dış ödemeler açığının büyümesi, kısa vadeli dış borçların artması, fiyatların yükselmesi ve işsizliğin olağan ölçüleri aşması olarak belirirken; Devlet ekonomide büyümeyi hızlandıracak, işsizliği azaltacak, sanayileşmeyi artıracak, tarımsal gelişmeyle sanayileşme ve kentleşmenin uyumlu bir biçimde yayılmasını sağlayacak, enerji darboğazını giderecek, savunma gücünde ve ulusal güvenlikle öz yeterliliği sağlayacak önlemlerin alınmasına öncelik verilmesini gerekli kılmıştır. Böylelikle planlı dönemde, kaynak ayırımında öncelik bu önlemlere ilişkin olmuştur. Bununla birlikte gelişmenin yalnızca ekonomik yaşamın düzenlenmesine bağlı olmaması, sosyal politikalarla bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılarak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları dışında kalan dar gelirli nüfusun sağlık gereksinimlerinin Devlet tarafından karşılanması öngörülmüştür.

Ancak planlı dönemde konsolide bütçe içinde SSYB harcamalarının payı gittikçe düşmektedir. I. Plan döneminde pay ortalama % 4,5 iken, 1968-1973 yılları arasında 3,7 olmuş, 1978 yılında ise 4,6 ya yükselmiştir. İzleyen yıllarda pay giderek düşmüştür (Tablo 24). Oysa 1980 yılı ve sonrasında Türkiye'nin büyük bir bölümü (49 il) sosyalleştirme kapsamına alınmış, tedavi kurumlarında yatak sayısı artmış ve sağlık-insan gücü sayısında da artışlar gözlendiği halde⁽¹⁴¹⁾, konsolide bütçe içinde SSYB harcamalarının payı artmamış, aksine giderek azalmıştır. SSYB'nin konsolide bütçe içindeki azalan payı Grafik 12'de somut biçimde ifade edilmiştir. Bu gösterir ki ayrılan kaynak, hizmetin eski düzeyinde yürütülmesini önleyecek ölçüde azalmaktadır.

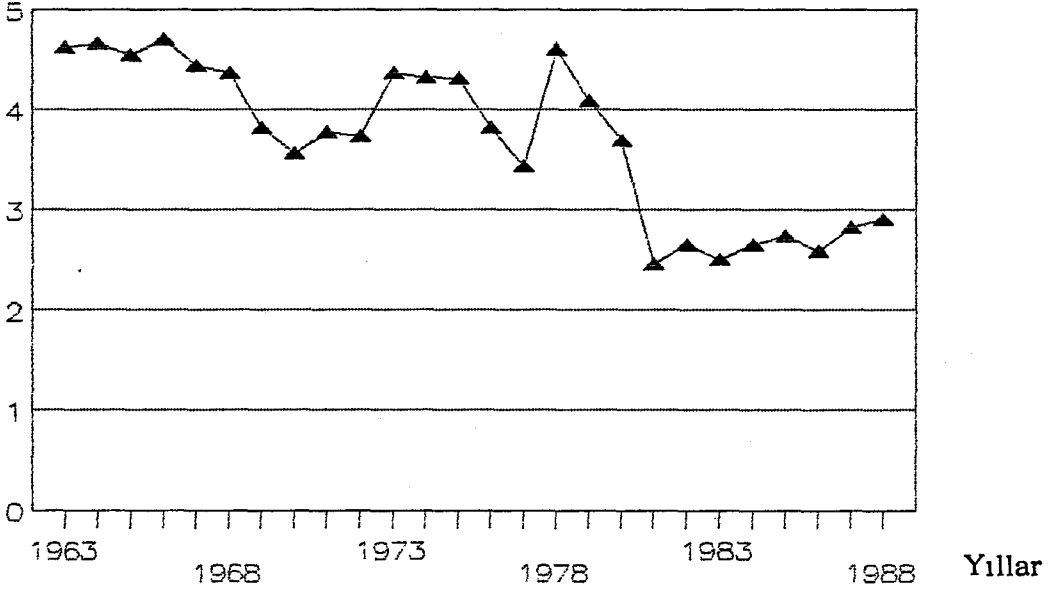
(141) Bu konu tezin II.bölümünde "Sektörel Kaynaklar" ve "Kalkınma Planlarında Sağlık Politikaları" başlığı altında incelenmiştir.

Tablo 24: Planlı Dönemde Konsolide Devlet Bütçesi ve
S.S.Y.B. Bütçesi Harcamaları (Cari
Fiyatlarla)

—Konsolide(1)—SSYB(2)—		(%)—	—(Konsolide Har.)—		
Yıllar	(Milyon TL)	—2/1—	SEİ	—ZI—	
1963	11589	535.1	4.62	100.0	100.0
1964	13163	614.3	4.67	113.6	113.6
1965	14692	667.5	4.54	126.8	111.6
1966	16873	793.4	4.70	145.6	114.8
1967	19130	849.2	4.44	165.1	113.4
1968	22411	978.2	4.36	193.4	117.2
1969	26526	1012.5	3.82	228.9	118.4
1970	34216	1218.3	3.56	295.2	129.0
1971	48185	1820.6	3.78	415.8	140.8
1972	52606	1963.7	3.73	453.9	109.2
1973	65030	2837.0	4.36	561.1	123.6
1974	77976	3368.6	4.32	672.8	119.9
1975	114307	4932.2	4.31	986.3	146.6
1976	157239	6005.3	3.82	1356.8	137.6
1977	240638	8251.9	3.43	2076.4	153.0
1978	350682	16114.6	4.60	3026.0	145.7
1979	616773	25169.5	4.08	5322.1	175.9
1980	1115541	41132.5	3.69	9625.9	180.9
1981	1564742	38547.5	2.46	13502.0	140.3
1982	1689532	44734.2	2.65	14578.8	108.0
1983	2792336	69881.0	2.50	24094.7	165.3
1984	3784300	100379.8	2.65	32654.2	135.5
1985	5395400	147450.2	2.73	46556.2	142.6
1986	8311400	214875.6	2.59	71718.0	154.0
1987	12790900	361539.5	2.83	110371.0	153.9
1988	21446000	623789.2	2.91	185054.8	167.7

Kaynak: Nurşen Kılıçkalkan "S.S.Y.B.Harcamaları Kapsamında Yataklı Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamalarının incelenmesi," Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müd., 1983, s.118.
: S.S.Y.B. Bütçe Kesin Hesabı, 1979-1988, T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü.

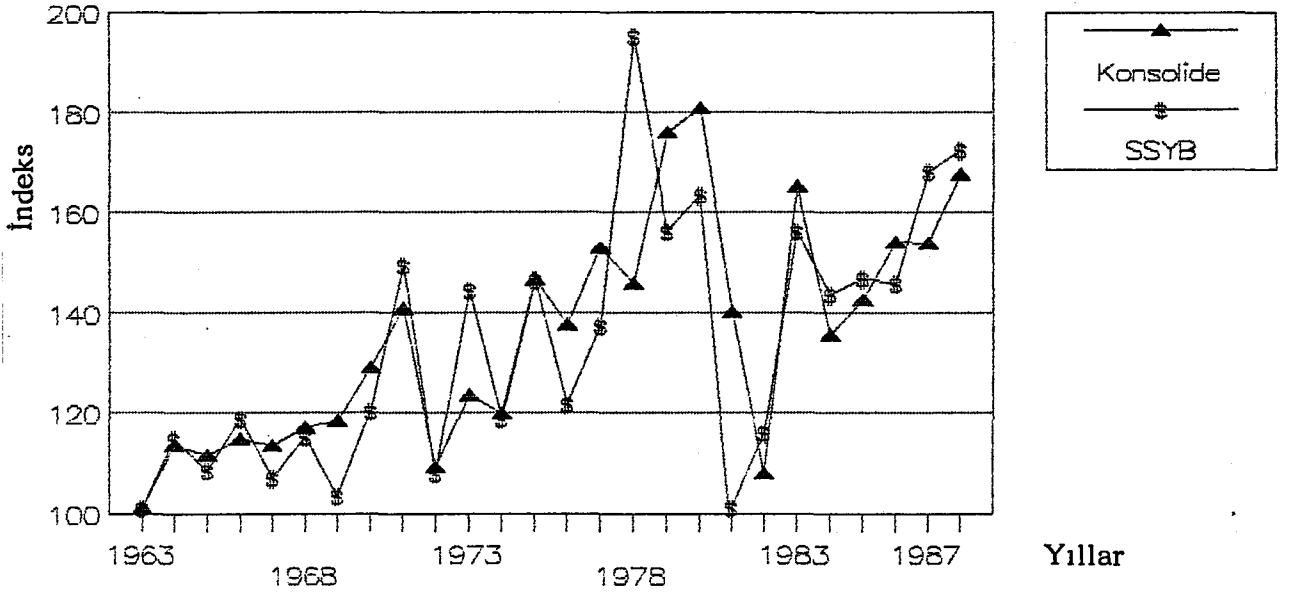
- (1) : 1963-1983 Yılları, Kamu Hesapları Bülteni.
: 1984-1988 Yılları, Yıllık Ekonomik Rapor, s.79.
(2) : S.S.Y.B. Harcamaları 1963-1973 yılları arası Hazine Genel Hesabından, 1974-1978 yılları arası S.S.Y.B. Kesin Hesap Yasa Tasarılarından, 1979-1988 yılları arası S.S.Y.B.Bütçe Kesin Hesaplarından derlendi.



Grafik 12: SSYB'nin Konsolide Bütçe İçindeki Payının Gelişimi

Harcamaların cari fiyatlarla gelişimi Tablo 24 sütun (1) ve (2) den izlenebilir. Konsolide bütçe ve SSYB harcamalarının cari fiyatlarla geliştiğini söylemek olanaklıdır. Ancak bu gelişmede enflasyonun etkisi büyük olmakta, gelişim reel olarak azalmaktadır.

Konsolide bütçe ve SSYB harcamalarının (cari fiyatlarla) - zincirleme indeks değerlerini grafik üstüne döktüğümüzde yıllar itibarıyla değişiklikler daha belirgin olarak görülmektedir (Grafik 13). SSYB harcamalarının artış oranlarının konsolide bütçe harcamalarındaki artışı aştığı yıllar 1973, 1975, 1978 yılları olmuştur. Nitekim 1978 yılındaki artışın bir önceki yıla göre artışı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile (sağlık-insan gücünün maaşlarına ek olarak, ek tazminat verilmesi öngörüldüğünden) SSYB bütçesi personel cari harcamalarındaki artışa bağlanabilir.



Grafik 13: Cari Fiyatlarla Konsolide ve SSYB'nin Zincirleme İndeks Serisi

SSYB bütçesi harcamalarında cari giderleri; personel harcamalarının yanı sıra sağlık hizmetinin verilebilmesi amacıyla diğer hizmet sektörlerine duyulan gereksinim de artırmaktadır.

Sektörlerarası ilişki (girdi-çıktı analizi) çerçevesinde 1977-1982 yılları için sağlık hizmetinin diğer sektörlerle talebi en çok ilaç sanayine (% 18,04; % 21,07), mezbaha ürünlerine (% 13; % 15), petrole (% 15,77; % 13) ve diğer besin maddelerine (% 7,24; % 8,23) dir⁽¹⁴²⁾. Dolayısıyla fiyat artışlarından en çok etkilenen bu üç sektör SSYB hizmetlerini ve harcamalarını etkilemektedir.

3. SAĞLIK HARCAMALARI VE GENEL BÜTÇE

Devlet adına, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini toplam nüfusa ulaştırmak görevini SSYB üstlenmekte, bunu da genel bütçeden aldığı pay ile yürütmektedir.

Ülkemizde nüfusun artması ve sağlık örgütünün gelişmesine rağmen devletin sağlık hizmeti için ayırdığı kaynaklarda önemli değişiklikler yapılmamıştır. Alma-Ata Bildirgesinin 3 numaralı önerisin-

(142) Önertürk, s.34.

de⁽¹⁴³⁾, sağlık sektörüne devlet bütçesinden ayrılan payın artırılması gereği vurgulanırken ülkemizde SSYB bütçesinin devlet bütçesi içindeki payında nisbi bir azalma izlenir (Tablo 25).

1960 Mali yılında Bakanlığın başlangıç ödeneklerinin genel bütçe başlangıç ödenekleri içindeki payı % 5,27 iken giderek azalmış, 1979 yılında bu pay % 4,3 olarak gerçekleşmiştir. Daha sonraki yıllarda ise bu payın 1984 yılına kadar bir düşme eğilimi içine girdiği, 1984 de nisbi bir artış olmasına rağmen geçtiğimiz bir kaç yıl içinde % 2,8 dolayında kaldığı görülüyor (Grafik 14). Ancak 1990 yılında genel bütçe başlangıç ödeneklerinden ayrılan 263,3 milyar lira ödenek, SSYB'nın genel bütçe içindeki payını % 4,17'ye yükseltmiştir. Yine de sağlık hizmetlerindeki gereksinime göre bu çok düşük bir orandır⁽¹⁴⁴⁾.

Tablo 25: S.S.Y.B. Bütçesinin Genel Bütçe içindeki Yeri
(Cari Fiyatlarla, TL)

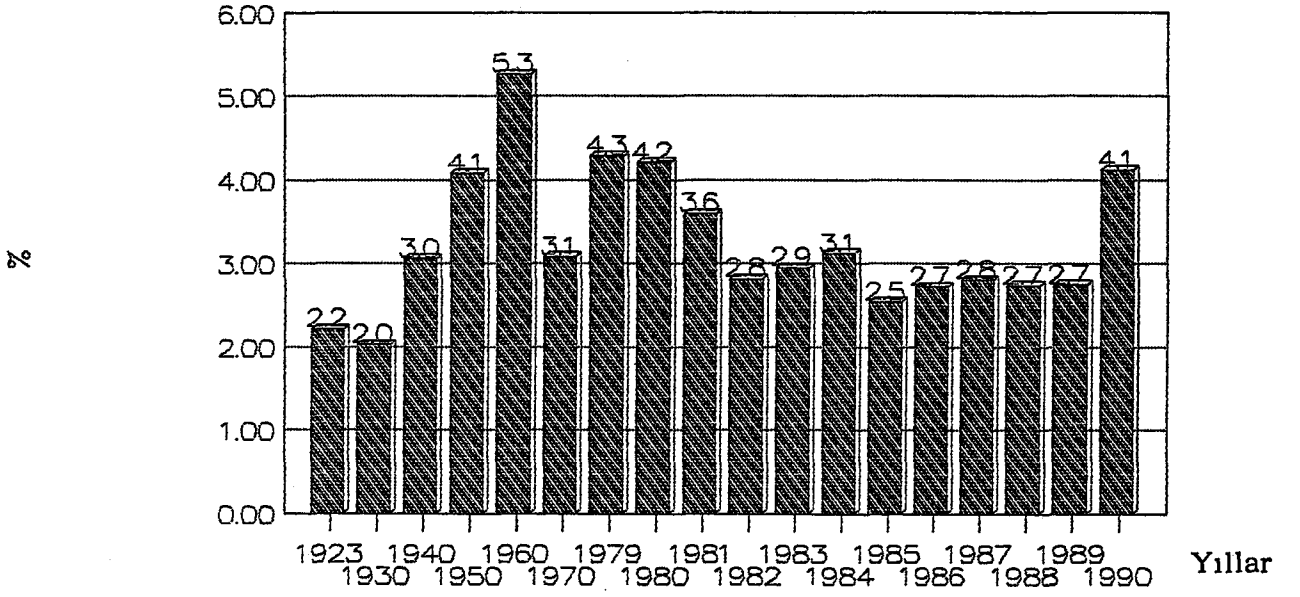
Yıllar	Genel. Büt. (1)	Bak. Büt. (2)	2/1(%)
1923	137333471	3038226	2.21
1930	222646523	4502216	2.02
1940	268476321	8185424	3.04
1950	1487208563	60615522	4.07
1960	7266965000	382762029	5.27
1970	28860265467	888080601	3.07
1979	409430671000	17529562000	4.3
1980	756687182000	31822605000	4.2
1981	1540965037000	55431852000	3.59
1982	1780640059000	50098445000	2.81
1983	2558902500000	75226785000	2.93
1984	3211982000000	100106514000	3.11
1985	5412082049000	137462000000	2.53
1986	7101500000000	192763000000	2.71
1987	10885686000000	304420000000	2.8
*1988	20706923000000	564990000000	2.73
*1989	32773446000000	898995000000	2.74
*1990	63932724000000	2633217000000	4.17

Kaynak: T.C. S.S.Y.B., Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, 1987, Ankara: 1988, s.30.

(*) : T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, 1990 Yılı Bütçe Gerekçesi.

(143) Nevzat Eren, Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, H.Ü.Toplum Hekimliği Bölümü, Yayın No.18, Ankara, 1982, s.28.

(144) Çeşitli ülkelerin sağlık harcamalarının merkezi hükümet toplam harcamaları içindeki yüzdesi EK-A Tablo 6'da verilmiştir.



Grafik 14- SSYB Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı

4. SSYB BÜTÇESİNİN EKONOMİK ANALİZİ

Bundan önceki bölümlerde kamu harcamalarından pay alan SSYB bütçesi harcamaları planlı dönem boyunca bir bütün olarak izlenmiş, hiç bir ayrıma gidilmemişti. Bu bölümde bütçe sistemimizdeki cari, yatırım, transfer harcamaları esas alınarak SSYB bütçesi analiz edilecektir.

SSYB bütçesinin ekonomik ayrıma göre; 1979-1988 dönemi itibarıyla başlangıç ve toplam ödenekleri ile gerçekleşen harcamalarının gelişimi cari fiyatlarla ve bunların toplam bütçe içindeki payları Tablo 26, 27, 28, 29, 30, 31'de düzenlenmiştir.

SSYB başlangıç ödenekleri ekonomik açıdan analize tabi tutulduğunda 1979-1988 döneminde cari ödeneklerin büyük ağırlık taşıdığı, toplam bütçe içindeki payının yüzde 80 altına düşmediği görülmektedir.

Bakanlık yatırımları için ayrılan paylar, toplam bütçe baş-

langıç ödenekleri içinde yüzde 16 dolaylarında gerçekleşmiştir.

Bakanlığın transfer ödenekleri ise toplam başlangıç ödenekleri içinde önemli bir paya sahip olamazken, son yıllarda yüzde 2'ler dolayındadır (Tablo 26,27).

SSYB toplam ödenekleri ekonomik açıdan analize tabi tutulduğunda; cari ödeneklerin payı 1979 yılında yüzde 96,17 iken, 1988 yılında yüzde 79,15 olarak gerçekleşmiştir.

Bakanlık yatırımlarının toplam ödenekler içindeki payı 1979 yılında % 2,88 iken artarak 1981'de 8,59 olarak gerçekleşmiş, 1985'de ise bu pay 6,74'e kadar azalmış ve tekrar artarak 1988'de yüzde 14,22 olarak gerçekleşmiştir.

Bakanlığın transfer ödenekleri payı ise toplam ödenekler içinde 1979 yılında yüzde 1'lerden 1988 yılında 6,63'e yükselmiştir (Tablo 28, 29).

SSYB bütçesinin gerçekleşen harcamaları ekonomik ayrıma göre incelendiğinde; cari harcamalar 1979'da toplam harcamalardan % 97,43 ile en büyük payı alarak, yavaş yavaş bir azalma eğilimi içinde 1988'de % 84,18 olarak gerçekleşmiştir.

Bakanlık yatırımlarının payı ise 1979'da % 1,65'den 1988'e doğru artarak 1988'de 9,72 olarak gerçekleşmiştir.

Bakanlık transfer harcamalarının, toplam bütçe içindeki payında ise artış sözkonusudur (Tablo 30, 31).

**Tablo 26: S.S.Y.B. Bütçesi Başlangıç Ödeneklerinin
Ekonomik Ayrımı (Cari Fiyatlarla, Bin TL)**

Yılı	Personel	Diğer		Yatırım	Transfer	-Toplam-
	-Cari-	-Cari-	-Cari* -			
1979	11678500	3006135	14684635	2704127	140800	17529562
1980	23160024	4300017	27460041	4155445	202619	31818105
1981	35905732	9569700	45475432	9550920	405500	55431852
1982	29359700	12201330	41561030	7778215	759200	50098445
1983	43205000	18200000	61405000	12591785	1230000	75226785
1984	59600000	23002514	82602514	16743000	761000	100106514
1985	83176266	31510430	114686696	17897000	2439845	135023541
1986	108603000	45413000	154016000	32405000	4140700	190561700
1987	177000000	60335600	237335600	52507000	8316500	298159100
1988	340000000	110068000	450068000	90560000	13500000	554128000

Kaynak: S.S.Y.B. Bütçe Kesin Hesapları. 1979-1988, T.C.
Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdür-
lüğü, Kesin Hesaplar Dairesi,

(*) : Personel ve Diğer Carilerin toplamıdır.

**Tablo 27: S.S.Y.B. Bütçesi Başlangıç Ödeneklerinin
Ekonomik Ayrımı Yüzde Oranı**

Yılı	Personel	Diğer		Yatırım	Transfer	-Toplam-
	-Cari-	-Cari-	-Cari-			
1979	66.62	7.15	83.77	15.43	0.80	100
1980	72.79	3.51	86.30	13.06	0.64	100
1981	64.77	7.26	82.04	17.23	0.73	100
1982	58.60	4.35	82.96	15.53	1.52	100
1983	57.43	4.19	81.63	16.74	1.64	100
1984	59.54	2.98	82.51	16.73	0.76	100
1985	61.60	3.34	84.94	13.25	1.81	100
1986	56.99	3.83	80.82	17.00	2.17	100
1987	59.36	0.24	79.60	17.61	2.79	100
1988	61.36	9.86	81.22	16.34	2.44	100

Kaynak: Tablo 26'da ki verilere göre hesaplanmıştır.

**Tablo 28: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Ödeneklerinin
Ekonomik Ayrımı (Cari Fiyatlarla, Bin TL)**

Yılı	Personel	Diğer		Yatırım	Transfer	-Toplam-
	—Cari—	—Cari—	—Cari*—			
1979	23575913	3103221	26679134	799919	262674	27741727
1980	38414424	6265813	44680237	1090492	752245	46522974
1981	36978940	9933369	46912309	2281658	745759	49939726
1982	34692573	12559413	47251986	3753207	988124	51993317
1983	47892001	19423367	67315368	6175279	1367375	74858022
1984	64500000	27183134	91683134	9107463	5203355	105993952
1985	94276266	36471071	130747337	10372006	12829524	153948867
1986	137914760	49241927	187156687	18912594	18971839	225041120
1987	227450000	71828571	299278571	42453120	30286180	372017871
1988	340000000	185065415	525065415	94353612	43963349	663382376

Kaynak: S.S.Y.B. Bütçe Kesin Hesapları. 1979-1988, T.C.
Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdür-
lüğü, Kesin Hesaplar Dairesi,

(*) : Personel ve Diğer Carilerin toplamıdır.

**Tablo 29: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Ödeneklerinin
Ekonomik Ayrımı Yüzde Oranı**

Yılı	Personel	Diğer		Yatırım	Transfer	-Toplam-
	—Cari—	—Cari—	—Cari—			
1979	84.98	11.19	96.17	2.88	0.95	100
1980	82.57	13.47	96.04	2.34	1.62	100
1981	74.05	19.89	93.94	4.57	1.49	100
1982	66.73	24.16	90.88	7.22	1.90	100
1983	63.98	25.95	89.92	8.25	1.83	100
1984	60.85	25.65	86.50	8.59	4.91	100
1985	61.24	23.69	84.93	6.74	8.33	100
1986	61.28	21.88	83.17	8.40	8.43	100
1987	61.14	19.31	80.45	11.41	8.14	100
1988	51.25	27.90	79.15	14.22	6.63	100

Kaynak: Tablo 28'da ki verilere göre hesaplanmıştır.

Tablo 30: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının
Ekonomik Ayrımı (Cari Fiyatlarla, Bin TL)

Yılı	Personel	Diğer		Yatırım	Transfer	Toplam
	—Cari—	—Cari—	—Cari*—			
1979	22043714	2479883	24523597	415751	230155	25169503
1980	34385622	5570633	39956255	582560	593648	41132463
1981	28670325	8149265	36819590	1101115	626798	38547503
1982	32161559	9529671	41691230	2156460	886515	44734205
1983	48678071	16326148	65004219	3596919	1279850	69880988
1984	65580488	24042409	89622897	5399214	5357665	100379776
1985	96870715	32243955	129114670	6372518	11963047	147450235
1986	142158170	42960523	185118693	11055371	18701553	214875617
1987	234234153	65431876	299666029	31426888	30446572	361539489
1988	409985809	115146763	525132572	60616047	38040599	623789218

Kaynak: S.S.Y.B. Bütçe Kesin Hesapları. 1979-1988, T.C.
Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü, Kesin Hesaplar Dairesi,

(*) : Personel ve Diğer Carilerin toplamıdır.

Tablo 31: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının
Ekonomik Ayrımı Yüzde Oranı

Yılı	Personel	Diğer		Yatırım	Transfer	Toplam
	—Cari—	—Cari—	—Cari—			
1979	87.58	9.85	97.43	1.65	0.91	100
1980	83.60	13.54	97.14	1.42	1.44	100
1981	74.38	21.14	95.52	2.86	1.63	100
1982	71.89	21.30	93.20	4.82	1.98	100
1983	69.66	23.36	93.02	5.15	1.83	100
1984	65.33	23.95	89.28	5.38	5.34	100
1985	65.70	21.87	87.56	4.32	8.11	100
1986	66.16	19.99	86.15	5.15	8.70	100
1987	64.79	18.10	82.89	8.69	8.42	100
1988	65.73	18.46	84.18	9.72	6.10	100

Kaynak: Tablo 30'da ki verilere göre hesaplanmıştır.

SSYB Bütçe Ödeneklerinin Kullanımı:

Bütçe tahminlerinin başarısı diğer bir deyişle bütçenin etkinliği hakkında genel bir fikir vermesi açısından Bakanlığın başlangıç ve toplam ödeneklerinin kullanım oranları, başlangıç ödeneklerinin toplam ödenek içindeki payı ve toplam ödeneginin başlangıç ödenegine oranını gösteren Tablo 32 düzenlenmiştir.

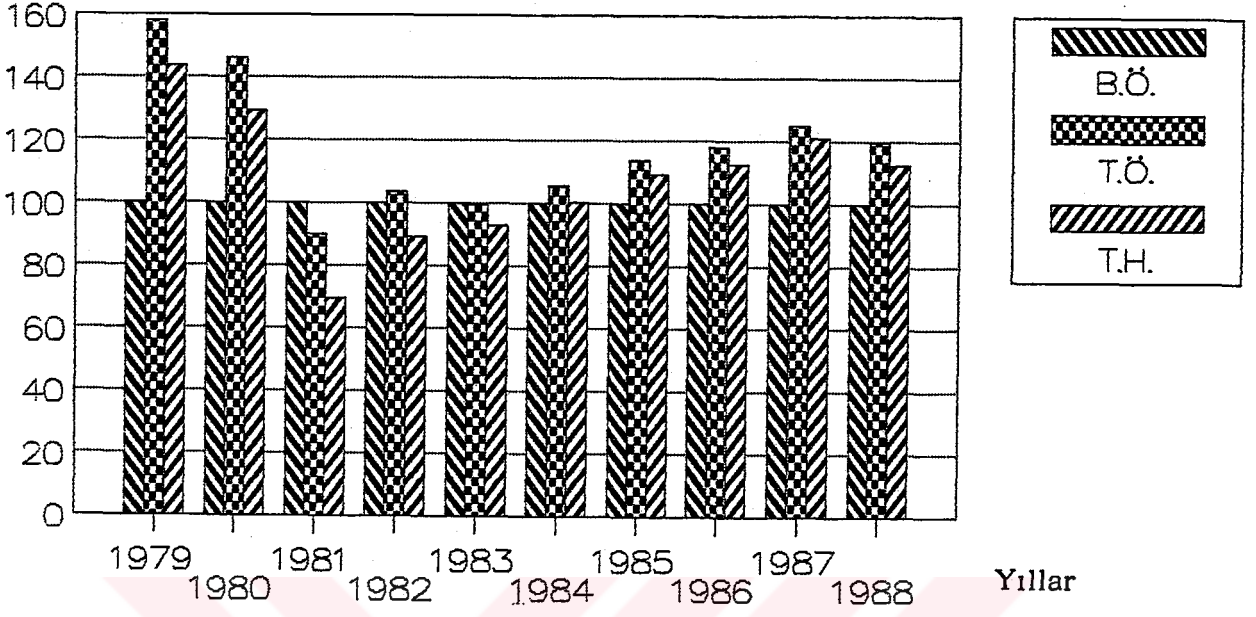
Tablo 32: SSYB Bütçesi Ödeneklerinin Kullanım Oranı (%)

- 1: S.S.Y.B. Başlangıç Ödeneklerinin, Toplam Ödenekler içindeki Payı (%)
 2: S.S.Y.B. Toplam Ödeneginin Başlangıç Ödeneklerine Oranı
 3: Başlangıç Ödeneklerinin Kullanım Oranı (%)
 4: Toplam Ödeneklerinin Kullanım Oranı (%)

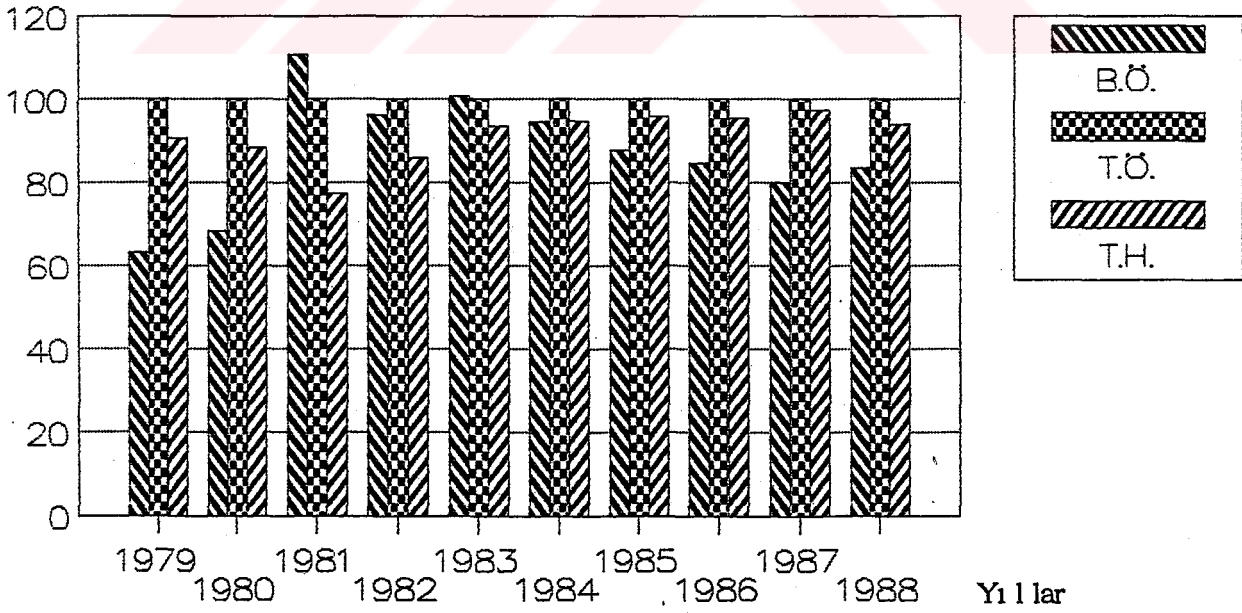
Yıllar	1	2	3	4
1979	63.2	158.3	143.6	90.7
1980	68.4	146.2	129.3	88.4
1981	111.0	90.1	69.5	77.2
1982	96.4	103.8	89.3	86.0
1983	100.5	99.5	92.9	93.4
1984	94.4	105.9	100.3	94.7
1985	87.7	114.0	109.2	95.8
1986	84.7	118.1	112.8	95.5
1987	80.1	124.8	121.3	97.2
1988	83.5	119.7	112.6	94.0

Kaynak: Tablo 26, 28, 30'da ki değerlere göre hesaplanmıştır.

Tablo 32 yardımı ile çizilen Grafik 15'de başlangıç ödeneklerinin toplam ödenek içindeki payı incelendiğinde; 1981 ve 1983 yılları dışında, toplam ödeneklerin başlangıç ödeneklerini aştığı görülmür. Aynı verileri, toplam ödeneklerin başlangıç ödeneklerine oranı cinsinden ifade edersek 1981 ve 1983 yılları için aynı sonuçlar alınır (Grafik 16).



Grafik 15: SSYB Bütçesi Y.Ö. nin B.Ö. ve B.Ö. nun kullanım oranı



Grafik 16: SSYB Bütçesi B.Ö.nin T.Ö. İçindeki Payı ve T.Ö. Kullanım Oranı

Tablo 32'ye başlangıç ödeneklerinin kullanımı açısından bakılacak olursa; 1981, 1982, 1983 yılları dışında başlangıç ödeneklerinin tamamının harcanmakta olduğu görülmektedir. 1979 yılında ödenegin kullanım oranı % 143,6 ile en üst noktaya ulaşmaktadır. 1981 yılında bu oranın birdenbire inişe geçtiği, ancak 1984 yılından itibaren başlangıç ödeneginin tamamının kullanıldığı görülmektedir. 1984 yılı için % 100,3 kullanım başarılı bir tahmin sonucuna işaretler. Aynı yıl, toplam ödenegi başlangıç ödeneginden % 6 oranında daha fazladır, yani toplam ödeneginin başlangıç ödenegine oranı % 105,9'dur.

Toplam ödeneklerinin kullanım oranlarında ise; 1979-1983 yılları arasında, iniş ve çıkışlar izlenmekle birlikte 1983 yılından itibaren artış eğilimi söz konusudur. Bu personel ve transfer giderlerindeki artıştan kaynaklanmaktadır. Yine de bu artış başlangıç ödeneklerinin kullanım oranlarının altında gerçekleşmiştir.

5. SAĞLIK HARCAMALARININ FONKSİYONEL AÇIDAN ANALİZİ

Türkiye'de sağlık hizmetleri için SSYB bütçesinden yapılan harcamalar fonksiyonel olarak dört bölümde ele alınıp incelenebilir. Bunlar⁽¹⁴⁵⁾;

- 1- Genel Yönetim ve destek Hizmetleri,
- 2- Temel Sağlık Hizmetleri,
- 3- Tedavi Edici Sağlık hizmetleri,
- 4- Sosyal Hizmetlerdir.

Genel yönetim ve destek hizmetleri harcamaları; sağlık kurum ve kuruluşlarının fonksiyonlarının denetimi, aksaklıklarının giderilmesi ile eczacılık ve eğitim hizmetlerinin gerektirdiği harcamaları kapsamaktadır.

Temel sağlık hizmetleri harcamaları; bulaşıcı hastalıklarla savaş, çevre sağlığı uygulaması, beslenme koşullarının geliştirilmesi,

(145) Bütçe ve kesin hesaplardaki fonksiyonel harcamalar dikkate alınmıştır.

içme-kullanma suları ile çeşitli patolojik ürünlerin laboratuvar tetkiklerini kapsayan Hıfzıssıhha Enstitülerinin ve halk sağlığını etkileyen frengi, lepra gibi sosyal hastalıklarla trahom hastalığı için yapılan harcamaları, aynı zamanda yönetsel işlevi olan il ve ilçe düzeyinde örgütlenmenin gerektirdiği harcamaları kapsamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri harcamaları; yataklı tedavi kurumu (muayene, teşhis, tedavi, rehabilitasyon) harcamalarını kapsar.

Sosyal hizmet faaliyetleri ise 1984 yılından itibaren SSYB'na bağlı katma bütçeli idare olan Sosyal Hizmetler ve ÇEK Genel Müdürlüğünce yürütülmektedir.

5.1 SSYB Bütçesinin Fonksiyonel Açıdan Analizi

Bir önceki bölümde kapsamını kısaca belirttiğimiz hizmetlerin, 1979-1988 yılları arasındaki gelişimi, başlangıç ödenekleri ve harcamalarına göre Tablo 33 ile Tablo 35'den izlenebilir.

Ayrıca analizimizi kolaylaştırması bakımından bu hizmetlerin SSYB toplam bütçesi içindeki oranlarını belirten Tablo 34 ve Tablo 36 düzenlenmiştir.

SSYB bütçesi başlangıç ödenekleri fonksiyonel açıdan incelendiğinde (Tablo 34); en fazla ödenegin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri başlangıç ödeneklerinden oluştuğu görülür. Bakanlık bütçesi başlangıç ödeneklerinin % 80'den fazlasını bu iki hizmet türü oluşturmaktadır. 1981 yılından itibaren tedavi edici sağlık hizmetleri için ayrılan ödenek koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılandan daha fazla olmuştur.

Genel yönetim ve destek hizmetlerine ayrılan ödenek ise, 1979 yılında % 8,18 iken 1988 yılında % 11,3 olmuştur. Sosyal hizmetlere ayrılan başlangıç ödeneklerinin toplam başlangıç ödenekleri içindeki payı ise önemsiz denilebilecek kadar azdır.

SSYB bütçesi toplam harcamaları fonksiyonel açıdan incelendiğinde (Tablo 36); temel sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin harcama seyri dikkati

Tablo 33: S.S.Y.B. Bütçesinin Başlangıç Ödeneklerinin
Programlara Dağılımı (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

S : Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı
GYDH : Genel Yönetim ve Destek Hizmetleri
TSH : Temel Sağlık Hizmetleri
TEH : Tedavi Edici Hizmetler
*SH : Sosyal Hizmetler
HPDT : Hizmet Programlarına Dağıtılamayan Transferler

Yıllar	-(S)-	-(GYD)-	-(TS)-	-(TE)-	-(SH)-	-(HPDT)-
1979	17529.6	1433.0	7590.2	7800.2	662.3	43.8
1980	31822.6	2178.2	15803.6	12867.5	895.6	77.6
1981	55431.9	4324.7	21931.3	27434.9	1625.9	115.0
1982	50098.4	5096.4	18526.0	23981.1	2183.7	311.2
1983	75226.8	8411.1	27005.4	35193.4	4245.9	371.0
1984	111413.2	13752.2	37341.5	48319.9	11306.7	693.0
1985	152573.8	16962.1	58073.2	61581.8	15111.8	844.8
1986	212728.0	28522.8	77403.7	84469.8	18965.0	3366.7
1987	325892.0	45220.6	113598.4	141169.5	21472.0	4431.5
1988	601345.0	71159.0	228036.0	252383.0	36355.0	13412.0

Kaynak: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü S.S.Y.B., Bütçesi Kesin Hesabı, ilgili Yıllar.
(*) : Sosyal hizmet faaliyetleri, 1984 yılından itibaren S.S.Y.B. bağlı katma bütçeli idare olarak Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nce yürütülmektedir. Bu nedenle "Sosyal Hizmetler" programı ödeneklerine, genel müdürlüğün de bütçesi dahil edilmiştir.

Tablo 34: S.S.Y.B. Bütçesinin Başlangıç Ödeneklerinin
Programlara Oransal Dağılımı (%)

	GYD/S	TS/S	TE/S	SH/S	HPDT/S
1979	8.18	43.3	44.5	3.78	0.25
1980	6.84	49.66	40.44	2.81	0.24
1981	7.8	39.56	49.49	2.93	0.21
1982	10.17	36.98	47.87	4.36	0.62
1983	11.18	35.9	46.78	5.64	0.49
1984	12.34	33.52	43.37	10.15	0.62
1985	11.12	38.06	40.36	9.9	0.55
1986	13.41	36.39	39.71	8.92	1.58
1987	13.88	34.86	43.32	6.59	1.36
1988	11.83	37.92	41.97	6.05	2.23

Kaynak: Tablo 33'de ki verilerden hesaplanmıştır.

Tablo 35: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının Programlara Dağılımı (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

S : Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı
 GYDH : Genel Yönetim ve Destek Hizmetleri
 TSH : Temel Sağlık Hizmetleri
 TEH : Tedavi Edici Hizmetler
 *SH : Sosyal Hizmetler
 HPDT : Hizmet Programlarına Dağıtılmayan Transferler

Yıllar	-(S)-	-(GYD)-	-(TS)-	-(TE)-	-(SH)-	-(HPDT)-
1979	25171.2	1496.8	10764.7	12278.8	482.1	148.8
1980	41119.4	2349.5	16560.1	21027.9	700.9	481
1981	38547.5	3128	13759.7	20327.3	955.6	376.9
1982	44734.2	4343.7	15693.8	22989.6	1253.3	453.8
1983	69880.7	7215.7	24964.2	35203.4	2037.9	459.5
1984	107045.8	10344.6	35103.2	49603.9	6679.6	5314.5
1985	160204.8	14482.1	50744.4	72475.4	10992.9	11510
1986	231281.1	20592	73773.1	104640.8	13890.9	18384.3
1987	386902.4	42912.9	124983.7	170465.2	20902.1	27638.5
1988	668649.5	58280.7	226872.7	283420.8	36771	63304.3

Kaynak: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü S.S.Y.B. Bütçesi Kesin Hesabı, ilgili Yıllar.
 (*) : "Sosyal Hizmetler" programı harcamalarına, Sosyal Hizmetler ve ÇEK Genel Müdürlüğü bütçesi dahil edilmiştir.

Tablo 36: S.S.Y.B. Bütçesi Toplam Harcamalarının Programlara Oransal Dağılımı (%)

	GYD/S	TS/S	TE/S	SH/S	HPDT/S
1979	5.95	42.77	48.78	1.92	0.59
1980	5.71	40.27	51.14	1.70	1.17
1981	8.11	35.70	52.73	2.48	0.98
1982	9.71	35.08	51.39	2.80	1.01
1983	10.33	35.72	50.38	2.92	0.66
1984	9.66	32.79	46.34	6.24	4.96
1985	9.04	31.67	45.24	6.86	7.18
1986	8.90	31.90	45.24	6.01	7.95
1987	11.09	32.30	44.06	5.40	7.14
1988	8.72	33.93	42.39	5.50	9.47

Kaynak: Tablo 35'de ki değerlerden hesaplanmıştır.

çekecek ölçüde temel sağlık hizmetlerinin aleyhine açılmıştır. TSH'nin yeterince yaygınlaştırılmaması, toplam nüfusun erişebileceği biçimde düzenlenememesi tedavi kurumlarına talebi artırmış bu da harcamalarda tedavi hizmetlerinin lehine durum yaratmıştır. Oysa koruyucu sağlık hizmetlerinin dışsallığı nedeniyle öncelikli olması gerekir.

5.2. Temel Sağlık Hizmetleri Harcamaları

SSYB bütçesinin başlangıç ödenekleri ve gerçekleşen harcamalarının, fonksiyonel ayrıma göre değerlendirilmesinden sonra TSH'ni oluşturan alt program harcamalarının seyri Tablo 37'den izlenebilir.

Bu tablodaki verilere göre hesaplanan, TSH'nin alt programlara dağılım oranları ise Tablo 38'de görülüyor. 1979-1988 yılları arasında; TSH içinde en büyük pay yaklaşık % 70 ile Temel Sağlık Hizmetleri ve Sosyalleştirme hizmetlerine aittir. Bunları sıra ile sıtma savaşı, verem savaşı ve AÇS/AP hizmetleri izlemektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri ve Sosyalleştirme Hizmetleri Harcamaları: Tablo 38'de TSH/SH harcamalarının TSH harcamaları içindeki payının, sosyalleştirme kapsamına alınan il sayısının en fazla olduğu 1983 yılından itibaren arttığı görülüyor.

Verem savaşı harcamaları: sosyal ve ekonomik gelişme ile doğrudan ilgili olan verem hastalığı Türkiye'de 1950'li yıllardan itibaren önemini korumaktadır. 1968 yılında 37.998 olan veremli sayısı 1966 yılında 165.106 ya çıkmıştır. 1975 ve 1976 yıllarında veremli oranı binde ortalama 51 dolayına inmiş, 1978 yılından başlayarak sayı olarak artmış, 1984 yılında 152.565'e ulaşmıştır (Tablo 39).

**Tablo 37: Temel Sağlık Hizmetlerinin Alt Programlara
Dağılımı (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)**

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

TSH-SH: Temel Sağlık Hizmetleri ve Sosyalleştirme Hizmetleri

VS : Verem Savaş

SS : Sıtma Savaş

AÇS-AP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

Yıllar	—TSH—	*TSH-SH	—VS—	—SS—	**AÇS-AP
1978	10764.7	7537.78	800.06	1523.36	903.53
1980	16560.1	11913.24	1234.29	1993.25	1419.30
1981	13759.7	9496.62	1205.37	1984.05	1073.72
1982	15693.8	10898.81	1337.39	2221.31	1236.25
1983	24964.2	18021.46	1954.38	3260.07	1728.38
1984	35103.2	25817.32	2703.38	4628.32	1954.21
1985	50744.4	38527.63	4127.82	5211.03	2878.07
1986	73771.1	56320.59	5552.06	6140.97	5757.47
1987	124983.7	96258.57	8884.07	11830.13	8011.04
1988	226872.7	176789.96	14901.57	22026.54	13154.62

Kaynak: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü S.S.Y.B. Bütçesi Kesin Hesabı, ilgili Yıllar.

- (*) : TSH-SH Kapsamına alınan alt programlar; 1981 yılından itibaren Yönetim ve Destek Hizmetleri, Ruh Sağlığı, Kanseri Savaş; 1982 yılından itibaren Trahom Savaş, 1985 yılından itibaren Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Okulu katma bütçeli idare olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu nedenle çalışmamıza Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın bütçesi dahil edilmiştir. 1985 yılından itibaren Sosyalleştirme Hizmetleri, TSH programına alınmıştır.
- (**) : 1983'den itibaren AÇS-AP hizmetleri, S.S.Y.B. bütçe sinden TSH-SP programının alt programı olarak, harcama programı almaktadır.

**Tablo 38: Temel Sağlık Hizmetlerinin Alt Programlara
Oransal Dağılımı (%)**

Yıllar	TSH-SH/TSH	VS/TSH	SS/TSH	AÇS-AP/TSH
1978	70.02	7.43	14.15	8.39
1980	71.94	7.45	12.04	8.57
1981	69.02	8.76	14.41	7.80
1982	69.45	8.52	14.15	7.88
1983	72.19	7.83	13.06	6.92
1984	73.55	7.70	13.18	5.57
1985	75.92	8.13	10.27	5.67
1986	76.35	7.53	8.32	7.80
1987	77.02	7.11	9.47	6.41
1988	77.92	6.57	9.71	5.80

Kaynak : Tablo 37'de ki verilere göre hazırlanmıştır.

Tablo 39: Türkiye'de Yıllara Göre Veremli Sayısındaki Gelişmeler.

Toplam Veremli		Artış Oranı	Yeni Veremli
Yıllar	Sayısı	%	Sayısı
*1960	37998	-	8772
*1962	56239	50	32175
1964	83676	49	47699
1965	101007	22	58851
1966	131674	30	56287
1967	151533	15	54850
1968	165106	9	55806
1969	158551	-4	52009
1970	146123	-8	44694
1971	153565	5	38015
1972	149165	-3	34408
1973	125159	-16	32786
1974	120987	-3	20315
1975	58871	-51	21448
1976	52342	-11	21533
*1978	101072	94	21533
*1980	119949	-	23210
*1982	140822	-	26457
*1984	152565	-	28634
1985	**...	-	30960
1986	**...	-	31360

Kaynak: S.S.Y.B. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, ilgili yıllar.

(*) : S.S.Y.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden alınmıştır.

(**): Bilgi edinilememiştir.

Hastalık oranının giderek artması, bu hastalıkla savaşmak için ayrılacak kaynağın belirlenmesinde etkili olması gerekirken verem savaş harcamalarının payında bir kararlılık görülmemektedir.

Sıtma savaşı harcamaları: Sıtma belli dönemlerde Türkiye için sorun olmuş bir hastalıktır. Tablo'da 1973 yılından sonra hasta sayısında artma gözlenmektedir. 1978 yılında hasta sayısında azalmaya karşılık, 1980 yılını izleyen yıllarda hasta sayısında tekrar artış söz konusudur (Tablo 40).

Tablo 40: Sıtmalı Hastaların Nüfusa Oranı ve Sayısı

<u>Yılı</u>	<u>Bulunan Sıtmalı Sayısı</u>	<u>Artış Oranı (%)</u>	<u>Sıtmalı/Nüfus(**) (Bin Kişide)</u>
1973	2438	-	.06
1974	2877	18	.08
1975	9828	242	.025
1976	37320	280	.92
1977	115512	210	2.78
1978	87867	-24	2.04
1979	29324	-67	.67
1980	34154	17	.77
1981	54415	59	1.19
1982	62415	15	1.33
*1983	66681	7	1.39
*1984	55020	-17	1.11
*1985	47311	-14	.94
*1986	37899	-19	.73
*1987	20134	-88	.38
*1988	16245	-19	.29
*1989	7033	-56	.13

Kaynak: S.S.Y.B. Sıtma Savaş Derneği Başkanlığı.

(*) : Gelişen Türkiye'de Hükümetin Altı Yıllık icraatı
1983-1989, Cilt 2, Bakanlıklar, Ankara.

(**) : Yıl ortası nüfus tahmini esas alınmıştır.

Sıtma savaşı harcamasının TSH harcamaları içindeki payı açısından değerlendirilmesi yapıldığında; 1979 yılında % 14,15 olan bu pay azalarak 1988'de % 9,71 olarak gerçekleşmiştir.

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması harcamaları: Nüfus artış hızı ile nüfusun bileşiminin genç oluşu, ana çocuk sağlığına ilişkin göstergelerin görünümü, bu hizmete ayrılacak kaynağı etkilemekte önemli olmasına karşın AÇS/AP hizmetleri harcamalarının, TSH harcamalarının içindeki payı incelendiğinde, hizmette gelişme olduğunu düşünmenin ötesinde var olan durumu bile sürdüremediği söylenebilir. Ancak nüfus artışını azaltarak daha sağlıklı bir nüfus yapısına erişmek amacıyla yeniden düzenlenen Aile Planlaması Yasası, nüfus planlamasına ilişkin hizmetleri öncelikli bölgelere ve özel nüfus gruplarına daha yoğun ve sürekli olarak gerektiğinde ücretsiz yapılacak

Tablo 41: SSYB Bütçesi Başlangıç Ödenegi (Bö) ve Konsolide Bütçe Bö içindeki Payları, Kişi Başına Konsolide Bütçe Bö ödenekleri (Cari Fiyatlarla)

A) Yıl Ortası Nüfusu (*1000 Kişi),	G) Kişi Başına Konsolide Bütçe Bö,
B) Konsolide Bütçe Bö,	I) Kişi Başına Tedavi Edici Sağlık Hiz. Bö,
C) SSYB Bütçesi Bö,	J) Kişi Başına Koruyucu Sağlık Hiz. Bö,
D) Tedavi Edici Sağlık Hiz. Bö,	H) SSYB Bütçe Bö'nin Konsolide
E) Koruyucu Sağlık Hizmetleri Bö,	Bütçe Bö içindeki Yüzdesi.
F) Kişi Başına SSYB Bütçe Bö,	

Yılı	(A) (x1000)	(B) Milyon TL	(C) Milyon TL	(D) Milyon TL	(E) Milyon TL	(F) TL	(G) TL	(H) (%)	(I) TL	(J) TL
1979	43530	406878	17529.6	7800.2	7590.2	402.7	9347.1	4.3	179.19	174.37
1980	46438	770040	31822.6	12867.5	15803.6	685.2	16582.1	4.1	277.09	340.32
1981	45446	1558743	55431.9	27434.9	21931.3	1219.7	34298.8	3.6	603.68	482.58
1982	46459	1804700	50098.4	23981.1	18526.1	1078.3	38845.0	2.8	516.18	398.76
1983	47471	2600000	75226.8	35193.3	27005.4	1584.7	54770.3	2.9	741.36	568.88
1984	49070	3285000	111413.2	48319.9	37341.5	2270.4	66945.2	3.4	984.71	760.98
1985	50306	4999500	152573.8	61581.8	58073.2	3032.9	99381.8	3.0	1224.14	1154.40
1986	51546	7254100	212728.0	84469.8	77403.7	4127.0	140730.6	2.9	1638.73	1501.60
1987	52845	11050700	325892.0	141169.5	113598.7	6167.0	209115.3	2.9	2671.39	2149.60
1988	54176	20881900	601345.0	252383.0	228036.0	11913.5	385445.6	2.9	4658.58	4517.71

Kaynak: Tablo 26 ve Tablo 33'de ki değerden yıl ortası nüfus tahmini esas alınarak hesaplanmıştır.

şekilde düzenlemiştir. Uluslararası kuruluşların desteğinde sürdürülecek olan proje gereği gelecek dış yardım daha çok hizmete ilişkin lojistik desteği kapsamaktadır. AÇS/APGM nce cari giderler karşılanacaktır. Bu durumda hizmete ayrılacak kaynağın artırılması gerekmektedir.

Tablo 41'den, kişi başına düşen SSYB bütçesi başlangıç ödeneğinin yanısıra kişi başına koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri ödenek tutarı izlenebilir. Kişi başına düşen SSYB bütçesi başlangıç ödeneği artışının, konsolide bütçe başlangıç ödenekleri artışına paralel bir artış gösteremediği görülmektedir.

5.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Harcamaları

Yataklı Tedavi Kurumları: Yataklı Tedavi Kurumları ödeneklerinin ve harcamalarının, Bakanlık başlangıç ödenekleri ve toplam harcamaları içindeki payında artma görülüyor (Tablo 35 ve 36). Tedavi hizmetlerine TSH lerinden daha fazla pay ayrılmış olmasına rağmen hizmette verimliliği engelleyebilmektedir. Yataklı tedavi kurumları harcamaları içinde tüketime yönelik cari harcamalar fiyat artışlarından en fazla etkilenen kalemlerdir. Fiyat artışı da diğer cari harcamaları cari fiyatlarla artırmaktadır.

SSYB Yataklı Tedavi Kurumları Döner Sermaye Uygulaması⁽¹⁴⁶⁾

Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde, genel bütçe ödenekleri dışında özellikle yataklı tedavi kurumlarında hizmeti kaynak yönünden destekleyen 209 sayılı "Sağlık Kurumları ile Esenleştirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanun" hükümlerine göre kurulmuş döner sermaye işletmeleri vardır. 1989 yılında Döner Sermaye Merkez Müdürlüğüne bağlı 325 hastane faaliyet göstermektedir. Sağlık kurum ve kuruluşların gereksinmesi olup bütçe olanaklarıyla karşılanamayan tıbbi cihaz ve malzemeler döner sermaye olanaklarıyla sağlanmaktadır.

(146) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988, s.32.

Tablo 42: SSYB Döner Sermaye İşletmelerinin Gelir-Gider Durumu
(Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

Yıl	Kurum Sayısı	Toplam Gelir	Toplam Gider
1979	207	622,8	475,5
1980	232	916	677
1981	232	2926	1790
1982	232	3514	2384
1983	232	4794	3453
1984	235	6257	4892
1985	215	14000	10406
1986	242	22000	19105
1987	248	42000	37258
1988	314	117000	90000
1989	325	150000	135000

Kaynak: T.C. SSYB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerinden alınmıştır.

Döner sermaye temelinde hastanın finansmana asli olarak katılımını öngören bir finansman aracıdır. Döner sermaye gelirini hastalardan tanı ve tedavi için alınan ücretler oluşturmaktadır. Yataklı tedavi ünitelerinde yer alan hizmet, SSYB nca çıkartılan tarife içinde fiyatlandırılmaktadır.

Bu nedenle yataklı tedavi kurumlarının harcamalarının değerlendirilmesinde döner sermaye katkısı da dikkate alınmalıdır. Çünkü hizmeti tamamlayan bir unsur olmaktadır. Bu tür değerlendirme sonucunda yataklı tedavi giderleri harcamaları artacaktır.

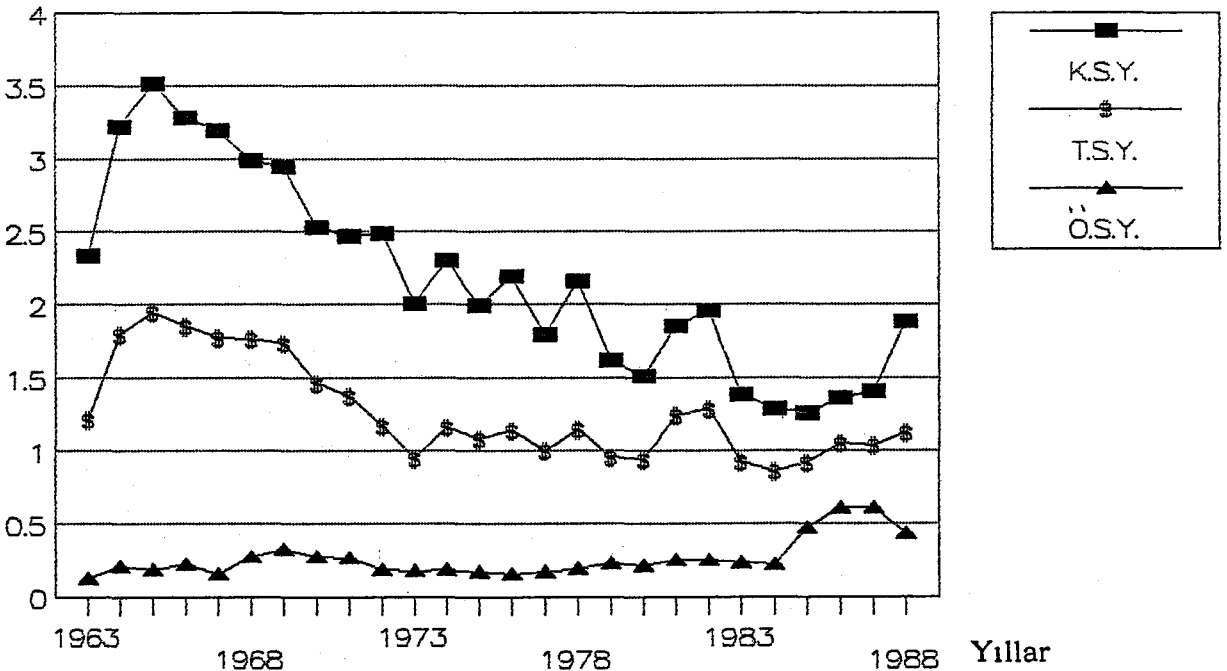
Tablo 42'den 1979-1988 yılları arasında SSYB Döner Sermaye İşletmelerinin gelir-gider durumu izlenecek olursa; 1987 yılında 42 milyar TL olan döner sermaye geliri Mart 1988'de yeni fiyat tarifesinin uygulanmaya konması ile yıl sonunda 117 milyar TL'ya ulaştırmıştır. Ancak yoksul hastaların, durumlarının belgelenmesi koşuluyla, bakanlık hastanelerinden ücretsiz yararlanmaları konusunda 1988 yılında genelge yayınlanmıştır. 29.12.1988 tarih ve 5889 numaralı genelge dolayısıyla 1989 yılı döner sermaye gelirleri artışında, dikkati çeken oranda azalış söz konusudur.

6. PLANLI DÖNEMDE SAĞLIK SEKTÖRÜ YATIRIMLARI

Toplam Sabit Sermaye Yatırımları:

1963-1988 yılları arasında Türkiye’de kamu kesimi ve özel kesimce gerçekleştirilen sabit sermaye yatırım miktarları ile her iki kesimin toplam yatırımlar içindeki payları Tablo 43 ve 44’de cari fiyatlarla verilmiştir. Toplam yatırımlar içinde kamu kesiminin payı ilk üç plan döneminde zaman zaman % 50’nin altına inmiştir. Bunlardan ilki planlı ekonomik kalkınma döneminin başlangıcında, ikincisi 1971 siyasal bunalımını izleyen yıllarda, üçüncüsü ise Kıbrıs bunalımının olduğu 1974 yılında gerçekleşmiştir. Adı geçen yıllar dışında, 1979’dan itibaren kamu kesimi sabit sermaye yatırımlarının toplam yatırım içindeki payı artış göstererek 1981’de % 61,8’e kadar çıkmıştır⁽¹⁴⁷⁾. 1982 yılından bu yana ise, her iki kesimin toplam sabit sermaye yatırımları içindeki karşılıklı ağırlıkları değişmiş, dönem içinde kamu sektörü payı inerken özel sektör payı yükselmiştir (Tablo 44).

Toplam Sabit Sermaye Yatırımları İçinde Sağlık Sektörü Yatırımları: Sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarının harcamaları, cari fiyatlarla planlı dönem boyunca devamlı artış göstermişse de toplam sabit sermaye yatırımlarının oranı içinde Grafik 17 üzerinde görülebileceği gibi müspet denilebilecek bir gelişme gösterememiş tam tersine gerilemiştir.



Grafik 17: Sağlık Sektörü Yatırımları

(147) Saybaşı, s.87.

Tablo 43: Planlı Dönemde Gerçekleşen Sağlık Sektörü Sermaye Yatırımları (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

Yıllar	Sağlık Sektörü			Toplam Sabit Sermaye Yatırımları		
	Kamu-1	Özel-2	Toplam-3	Kamu-4	Özel-5	Toplam-6
1963	111.2	6	117.2	4754	4909.2	9663.2
1964	174.6	10	184.6	5427.2	4850	10277.2
1965	215.2	10	225.2	6118.4	5430	11548.4
1966	257.4	14.9	272.3	7854.9	6859	14713.9
1967	287.1	11.9	299	9003.6	7850.2	16853.8
1968	333.2	24.9	358.1	11156.4	9099.7	20256.1
1969	375.1	35	410.1	12763.3	10845.1	23608.4
1970	365.1	35	400.1	14442	12900.1	27342.1
1971	400.8	42.9	443.7	16202.5	16000	32202.5
1972	497.9	50	547.9	20027.7	26945	46972.7
1973	504	60	564	25078	34206	59284
1974	807	75	882	35039	41104	76143
1975	1071	92	1163	53788	54086	107874
1976	1637	120	1757	74669	79030	153699
1977	1936	172	2108	107760	102998	210758
1978	2946	270	3216	136296	143278	279574
1979	3812	490	4302	235490	213835	449325
1980	7322	800	8122	484853	378746	863599
1981	14183	1200	15383	766939	474497	1241436
1982	19647	1580	21227	1005513	641440	1646953
1983	18176	2065	20241	1314397	865045	2179442
1984	26000	3000	29000	2022000	1348000	3370000
1985	39000	11000	50000	3108000	2334000	5442000
1986	72200	23400	95600	5299400	3821200	9120600
1987	106000	40000	146000	7557000	6543000	14100000
1988	219000	56000	275000	11640000	12883000	24523000

Kaynak: D.P.T., IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı, s.168;
: D.P.T., IV. Beş Beş Yıllık Kalkınma Planı Destek Çalışmaları:1, s.36-37,
: D.P.T., V. Beş Beş Yıllık Kalkınma Planı Destek Çalışmaları:1, s.36-37,
: T.C. Merkez Bankası, Yıllık Rapor, 1989.
(*) : Gerçekleşme tahmini.

Tablo 44: Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımları ve Toplam Kamu Sabit Sermaye Yatırımları içindeki Payı

Toplam Sabit Sermaye Yatırımları				Sağlık Sektörü		
Yıllar	Kamu % (4/6)	Özel % (5/6)		Toplam Kamu Yat. içindeki Payı (%) (1/4)	Toplam Özel Yat. içindeki Payı (%) (2/5)	Toplam Yatırım içindeki Payı (%) (3/6)
1963	49.2	50.8		2.3	0.1	1.2
1964	52.8	47.2		3.2	0.2	1.8
1965	53.0	47.0		3.5	0.2	2.0
1966	53.4	46.6		3.3	0.2	1.9
1967	53.4	46.6		3.2	0.2	1.8
1968	55.1	44.9		3.0	0.3	1.8
1969	54.1	45.9		2.9	0.3	1.7
1970	52.8	47.2		2.5	0.3	1.5
1971	50.3	49.7		2.5	0.3	1.4
1972	42.6	57.4		2.5	0.2	1.2
1973	42.3	57.7		2.0	0.2	1.0
1974	46.0	54.0		2.3	0.2	1.2
1975	49.9	50.1		2.0	0.2	1.1
1976	48.6	51.4		2.2	0.2	1.1
1977	51.1	48.9		1.8	0.2	1.0
1978	48.8	51.2		2.2	0.2	1.2
1979	52.4	47.6		1.6	0.2	1.0
1980	56.1	43.9		1.5	0.2	0.9
1981	61.8	38.2		1.8	0.3	1.2
1982	61.1	38.9		2.0	0.2	1.3
1983	60.3	39.7		1.4	0.2	0.9
1984	60.0	40.0		1.3	0.2	0.9
1985	57.1	42.9		1.3	0.5	0.9
1986	58.1	41.9		1.4	0.6	1.0
1987	53.6	46.4		1.4	0.6	1.0
*1988	47.5	52.5		1.9	0.4	1.1

Kaynak: Tablo 43'de ki verilere göre hesaplanmıştır.

1963 yılında sağlık sektörü sabit sermaye yatırımları, toplam sabit sermaye yatırımlarının 1,2'sini oluştururken 1967 yılında 1,8'e ulaşmıştır. II.Plan dönemi (1968-1972) boyunca sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarının payında azalmalar olmuş, tekrar 1,2'ye inmiştir. III; IV., ve V.Beş Yıllık Plan dönemini kapsayan yıllarda toplam sabit sermaye yatırımlarının yaklaşık %1 ile 1.3'ünün sağlık sektörüne yapıldığı görülür (Tablo 44).

Sağlık Sektörü Sermaye Yatırımlarının Kamu ve Özel Sektör Arasındaki Dağılımı:

Toplam sabit sermaye yatırımlarındaki gelişmenin sonuçları, sağlık sektörü toplam sermaye yatırımlarının özel ve kamu sektörü arasındaki dağılım oranlarında belirgin olarak görülebilir (Tablo 45). Planlı dönem başında kamu sağlık sektörü sabit sermaye yatırımları içindeki payı % 95,2'den V.Plan dönemi sonunda % 77,6'ya inerken, ülkemizde özel hastane işletmeciliği ve özel muayene hekimliği alanında sağlık hizmeti vermekte olan özel sektörün sağlık yatırımlarının payı % 4,8'den % 22,4'lere ulaşmıştır.

Tablo 45: Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımlarının Kamu ve Özel Sektör Arasındaki Dağılımı (%)

<u>Yıllar</u>	<u>Kamu</u>	<u>Özel</u>	<u>Yıllar</u>	<u>Kamu</u>	<u>Özel</u>
— (1/3) —	(2/3) —		— (1/3) —	(2/3) —	
1963	94.9	5.1	1976	93.2	6.8
1964	94.6	5.4	1977	91.8	8.2
1965	95.6	4.4	1978	91.6	8.4
1966	94.5	5.5	1979	88.6	11.4
1967	96.0	4.0	1980	90.2	9.8
1968	93.0	7.0	1981	92.2	7.8
1969	91.5	8.5	1982	92.6	7.4
1970	91.3	8.7	1983	89.8	10.2
1971	90.3	9.7	1984	89.7	10.3
1972	90.9	9.1	1985	78.0	22.0
1973	89.4	10.6	1986	75.5	24.5
1974	91.5	8.5	1987	72.6	27.4
1975	92.1	7.9	1988	79.6	20.4

Kaynak: Tablo 43'de ki değerlerden hesaplanmıştır.

30 Kasım 1981 tarihinde yürürlüğe giren teşvik programı özel sağlık tesislerinin kuruluşlarında her türlü özendirme araçlarından (yatırım indirimi, vergi-gümrük muafiyeti) yararlanma hakkını getirmişti. Bu yolla gelecek yıllarda temel sağlık hizmetlerinin daha çok özel sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirildiği bir yapıyla karşılanması hedeflenmiştir.

Ancak teşviklerin etkili olabilmesi için alt yapı sorunlarının ve sağlık-insan gücü sayısal yetersizliğinin önceden çözümlenmesi gerekir. Türkiye incelemesinde mevcut durumuyla Türk Vergi Sisteminin yeterince teşvik edici olduğu söylenebilir. Fakat çözümlenememiş sorunlarla teşvikler amacına ulaşamamaktadır.

Kamu Sektörü Sabit Sermaye Yatırımları İçinde Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımları:

Sağlık sektöründe kamu yatırımları, toplam kamu sabit sermaye yatırımlarının bir payı olarak giderek azalırken, özel sektör sabit sermaye yatırımları içindeki özel sağlık sektörü yatırımları, V.Beş Yıllık Plan dönemi sonunda nispi bir artış göstermiştir (Tablo 46).

Tablo 46: Sağlık Sektörü Sabit Sermaye Yatırımlarının Toplam Sabit Sermaye Yatırımları içindeki Yüzdeleri

<u>Dönem Ortalaması</u>	<u>Kamu</u>	<u>Özel</u>	<u>Toplam</u>
I. Plan Dönemi	3.15	0.18	1.74
II. Plan Dönemi	2.64	0.25	1.44
III. Plan Dönemi	2.01	0.17	1.07
IV. Plan Dönemi	1.68	0.24	1.09
V. Plan Dönemi	1.56	0.50	1.05

Kaynak: Tablo 43'de ki veriler kullanılarak hesaplanmıştır.

Birinci ve İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarındaki gerçekleştirmeler fiziki olarak plan hedeflerinin gerisinde kalmıştır⁽¹⁴⁸⁾.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde fiziki olarak hedefin gerisinde kalınmasında sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarına ayrılabilen kaynakların yetersizliği ve yatırım projelerinin zamanında bitirilememesi de rol oynamıştır.

Söz konusu sorunlar Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde de eğitim ve sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarını olumsuz etkilemiştir⁽¹⁴⁹⁾.

Bu sorunlara ek olarak 1978 yılından itibaren iç finansman güçlüklerine bağlı yeni sorunlarla karşılaşıldığından devletin sermaye birikimine dolaysız katkısı göreceli olarak azalmaya başlamıştır. Devlet bu çerçevede alt yapı yatırım miktarlarını daha fazla azaltmamayı yeğleyerek eğitim, tarım, sağlık gibi refah devleti açısından çok önemli konulardaki yatırımların harcamaların da kısıntıya gitmiştir⁽¹⁵⁰⁾.

Kamu kesimi tarafından sağlık sektörüne ayrılan yatırımın ödenekleri SSYB yanında diğer bakanlıklar ile katma bütçeli idarelerden üniversite, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Sosyal Hiz. ve ÇEK Genel Müdürlüğü, konsolide bütçe dışından sosyal güvenlik kuruluşları olan SSK, ES ve diğer Kamu İktisadi Teşebbüsleri arasında dağılmaktadır. Yatırım ödeneklerinin % 50'lik payı SSYB'nındır. Geriye kalan % 50'lik bölümü ise Tıp Fakülteleri, MSB, Çalışma Bakanlığı, MEGSB, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Vakıflar, TCDD ve PTT paylaşmaktadır.

(148) DPT., Yeni Strateji ve Kalkınma Planı III.Beş Yıl (1973-1977), s.30.

(149) Saybaşı, s.87.

(150) IV.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1978-1983), s.143-147.

S O N U Ç

Türkiye nüfusunun bugün içinde bulunduğu sağlık durumu ve sağlık sorunları ülkemizdeki sağlık hizmetleri düzeyinin önemli boyutlarını ortaya çıkarmakta ve sağlık politikalarının yeteri kadar açık belirlenmediği gerçeğini yansıtmaktadır.

Türkiye’de sağlık sektöründe planlı dönem içinde gelişmeler sağlanmış ise de ülke düzeyinde bölgelerarası, kentlerarası sağlık durumu, doğurganlık düzeyi ve temel sağlık hizmetleri yaklaşımında hâlâ çarpıcı eşitsizlikler vardır.

Halk sağlığı ve iktisadi kalkınma arasındaki ilişki ve karşılıklı olarak birbirlerini etkileme durumu ülkemiz sağlık sorunları açısından ele alındığında bu ilişkinin olumsuz yönde geliştiği görülmektedir. Sağlık ortamının niteliği koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini ve sağlık harcamalarının bu hizmet lehine dönüştürülmesini gerektirirken Türkiye’de durum tersine gelişmektedir.

Temel sağlık hizmetleri verilmesi için önerilen sosyalizasyon uygulamasının yeterince yaygınlaştırılamaması bütün sağlık hizmetleri için hastanelere başvurulmasına ve hastanelere gereksiz talebin oluşmasına neden olmuş, sosyalizasyonun tedavi edici boyutu kalkmış dolayısıyla tedavi edici sağlık hizmeti harcamalarına daha fazla pay ayrılmıştır. Halbuki koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi gereği, topluma ücretsiz sunulması

bu konuya ayrılacak kaynağın daha fazla olmasını gerektirmektedir.

Sonuç olarak sağlık sektörünün temel sorunu, toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilmesi için; sağlık, beslenme durumu, doğurganlık ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanma konularında dağıtım sisteminin etkinliğini sağlamak olarak belirlenebilir.

Tezin bu aşamasında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin bir hale getirilmesi amacıyla alınmasında yarar gördüğümüz önlemlere ilişkin düşünceler sunulmaya çalışılacaktır.

Hedefler ve politikalar hakkındaki incelemelerimiz göstermiştir ki; planlama ve kaynaklar açısından somut belirlemeler yapılmadan sağlık politikası hedefleri saptanmıştır ve bazen politikalar hedeflenenden farklı şekilde uygulanmıştır. Örneğin küçük çaplı yataklı tedavi birimlerinin azaltılması hedef olarak saptanmışken aynı dönemde bu tür birimlerin sayısında artış görülmektedir. Belirlenmiş hedeflere ulaşılması için gereken uygulamaların iyi izlenmesi, sağlık politikasının etkinliğini artıracaktır.

Genel sağlık hizmetleri hedeflerine daha etkili bir biçimde ulaşılması için; Türk sağlık sistemini oluşturan unsurlar yalnızca kendi hedefleri doğrultusunda yönlendirilmemeli, sağlık sektörünün diğer birimlerinin faaliyetleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Aksi halde sağlık sektörü harcamalarının sosyo-ekonomik gelişmeye katkısı beklenenden cılız kalır.

Yatırım planlaması yönteminin geliştirilmesi sadece sağlık sektörü için düşünülmemeli alt sektör düzeylerinde de büyük projelerin gerekliliğinin kanıtlanması ve uygulamalarının izlenmesi önemlidir.

Sağlık sisteminin reorganizasyonu ile getirilen sevk sistemi, hasta kabul politikası, hastane verimlilik ölçümü ile mevcut hastane kullanımının artırılması yeni hastane yapımına duyulan gereksinimi önemli oranda azaltacaktır.

Temel sağlık hizmetlerinin etkinliği; sağlık-insan gücü açığı, has-

tane donanımı, sağlık hizmeti araçları ve ilaç eksikliği ile engellenmektedir. Ayrıca sağlık personeli atamalarının hareketli olması nedeniyle hizmette motivasyonlarının sağlanamaması verimliliği azalmaktadır.

Kamu ve özel sağlık hizmetlerinin maliyeti tam olarak bilinmemekte sadece harcamalar izlenmektedir. Gerçek maliyet analizi için sağlam bir istatistiksel taban bulunarak, hastane ücret tarifelerinin yapısı yeniden gözden geçirilmelidir. Buna göre kamu kuruluşlarında uygulanan ücret tarifesinin düzeyi verilen sağlık hizmetinin niteliğine göre düzenli ve sürekli finansman sağlayacak biçimde ayarlanabilir.

Son olarak "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı" ve bu tasarı ile getirilmesi düşünülen yeni düzenlemelere değinmek istiyorum.

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık politikasının sağlık hizmetlerinde özel sektörün gelişmesini ve sağlık sigortası uygulamasını destekleyen doğrultuda saptanmış hedefleri bulunmaktadır.

Bu politikanın kamu sağlık hizmetlerindeki arzı kısıtıcı etkisi olmamalı, sağlık koşullarının iyileştirilmesi için koruyucu sağlık hizmetleri programlarının, yürütülmesinde kamunun temel sorumluluğu aynen korunmalıdır. Tüm kamu sağlık kuruluşlarını aynı çatı altında toplayacak bir örgütlenmeyle kaynakların etkin kullanımını sağlamayı amaçlayan Genel Sağlık Sigortası projesi çalışmalarının çok iyi yapılması zorunludur. İster koruyucu ister tedavi edici sağlık hizmeti şeklinde olsun sağlık hizmetleri sosyal altyapı niteliğindedir.

Genel sağlık sigortası söz konusu olduğunda sistemin işlemesi için kamunun sağlıkla ilgili harcamalarını önemli ölçüde artırması gerekecektir. Çünkü sigortasız, genellikle kırsal alanda yaşayan ve sosyal güvenlik konusunda bilgisi olmayan, sigorta primi ödeyecek gelirden yoksun kitlenin sağlık ihtiyaçları kamusal finansman desteği ile yürütülecektir.

Ayrıca sağlık hizmetinin arzının genişletilmesinde kamu ve özel sektör işbirliği söz konusu olduğundan özel sektörün verilecek sağlık hizmetinin maliyetini artırıcı riski göz ardı edilmemelidir.

EK A

Tablo 2: Milli Eğitim Gençlik ve Spor Sağlık Hizmetleri Vergisi (MEGSSHV), Ek Taşıt Alım Vergisi, Akaryakıt Tüketim Vergisi Tahsilatı.

	1988 Yılı Kesin Tahsilat (Milyon TL)	1989 Yılı Tahmini Tahsilat (Milyar TL)
MEGSSHV	: 107876.8	300.
Ek Taşıt Alım	: 91756.7	200.
Akaryakıt Tük.:	193975.1	415.
Toplam	: 393608.6	915.

Milli Eğitim Gençlik ve Spor Sağlık Hizmetleri Vergisi (MEGSSHV), Ek Taşıt Alım Vergisi, Akaryakıt Tüketim Vergisi Tahsilatının Kurumsal Dağılımı.

	1988 Yılı Ödenek Kaydı (Milyon TL)	1989 Yılı Tahmini Ödenek (Milyar TL)
M.E.G.S.B.	: 236165.2	549.
S.S.Y.B.	: 157443.4	336.
Toplam	: 393608.6	915.

Kaynak: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü verilerinden alınmıştır.

**Tablo 3: Genel ve Katma Bütçeden Devlet Memurlarına
Yapılan Sağlık Yardımları (Milyar TL)**

<u>Yılı</u>	<u>Konsolide Harcama (1)</u>	<u>Tedavi Yardımı Harcaması (2)</u>	<u>Payı (2/1) (Onbinde)</u>
1979	620.9	1.5	24
1980	1117.4	3.4	30
1981	1538.4	5.9	38
1982	1689.5	6.6	39
1983	2612.5	11.0	42
1984	3784.4	15.0	39
1985	5395.5	33.6	62
1986	8311.0	58.1	69
1987	12790.9	107.1	83
1988	21446.0	214.2	99
1989	38660.0	444.6	115

Kaynak: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Bütçe ve Mali
Mali Kontrol Genel Müdürlüğü verilerinden alın-
mıştır.

Tablo 4: Sosyal Güvenlik Kuruluşları Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Sosyal Sigortalar:

<u>Yıllar</u>	<u>İlac</u>	<u>Diğer</u>	<u>Toplam</u>
1981	4485	17685	22165
1982	6075	24648	30759
1983	8351	30773	39124
1984	14807	43825	58632
1985	24128	60386	84516
1986	44165	80019	124148
1987	87760	119310	207070
1988	206000	274000	480000

T.C.Emekli Sandığı

1982	1852	1034	2886
1983	1594	1742	4336
1984	4214	2941	7155
1985	7920	5527	13447
1986	14688	9574	24262
1987	26997	16482	43497
1988	56000	30000	86000

Bağ-Kur

1987	4518	1474	5992
*1988	20917	8504	29421

Kaynak: T.C. Başbakanlık D.P.T., Sosyal-Planlama Araştırma Dairesi Başkanlığı.

* : Geçici Tahmin.

Tablo 5: Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Toplam Harcamalarının Gelişimi (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

<u>Yıllar</u>	<u>Cari</u>	<u>Yatırım</u>	<u>Transfer</u>	<u>Toplam</u>
1979	52333	5081	4037	61451
1980	87632	5089	7137	99858
1981	85456	7829	7599	100884
1982	105320	16389	15165	136874
1983	143297	268804	219764	631865
1984	218161	612402	29625	860188
1985	401163	576151	23217	1000531
1986	550423	2029600	662084	3242107
1987	886223	5166147	110948	6164018
1988	1619749	7292982	99113	9011846

Kaynak: T.C. Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü, Kesin Hesaplar Dairesi, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Kesin Hesap Kanunu, ilgili Yıllar.

Tablo 6: Çeşitli Ülkelerin Sağlık-Eğitim-Savunma Harcamalarının Bütçe içindeki Yüzdesi ve Merkezi Hükümetlerin Toplam Harcamaların Gayri Safi-Milli Hasıla içindeki Yüzdesi. (1985)

T.H.: Toplam Harcama

	Sağlık	Eğitim	Savunma	T.H./GSMH
	%	%	%	%
Nepal	5.	12.1	6.2	19.7
Zaire	1.8	0.8	5.2	23.3
Hindistan	2.4	1.9	18.8	16.7
Kenya	6.7	19.8	12.9	26.6
Pakistan	1.1	2.9	32.3	32.6
Uganda	2.5	11.7	16.7	—
Fas	3.1	19.2	14.9	33.5
Mısır	2.4	10.6	17.5	48.1
Türkiye	1.8	10.0	10.9	25.7
Tunus	6.5	14.3	7.9	14.3
Brezilya	4.6	3.2	4.	21.1
İsrail	3.5	7.1	27.8	26.3
Kuveyt	6.5	11.6	14.6	43.1
Bir. A.E.	6.2	9.7	45.3	16.3
İspanya	0.6	6.	4.4	31.5
İtalya	12.1	7.7	3.5	55.3
Belçika	1.7	12.9	5.1	55.9
Almanya	18.7	0.7	9.2	30.7
İsveç	1.2	8.6	6.4	46.5
Norveç	10.8	8.9	8.2	38.2
İsviçre	13.1	3.1	10.3	19.9
ABD	11.3	1.3	24.9	24.3

Kaynak: World Development Report 1987, The World Bank,
: United Nation Statistical Yearbook.



EK B

**GELİR VERGİSİ KANUNUN SAĞLIKLA İLGİLİ
İSTİSNA, MUAFİYET VE İNDİRİMLERE AİT
MADDELERİ:**

Eğitim, öğretim ve sağlık hizmet işletmelerinde kazanç istisnası

Mükerrer Madde 20- (3239 sayılı Kanunun 41'inci maddesiyle eklenen madde) Okul, kreş ve spor tesisleri ile 50 yatak (kalkınmada öncelikli yörelerde 35 yatak) kapasitesinden az olmamak üzere, yurt ve sağlık tesislerinin (huzurevleri dahil) işletilmesinden elde edilen kazançlar, ilgili bakanlığın görüşü alınmak suretiyle Maliye ve Gümrük Bakanlığının belirleyeceği usul ve esaslar dahilinde 5 yıl süreyle Gelir Vergisinden müstesna tutulurlar. İstisna, kuruluşların faaliyete geçtiği tarihten itibaren başlar.

Bu kuruluşların kalkınmada öncelikli yörelerde kurulması halinde bunlardan elde edilecek kazançlar yukarıdaki şartlar dahilinde 10 yıl süreyle gelir vergisinden müstesna tutulur.

Sigorta Primi, teberru ve iane indirimleri:

Madde 89- Mükellef yıllık beyanname ile bildirecekleri gelirlerden aşağıdaki indirimleri yapabilirler:

2. (3239 sayılı Kanunun 63'üncü maddesiyle değişen bent)

Genel bütçeye dahil dairelere, katma bütçeli idarelere, il özel idareleri ile belediyelere, köylere ve kamu menfaatlerine yararlı derneklere ve Türk Kanunu Medenisi gereğince kurulan vakıf makbuz karşılığında yapılan bağış ve yardımlar. (Bir takvim yılı içinde yapılan bağış ve yardımların toplamı o yıla ait beyan edilecek gelirin % 5'ini aşarsa fazlası indirilmez.)

Genel bütçeye dahil dairelere, katma bütçeli idarelere, il özel idarelerine, belediyeler veya köylere bağışlanan okul, cami, kreş ve spor tesisleri ile 50 yatak (kalkınmada öncelikli yörelerde 35 yatak) kapasitesinden az olmamak üzere yurt, huzurevi ve sağlık tesislerinin inşası dolaşısıyla yapılan harcamalar veya bu tesislerin inşası için bu kuruluşlara

yapılan her türlü bağış ve yardımlar ile mevcut tesislerin, faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için yapılan her türlü nakdi ve ayni bağış ve yardımlar. Bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunan kurum ve kuruluşlara yapılan her türlü bağış ve yardımlar. (Şu kadar ki, bu fıkrafta geçen bağış ve yardımların miktarı ile bu bağış ve yardımların yapılacağı yerler ve tahsis edileceği kuruluşlar Bakanlar Kurulunca çıkartılacak bir yönetmelikle belirlenir.)

Bağış ve yardımın nakden yapılmaması halinde, bağışlanan veya yardımın konusunu teşkil eden mal veya hakkın mevcutsa mukayyet değeri, bu değer mevcut değilse Vergi Usul Kanunu hükümleri dairesinde Takdir Komisyonunca tespit edilecek değer esas alınır.

Mükelleflerin, yılı içinde yaptıkları kendi araştırma ve geliştirme harcamaları tutarını geçmemek üzere ilgili dönemde ödemeleri gereken yıllık gelir vergisinin % 20'sinin kanuni süresinde tahsilinden vazgeçilerek, bu orana isabet eden vergi üç yıl süre ile faizsiz olarak ertelenebilir. Ertelenen bu vergi üç yıl içinde gelir vergisinin ödenme taksitleri ile birlikte eşit taksitler halinde ödenir.

**KURUMLAR VERGİSİ KANUNUNUN SAĞLIKLA İLGİLİ
İSTİSNA, MUAFİYET VE İNDİRİMLERE AİT
MADDELERİ**

Muaflık ve istisnalar

Muaflıklar:

Madde 7 - (199 sayılı Kanunun 7'inci maddesiyle değişen şekli)
Aşağıda yazılı kurumlar, Kurumlar Vergisinden muaftır;

4. Kamu idare ve müesseseleri tarafından genel insan ve hayvan sağlığını korumak ve tedavi maksadiyle işletilen müesseseler. (Hastane, nekahathane, klinik dispanser, prevantoryum, sanatoryum, çocuk bakımevleri, hayvan hastaneleri ve dispanserleri, hayvan bakımevleri, veteriner bakteriyoloji, seroloji ve distofajin gibi müesseseler);

Muaflıklar ve istisnalar

Muaflıklar:

Madde 7- (199 sayılı Kanunun 7'inci maddesiyle değişen şekli)
Aşağıda yazılı kurumlar, Kurumlar Vergisinden muaftır;

14. Münhasıran verem tedavi eden sanatoryum ve prevantoryumlar ile münhasıran kanser, cüzzam ve trahom tedavi eden hastaneler;

İstisnalar:

Madde 8- (2362 sayılı Kanunun 6'ıncı maddesiyle değişen maddede) Bu maddede yazılı kurum kazançları Kurumlar vergisinden müstesnadır:

15. (3239 sayılı Kanunun 74'üncü maddesiyle eklenen bent) Okul, kreş ve spor tesisleri ile 50 yatak (kalkınmada öncelikli yörelerde 35

yatak) kapasitesinden az olmamak üzere yurt ve sağlık tesislerinin (huzurevleri dahil) işletilmesinden elde edilen kazançlar ilgili Bakanlığın görüşü alınmak suretiyle Maliye ve Gümrük Bakanlığının belirleyeceği usul ve esaslar dahilinde 5 yıl süreyle kurumlar vergisinden müstesna tutulurlar. İstisna, kuruluşların faaliyete geçtiği tarihten itibaren başlar.

Bu kuruluşların kalkınmada öncelikli yörelerde kurulması halinde bunlardan elde edilecek kazançlar yukarıdaki şartlar dahilinde 10 yıl süreyle kurumlar vergisinden müstesna tutulur.

Bu kazançlar Gelir Vergisi Kanununun 94 üncü maddesine göre tevkifata tabi tutulamaz. Ortaklara dağıtımı kâr dağıtımı sayılmaz.

İndirilecek giderler:

Madde 14- Ticari kazanç gibi hesaplanan kurum kazancının tesbitinde mükellefler aşağıdaki giderleride ayrıca hasılatтан indirebilirler:

6. (199 sayılı Kanunun 12'inci maddesiyle değişen bent) Genel bütçeye dahil dairelere, katma bütçeli idarelere, il özel idareleri ve belediyeler ile köylere kamu menfaatlerine yararlı derneklere ve Türk Kanunu Medenisine göre kurulan vakıflar makbuz karşılığında yapılan bağış ve yardımlar. (Bir takvim yılı içinde yapılan bağış ve yardımlar toplamının o yıla ait kurum kazancının yüzde ikisini ve her halde yirmi bin lirayı aşan kısım hasılatтан indirilemez.)

(3239 sayılı Kanunun 75'inci maddesiyle eklenen hüküm) Genel bütçeye dahil dairelere, katma bütçeli dairelere, il özel idarelerine, belediyelere veya köylere bağışlanan okul, kreş ve spor tesisleri ile 50 yatak (kalkınmada öncelikli yörelerde 35 yatak) kapasitesinden az olmamak üzere yurt ve sağlık tesislerinin (huzurevleri dahil) inşaatı dolayısıyla yapılan harcamalar veya bu tesislerin inşaatı için ilgili kuruluşlara yapılan her türlü bağış ve yardımlar ile mevcut tesislerin, faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için yapılan her türlü nakdi ve ayni bağış ve yardımlar, bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunan kurum ve kuruluş-

lara yapılan her türlü bağış ve yardımlar. (Şu kadar ki bu fıkrada geçen bağış ve yardımların miktarı, yapılacağı yerler ve tahsis edileceği kuruluşlar Bakanlar Kurulunca çıkarılacak bir yönetmelikle belirlenir.)

Bağış ve yardımın nakden yapılmaması halinde bağışlanan veya yardımın konusunu teşkil eden mal veya hakkın maliyet bedeli veya mukayyet değeri, bu değer mevcut değilse Vergi Usul Kanunu hükümleri dairesinde takdir komisyonlarınca tesbit edilecek değeri esas alınır. (Ancak, Bakanlar Kurulunca vergi muafiyeti tanınan vakıflara 20.000 liralık hadde bakılmaksızın o yıla ait kurum kazancının yüzde beşine kadar bağış ve yardım yapılabilir.)

(3239 sayılı Kanunun 75'inci maddesiyle eklenen hüküm) Mükelleflerin yılı içinde yaptıkları araştırma ve geliştirme harcamaları tutarını geçmemek üzere ilgili dönemde ödemeleri gereken yıllık kurumlar vergisinin % 20'sinin kanuni süresinde tahsilinden vazgeçilerek, bu orana isabet eden vergi üç yıl süre ile faizsiz olarak ertelenebilir. Ertelenen bu vergi üç yıl içinde kurumlar vergisinin ödenme taksitleri ile birlikte eşit taksitler halinde ödenir.

Bu uygulamanın usul ve esasları Maliye ve Gümrük Bakanlığınca tayin ve tespit olunur.

24/10/1989 Tarihli ve 89/14685 Sayılı Kararnamenin Eki

**1990 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine
Dair Kararın Ek'i "Yatırımların, Döviz Kazandırıcı Hizmetlerin
ve İşletmelerin Teşviki ve Yönlendirilmesine Ait Esaslar"**

**A- TEŞVİK BELGELİ YATIRIMLARLA İLGİLİ TEŞVİK VE
UYGULAMA ESASLARI**

Teşvik Belgesine Bağlanabilecek Yatırımlar;

Madde 1- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından Teşvik Belgesine bağlanabilecek yatırım projeleri, toplam sabit yatırım tutarı Kalkınmada Öncelikli Yörelerde 250 milyon TL. ve diğer yörelerde 5 milyar TL.'nın üzerinde olan projelerdir. Ancak Finansal Kiralama Şirketlerinin Teşvik Belgesine esas teşkil edecek yatırım projelerinde bu sınır yöre farkı gözetilmeksizin 100 milyon TL.'dır.

Yatırım Teşvik Belgesi:

Madde 2- Yatırım konularının teşvik araçlarından yararlanabilmesi için yatırımcılar yatırımın mali, teknik ve ekonomik yönlerini gerektiği şekilde belirten iki nüsha fizibilite raporu ve dilekçe ile Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığına müracaat ederler. Projeler, genel makro ekonomik politikalar çerçevesinde değerlendirilir ve uygun bulunduğu takdirde gerekli teşvik tedbirlerinden yararlandırılmak üzere Teşvik Belgesi verilir.

Teşvik tedbirlerinden yararlanabilmek için Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığına dilekçe ile yapılacak müracaata, Merkez Bankası nezdindeki "Yatırımları ve Döviz Kazandırıcı Hizmetleri Teşvik Fonu"na, Kalkınmada Öncelikli Yörelerde yapılacak yatırımlar için 2 milyon TL., diğer yörelerde yapılacak yatırımlar için 10 milyon TL. tutarında yatırılacak teminata ait makbuz da ilave edilir. Finansal Kiralama Şirketlerinden söz konusu teminat alınmaz.

Uluslararası rekabet gücü sağlayamayan, ileri ve uygun teknoloji getiremeyen, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından sektör ve/veya proje bazında belirlenecek asgari ekonomik kapasitelerde olmayan projeler teşvik tedbirlerinden istifade ettirilmez.

Uygulanabilecek Teşvik Tedbirleri:

Madde 3- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından Teşvik Belgesine bağlanacak yatırımlar; uygun görüldüğü takdirde Yatırım İndirimi, Kaynak Kullanımını Destekleme Primi, Vergi, Resim ve Harç İstisnası, Finansman Fonu ve Bina İnşaat Harcı İstisnası gibi teşvik araçlarının projeye göre gerekli görülenlerinden yararlandırılır.

Hizmetler sektöründe yapılacak yatırımlar kaideten Yatırım İndirimi, Finansman Fonu ve Kaynak Kullanımını Destekleme Primi dışındaki teşvik araçlarından yararlanabilir. Ancak tebliğ ile belirlenen hizmetler sektörü yatırımları, yukarıda belirtilen teşvik tedbirlerinin uygun görülenlerinden de istifade edebilir.

Yatırımlara uygulanacak teşvik tedbirleri, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından verilen Teşvik Belge'sinde belirtilen değerler esas olmak üzere ilgili kuruluşlar tarafından tatbik edilir.

Özkaynak Oranı:

Madde 4- Yatırımlarda aranacak özkaynak oranı; yatırımın konusu, yeri ve büyüklüğü gözönüne alınarak Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından belirlenir.

Yatırım Malları İthalatı:

Madde 5- Yatırım malları ithalatı, Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığınca İthalat Rejiminde belirlenen esaslar çerçevesinde gerçekleştirilir.

Gübre sanayi yatırımlarının işletme ana hammaddeleri ve ara malları ithalatı da Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığınca yapılacak düzenlemeye göre söz konusu Müsteşarlıkça yürütülür.

Yatırım İndirimi Uygulaması:

Madde 6- Yatırımlara uygulanacak Yatırım İndiriminin nisbeti, indirimden istifade edecek yatırım miktarının yüzde 30'udur. Bu nisbet zirai yatırımlar ile Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından bölge kalkınması ile ilgili olduğu belirtilen yatırımlarda yüzde 40, İkinci Derecede Kalkınmada Öncelikli Yörelerde yapılacak yatırımlarda yüzde 60, Birinci Derecede Kalkınmada Öncelikli Yörelerde yapılacak yatırımlarla, Sermaye Şirketleri, Kooperatifler ile İş Ortaklıklarının yapacağı bilimsel araştırma ve geliştirme yatırımlarında Kalkınma Planı ve Yıllık Programlarda özel önem taşıdığı belirtilen sektörlerde Sermaye Şirketleri ve kooperatiflerce yapılacak yatırımlarda yüzde 100'dür.

Kaynak Kullanımını Destekleme Primi Uygulaması:

Madde 7- Kaynak Kullanımını Destekleme Primi uygulaması 12/5/1988 tarih, 88/12944 sayılı Karar ve bu kararda değişiklik yapılmasına dair, 9/8/1989 tarih, 89/14410 sayılı Karar çerçevesinde yürütülür.

Kaynak Kullanımını Destekleme Primi harcanan özkaynak üzerinden uygulanır. Ancak, gemi inşa ve yat inşa yatırımlarında söz konusu prim ödemesinde toplam sabit yatırım tutarı dikkate alınır.

Kaynak Kullanımını Destekleme Primi ödemeleri; toplam sabit yatırım tutarının, 1.Derecede Kalkınmada Öncelikli Yörelerde % 50'sini, 2. Derecede Kalkınmada Öncelikli Yörelerde % 40'ını diğer yörelerde ise % 33'ünü geçemez.

Madde 37 - Yatırımları ve Döviz Kazandırıcı Hizmetleri Teşvik Fonu'nun madde 36 dışında kalan ödemelerine ilişkin usul ve esasları Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından tebliğlerle düzenlenir.

E- ÇEŞİTLİ HÜKÜMLER

Madde 38- Üretime hiç geçememiş veya kısmen geçmiş özel sektör yatırımlarının işletme kredisi ihtiyaçları; Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca belirlenecek kriterler çerçevesinde Türkiye Kalkınma Bankası veya bu Bankanın uygun göreceği diğer bankalar aracılığı ile karşılanabilir.

Madde 39- Teşvik Belgeli veya Belgesiz olan; turizm konaklama yatırımları, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca uygun görülen Turizm sahalarındaki tesislere entegre büyük ölçekli altyapı yatırımları, hayvancılık yatırımları sağlık ve eğitim yatırımları ile teşvik belgesine bağlanan ve toplam sabit yatırım tutarı 10 milyar TL'nin üzerinde olan elektronik, kimya, konfeksiyon, deri hazırlama ve işleme, ayakkabı, elektrikli ve elektriksiz makina, madeni eşya ve meslek-bilim-ölçü-kontrol cihazları üretimine yönelik imalat sanayi yatırımları ve 5 milyar TL.'nin üzerindeki gemi inşa ve yat inşa yatırımları bu program döneminde özel önem taşıyan yatırım konularıdır.

Madde 40- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nca düzenlenen herhangi bir sebeple yeniden tasdikinin talep edilmesi halinde ilgili belgelerde yazılı toplam değer % 0,2'si oranındaki meblağ, Yatırımları ve Döviz Kazandırıcı Hizmetleri Teşvik Fonu'na irad kaydedilmek üzere yatırılır.

Söz konusu irad miktarı 20 milyon TL.'nı geçemez.

Madde 41- İthalat Rejimi ekinde yer alan Yatırım Malları Listesinde gümrük vergileri, fon oranları ve liste kapsamı ile ilgili değişiklikler; Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı'nca Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nın uygun görüşü alınmak kaydı ile yapılır.

Madde 42- Teşvik Belgesi çerçevesinde gerçekleştirilecek veya gerçekleşen yatırımlardan, gemiler ile yatırım malı makina ve teçhizatın ihracı veya yurt içinde satışına Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca müsaade edilebilir. Bu müsaadeye istinaden yapılacak ihracat ve yurt için-

deki satışta, yararlandırılan teşvikler geri alınmaz. Yurt içindeki satışta, kredi borcu satın alana devredilir.

İthal edilen geminin veya yatırım malı makina ve teçhizatın ihraçcı halinde ise kredi borcu tasfiye edilir, yatırım indiriminin geri kalan bölümü uygulanmaz.

Yurt içinde inşa edilip bir yaşını doldurmadan ihraç edilen gemilerin kredi borcu, krediyi açan Banka ve krediyi alan arasında yapılacak ödeme planı çerçevesinde tasfiye edilir.

İhraç edilmek kaydıyla yurt içinde inşa edilen gemilerle ilgili ihracat taahhüdü, gemi ihraç bedeli olan döviz ile kapatılır.

14/1/1982 tarih ve 2581 sayılı "Deniz Ticraet Filosunun Geliştirilmesi ve Gemi İnşa Tesislerinin Teşviki hakkında Kanun" kapsamında ithal edilen gemiler ve makina teçhizat konusunda 15/6/1989 tarih ve 89/14239 sayılı Karar gereğince uygulama yapılır.

Madde 43- Kaynak Kullanımını Destekleme Primi uygulaması, projeye dayalı hayvancılık, su ürünleri, seracılık ve aşılı asma çubuğu ve meyve fidanı üretimine yönelik fidanlık yatırımlarında Ziraat Bankası'nca, bunların dışındaki yatırım konularında ise (Teşvik Belgeli veya Teşvik Belgesiz) Türkiye Kalkınma Bankası'nca yapılır. Türkiye Kalkınma Bankası uygulamayı ilgili Valiliklerden gelen tetkik ve inceleme raporlarını da dikkate alarak yapar.

**Yatırımcıların, Döviz Kazandırıcı Hizmetlerin ve İşletmelerin
Teşviki ve Yönlendirilmesi ile İlgili Tebliğ
Tebliğ No: 90/2**

Madde 44- Tebliğin istinad ettiği kararnamenin 3. maddesi çerçevesinde diğer teşvik tedbirlerinden de yararlanılabilecek hizmetler sektörüne ait yatırım konuları aşağıda belirtilmiştir.

- Turizm, sağlık, eğitim yatırımları
- Tarımsal ürünlerin depolanması, tasniflenmesi, işlenmesi, ambalajlanması ve değerlendirilmesine yönelik yatırımlar
- Kalkınmada öncelikli yörelerde yapılan yatırımlar (müteharrik karakterli yatırımlar ve müteahhitlik hizmet yatırımları hariç)
- Liman Yatırımları
- Yıllık Yatırım Programında yer alan Kamu yatırımları
- Basın yatırımları
- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca uygun görülen Turizm sahalarında bulunan Turizm tesislerine entegre büyük ölçekli ortak alt yapı yatırımları.

Madde 45- Halka Açık Anonim Şirket; "Herbir gerçek kişi ortağın hisse oranının en fazla % 15, tüzel kişi ortağın hisse oranının en fazla % 49 olduğu, ancak kamu kuruluşları, Finansman Kurumları, Sosyal Güvenlik Kurumları, Halka Açık Şirketler ve Çok Ortaklı Şirketler, Kooperatifler ve üst kuruluşları, Fon İdareleri, Vakıf İdareleri ve buna benzer kuruluşların bu oranlara tabi olmadığı ve kâr dağıtımında ayrıcalık tanıyan imtiyazlı hisse senedinin bulunmadığı Anonim Şirketlerdir. Ancak hisse senetleri Menkul Kıymetler borsasında kote edilmiş bulunan ve/veya Sermaye Piyasası Kurulunda kayıtlı bulunan Anonim Şirketler de yukarıdaki iştirak oranları hakkındaki kısıtlamalara bakılmaksızın Halka Açık Şirket addolunur.

Bu tanıma uyan Halka Açık Şirketlerde yabancı sermaye ortaklığının bulunması halka açıklık vasfını değiştirmez.

Madde 46- Bu tebliğin istinad ettiği Karar'ın yayımını müteakip daha evvelki yıl program kararnamelerine istinaden düzenlenen Teşvik Belgeleri ile ilgili olarak ek ithal ve ek yerli liste tasdik taleplerinde bulunamaz. Ancak Yatırım Mali İmalatçısı Yeterlilik Belgesi kapsamındaki döviz tahsis işlemleri Belge süresi sonuna kadar devam eder.

Madde 47- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca düzenlenen Belgelerin herhangi bir sebeble yeniden tasdikinin talep edilmesi halinde ilgili belgelerde yazılı toplam değerin % 0,2'si oranındaki meblağ yatırımları ve Döviz Kazandırıcı Hizmetleri Teşvik Fonu'na irad kaydedilmek üzere yatırılır. Bu miktar 20 milyon TL'sını geçemez.

Madde 48- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığında yapılacak işlemlerin takibinde asıl olan yatırımcı veya ihracatçının bizzat kendisinin işi takip etmesidir.

Ancak işlemlerin takibi Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre şirketi temsile yetkili kişiler veya her yıl yenilenen özel vekaletnameye istinaden avukatlar tarafından da yapılabilir.

Türk Ticaret Kanunun 175, 160, 257, 317, 319, 323, 540, 541 maddelerine göre muhtelif şirket nevileri itibarıyla şirketi temsile yetkili kişilere vazedilmiştir.

Sermaye şirketlerinde temsile yetki konusunda Ticaret Sicili Gazetesi ve imza sirküleri, Diğer şirket nevilerinde ise mukavele örneği Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığına ibraz edilir.

Madde 49- Daha evvelki yıl Program Kararnamelerine istinaden Teşvik Belgesine ve Yatırım Mali İmalatçısı Yeterlilik Belgesine bağlanmış yatırımlara ait Teşvik Tedbirlerinin uygulanmasına; Belge, ilgili Program Kararnamesi ve mevzuatta öngörülen hak ve mükellefiyetler çerçevesinde devam edilir. Söz konusu belge kapsamındaki yatırımların belgede belirtilen şart ve karakteristiklere (süre, miktar, kapasite vb.) uygun olarak tamamlanmaları esastır.

Madde 50- Daha evvelki yıl Program kararnamelerine göre düzenlenen Teşvik Belgelerinde Teşvik Primi öngörülen yatırımlarla ilgili olarak ekspertiz işlemine katılacak komisyon üyelerine (en az iki, en çok üç kişi) ilgili firma tarafından 50'şer bin TL. ödenir. Ekspertiz işleminin altışar aylık sürelerde yapılması esas olup, yukarıda bahsedilen ücretler techizat içindir.

Madde 51- Projeye dayalı tarım, hayvancılık, su ürünleri, seracılık ve fidanlık yatırımlarında Kaynak Kullanımını Destekleme Primi uygulaması T.C.Ziraat Bankası'nca yapılır. Teşvik Belgeli ve Belgesiz diğer yatırım konularında ise sözkonusu uygulama Türkiye Kalkınma Bankası'na yapılır.

Madde 52- 89/1 ve buna istinaden çıkarılan tebliğler yürürlükten kaldırılmıştır (Muafiyetle ilgili maddeler hariç)

Madde 53- Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Kaynak: Ek B'deki bölüm T.C.Maliye ve Gümrük Bakanlığı Gelirler Genel Müdürlüğü'nden alınmıştır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AKALIN Güneri, Kamu Ekonomisi, A.Ü.Basımevi, Ankara 1981.
- BULUTOĞLU Kenan, Kamu Ekonomisine Giriş, Sermet Matbaası, İstanbul 1971.
- ÇINAR Ünver, Sağlık Sistemlerinde Yöneylem Araştırması, ODTÜ, Ankara 1982.
- EREN Nevzat, Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, H.Ü.Toplum Hekimliği Bölümü, Yayın no:18, Ankara 1982.
- FALAY Nihat, Planlama-Programlama Bütçeleme Sistemi ve Türk Program Bütçe Modeli, İ.Ü.İkt.Fak.Yay. 429, Güryay Matbaacılık, İstanbul 1979.
- FİŞEK Nusret, Halk Sağlığına Giriş, H.Ü. DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No.2, Ankara 1983.
- GUILLAUMONT Patrick, Economie du développement 1/Le Sous développement, Press Universitaires 1985.
- GÜRTAN Kenan, İstatistik Araştırma Metodları, Sermet Matbaası İstanbul 1974.
- KÖKLÜ Aziz, Makro İktisat, Sevinç Matbaası, Ankara 1976.
- NADAROĞLU Halil, Kamu Maliyesi Teorisi, Sermet Matbaası, İstanbul 1976.
- ÖLÇEN Ali Nejat, Nüfus sorunu ve Toplum Sağlığının Ekonomik Analizi, H.Ü.Yayınları D-27, Ankara 1979.
- ÖNCEL Türkân, Parafiskal Yükümlülükler, Güryay Matbaası, İstanbul 1983.
- ÖNDER İzzettin, Türkiye’de Kamu Harcamalarının Seyri 1927-1967, Fakülteler Matbaası, İstanbul 1974.
- ÖNERTÜRK Pınar, Refah Devletinde Sağlık Hizmetleri, D.S.İ. Matbaası, Ankara 1984.

- ÖZDEMİR Şevket, Türkiye’de Toplumsal Değişme ve Çevre Sorunlarına Duyarlılık, Palme Yayınları, Ankara 1988.
- SAYBAŞILI Kemalî, Türkiye’de Plânlı Ekonomik Kalkınma Döneminde Devletin Ekonomiye Müdahalesi (1963-1985), Sevinç Matbaası, İstanbul 1986.
- SÜMBÜLOĞLU Kadir, Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler, T.T.B. Ankara Tabib Odası Yayını No.4, Ankara 1978.
- ÜNER Sunday, Türkiye Nüfusu. Boyutlar, Sorunlar, Yorumlar, H.Ü. Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 1984.
- YENERMAN Münevver, Genel Patoloji, İ.Ü.İstanbul Tıp Fak.Rektörlük No.2622, Fak.No.118, İstanbul 1980.



MAKALELER

- AKIN Ayşe, "Eğitim ve Sağlık", Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu, Editör: Güler Kanra, Ankara, SSYB. Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Battalle Enstitüsü, 1983, s.110-117.
- ALPUGAN Oktay, "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", Ord.Prof.Şükrü Baban'a Armağan İ.Ü. İktisat Fakültesi Mecmuası, Cilt 40, Sayı 1-4, Gür-Ay Matbaası, İstanbul 1984, s.133-160.
- CERİT Sevil - Banu Akadlı, "Türkiye'de Bebek Ölümüne Genel Bir Bakış", Türkiye'de Bebek Ölümüne Temel Etkenler, Editör: Ergül Tunçbilek, H.Ü.Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara 1988, s.3-14.
- CERİT Sevil - Turgay Ünal, "Bebek Ölümüne Tıbbi Bakımın Önemi", Türkiye'de Bebek Ölümüne Temel Etkenler, Editör: Ergül Tunçbilek, H.Ü.Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara 1988, s.46-60.
- ÇORUH Mithat, "Nüfus ve Sağlık", Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu, Editör: Güler Kanra, Ankara SSYB Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Battalle Enstitüsü, 1983, s.1-27.
- ÖZTÜRK Yusuf - Osman Günay, "Temel Sağlık Hizmetlerinde Üniversitelerin Rolü", Toplum ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği, Mart 1987, s.38-43.
- SÖNMEZ Sinan, "Sağlık Hizmetleri Finansmanının Boyutları ve Bunun Etkileri", III.Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu (23-26 Nisan 1987 Gebze), İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi, Acar Matbaacılık Tesisleri, İstanbul 1988, s.33-55.
- TEKİN Fazıl, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı Sorunu", III.Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu (23-26 Nisan 1987 Gebze), İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi, Acar Matbaacılık Tesisleri, İstanbul 1988, s.69-85.

TOKGÖZ Erdiñ, "Sosyal Gelişmede Sağlık", II.Türkiye İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayın no. 1783, İzmir 1981, s.497-512.

TUNÇBİLEK Ergül, Türkiye'de Bebek Ölümlerinde Temel Etkenler, Editör: Ergül Tunçbilek, H.Ü.Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara 1988, s.53-60.



DÖKÜMANLAR

- D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı 1968, Ankara, 1968.
- D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı 1971, Ankara 1971.
- D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı 1977, Ankara 1977.
- D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı 1981, Ankara 1981.
- D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı 1985, Ankara 1985.
- D.İ.E., Türkiye İstatistik Yıllığı 1987, Ankara 1985.
- D.İ.E., Türkiye İstatistik Cep Yıllığı 1989, Ankara, 1989.
- Gelişen Türkiye'de Hükümetin Altı Yıllık İcraatı (1983-1990), Cilt.2, Bakanlıklar, Ankara, s.226.
- Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Kesin Hesapları, 1979-1988 Yılları.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Kesin Hesapları, 1979-1988 Yılları.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1964-1967, Ankara 1971.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, 1975-1978, Ankara 1980.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987, Ankara 1988.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No.531, Yeniçağ Basımevi, Ankara 1989.
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Kesin Hesapları, 1984-1989.
- Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, 1987 Çalışma Raporu-1987 Bilançosu-1988 İş Programı Yayın NO.484, Varol Matbaası, Ankara 1988.
- Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, S.S.K.İstatistik Yıllığı 1987, Yayın No.483, Ankara.
- T.C.Başbakanlık D.P.T., Yeni Strateji ve Kalkınma Planı, III.Beş Yıl 1973-1977, D.P.T. Yayın No.1272, Ankara 1973.

- T.C.Başbakanlık D.P.T. IV.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983),
D.P.T.Yayın No.1664, Ankara Nisan 1979.
- T.C.Başbakanlık D.P.T. V.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1990),
D.P.T. Yayın No.1974, Ankara 1985.
- T.C.Başbakanlık D.P.T. IV.Beş Yıllık Kalkınma Planı Destek Çalışma-
ları: 1, D.P.T. Yayın, 1975.
- T.C.Başbakanlık D.P.T. V.Beş Yıllık Plan Destek Çalışmaları: 1,
Ankara 1985.
- T.C.Başbakanlık D.P.T. V.Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Geliş-
meler (1972-1983), Ankara.
- T.C.Başbakanlık D.P.T. VI.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994),
Yayın No.2174, Ankara 1990.
- T.C.Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Nisan 1989 İstatistik Bülteni,
Sayı 76-77.
- T.C.Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Yıllık Ekonomik Rapor 1989.
- T.C.Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Bütçe Gerekçesi 1990.
- T.C.Merkez Bankası, Yıllık Rapor 1989.
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Başkanlığı, Kesin Hesapları
1985-1989.
- World Health Organization, Health Services In Europe Volume I, Cop-
tenhage, 1981.
- World Development Report 1987, The World Bank, United Nation
Statistical Yearbook.

DİĞERLERİ

- DANIŞOĞLU Emel, "Kırsal Bölgelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Yeri", G.Ü.Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile H.Ü.-Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu'nun birlikte düzenlediği panelde sunulan tebliğ, Ankara, 1988, s.2-9.
- ERDOĞAN Alptekin, "Sağlık Hizmetlerinin Liberalleştirilmesi ve Özel Sektör Yapısında Geliştirilmesi", D.P.T. Sosyal Planlama Başkanlığı, Ankara 1986, s.1-16.
- ERKEN Tülay, Kamu Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması ve Türk Bütçe Sistemi İçin Model Çalışma, Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporları Dizisi. 1, Maliye ve Gümrük Bakanlığı, BÜMKO Genel Müdürlüğü, Ankara 1987.
- GÖRGÜN Sevim, "Kamu Maliyesi Ders Notları", (Teksir), İ.Ü.Siyasal Bilgiler Fakültesi, İstanbul 1987.
- KILIÇKALKAN Nurşen, "S.S.Y.B. Harcamaları Kapsamında Yataklı Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamalarının İncelenmesi", Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, Maliye ve Gümrük Bakanlığı, BÜMKO Genel Müdürlüğü Ankara 1986.
- MEDENİ Ali, "Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Analizi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.İşletme Fakültesi, 1988.
- MORTAN Kenan M., Sağlık Ekonomisi Metodolojisi Etkinlik Finansman ve Türkiye Örneğinde Uygulamalı Bir Çalışma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1980.
- TANYOLAÇ Necmi - Vedia DÖKMECİ, İstanbul İli Sağlık Tesisleri Master Planı (1986-2000), B.Ü.Biyo Medikal Enstitüsü, İ.T.Ü. Çevre ve Şehircilik Uygulama Araştırma Merkezi, 1988.
- TUÇ Arif Nuri, Sağlık Sektöründe Tedavi Hizmetleri ve Planlama, Ankara 1979.

- OCAKÇIOĞLU Bora, Beşeri Sermaye Teorisi ve Vergi Alanına Uygulanması, Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İstanbul 1979.
- ÖZOĞUZ Kayıhan, Nüfusun Miktarı ve Bileşimindeki Değişimlerin Sosyal Güvenlik Harcamalarını Tayin Edici Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1981.
- SPURGEON David, "Comment se porte la race humaine?", Sante, Agence Canadienne de développement international, Quebec 1988-1984, s.19.
- ŞIVGIN Halil, "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Hazırlık Metnini Takdimi", Genel Sağlık Sigortası ile ilgili çalışmaları, T.C.Sağlık Bakanlığı 6 Şubat 1990.
- VARLIK Muharrem, "V.Beş Yıllık Plan Politikalarına Göre Sağlık Sisteminin Re-organizasyonunun Ana Hatları", D.P.T. Sosyal Planlama Başkanlığı, Ankara 1987, s.1-12.
- VASSİLİU Louis G., Wily de GEYNDT, Jean LECOMTE, Jean Pillet, Kâmil TURAN [haz.], "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması", Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü, 1986.
- YAŞA Memduh, Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları (Teksir), İ.Ü.İktisat Fakültesi, İstanbul 1981.
- Yurt Ansiklopedisi, Cilt 11, Anadolu Yayıncılık, İstanbul 1982-1984.

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi