

**KAMU KESİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ
ve KAMU HARCAMALARI AÇISINDAN ANALİZİ.
TÜRKİYE : 1973 - 1990
(Doktora Tezi)
Zühra YILDIZ
ESKİŞEHİR 1993**

T.C. Anadolu Üniversitesi
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KAMU KESİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ
ve KAMU HARCAMALARI AÇISINDAN ANALİZİ.
TÜRKİYE : 1973-1990**

(Doktora Tezi)

Zühra Yıldız /

Danışman:
Prof. Dr. Aykut HEREKMAN

ESKİŞEHİR - 1993

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphanesi

ÖZET

Günümüzde, insan sermayesine yapılan en önemli yatırımlardan biri olarak kabul edilen sağlık hizmetleri, yarattığı dışsallıklar nedeniyle her zaman kamu kesiminde varlığını korumuştur. Özellikle, sağlık sektörü açısından belirlenen politikalar, bu doğrultuda hazırlanan plânlara, örgütlenme ve temel sağlığa yönelik hizmetler devletlerin sorumluluğuna bırakılmıştır.

Tüm ülkelerde, sağlık harcamaları giderek yükselen oranlarda artmaktadır. Bu artış zaman, zaman gayri safi ulusal gelirlerin artışından daha fazla olabilmektedir. Sağlık harcamalarının finansman biçimi, ülkelerin kişisel gelir düzeyine, siyasal tercihlere ve sağlık sektörünün organizasyon yapısına göre değişmektedir.

Ülkemizde, toplumun % 40'ı sosyal güvenlik sisteminin dışındadır. Yapılan sağlık harcamaları gayri safi ulusal gelirin % 3'ü dolayındadır. Bu durum, gelişmiş ülkelerin ortalamasının oldukça gerisindedir. Yapılan toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı kamu kesimince gerçekleştirilmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerinde ulaşılan sonuç, tür ve sayısal yönden istenilen durumda değildir.

ABSTRACT

Health services which are accepted to be an essential investment to human capital has always preserved its existence in public sector, due to the externalities it created. Especially policies, plans and organizations regarding health sector, and services related to basic health are left as a responsibility to governments.

Health expenditures rise at increasing ratios in all countries. They sometimes exceed the rate of increase in gross national incomes. The way health expenditures are financed varies according to the individual income level, political preferences and organizational structure of health sector in a country.

In our country 40 % of the society is out of the social safety system; and health expenditures done are about 3 % of the gross national income. This is far below the average of developed countries. About half of the total health expenditures are done by the public sector. Yet, the results reached in the health sector is inadequate in quality and quantity.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	VI
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASININ NİTELİKLERİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU HİZMETLERİ İÇİNDEKİ YERİ	3
1.1. SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİNİN BÖLÜNEBİLİRLİĞİ.....	4
1.2. SAĞLIK HİZMETİ TÜKETİMİNİN ÖZELLİKLERİ.....	7
2. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI.....	8
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ.....	9
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI.....	13
2.2.1. Sağlık Personeli.....	16
2.2.1.1. Türkiye’de Sağlık Personeli.....	19
2.2.2. Sağlık Üretim Birimleri.....	26
2.2.2.1. Türkiye’de Sağlık Üretim Birimleri.....	29

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU KESİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ, PLANLAMASI VE ÖRGÜTLENMESİ

1. KAMU EKONOMİSİNİN İÇİNDE SAĞLIĞIN YERİ.....	34
2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PLANLAMA.....	38
2.1. POLİTİKALAR VE PLANLAMA İLİŞKİSİ.....	39
2.2. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN PLANLAMA STRATEJİLERİ.....	41
2.3. TÜRKİYE' DE KALKINMA PLANLARI ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİ	46
3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTLENME VE YÖNETİM.....	50
3.1. MODERN YÖNETİM METODLARI.....	51
3.2. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE ULUSAL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ.....	56
3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTLENME.....	63
3.3.1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı	66
3.3.2. Sosyal Sigortalar Kurumu	69
3.3.3. Üniversiteler.....	70

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN MALİYETİ.....	72
1.1. SAĞLIĞIN DOLAYSIZ MALİYETLERİ	72
1.2. SAĞLIĞIN DOLAYLI MALİYETLERİ	73
2. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI.....	74
2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI	78

3. KAMU HARCAMALARI AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ	81
3.1. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ.....	82
3.2. KAMU HARCAMALARINA İLİŞKİN SINIFLANDIRMALAR	
ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYEDE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI	86
3.2.1. Türkiye’de Ele Alınan Dönemde Toplam Kamu Sağlık Harcamaları.	88
3.2.1.1. G.S.M.H. ve Toplam Kamu Sağlık Harcamaları İlişkisi..	93
3.2.1.2. Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlararası Dağılımı ve Gelişimi.....	96
3.2.2. Kamu Harcamalarının İşlevsel sınıflandırması.....	99
3.2.2.1. Ele Alınan Dönemde Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Hizmet Programları Temelinde Dağılımı.....	100
3.2.3. Kamu Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırması.....	108
3.2.3.1. Ele Alınan Dönemde Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırma Temelinde Dağılımı	109
SONUÇ	114
YARARLANILAN KAYNAKLAR	121
EK-1.....	131
EK-2.....	132
EK-3.....	133
EK-4.....	134
EK-5.....	135
EK-6.....	136
EK-7.....	137
EK-8.....	138
EK-9.....	139
EK-10.....	140

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
A.g.k.	: Adı geçen kaynak
ASC	: Kantonal Sağlık Otoriteleri
ASR	: Bölgesel Sağlık Otoriteleri
AT	: Avrupa Topluluğu
CCS	: Toplumsal Sağlık Kurulları
D.P.T.	: Devlet Plânlama Teşkilatı
D.S.Ö.	: Dünya Sağlık Örgütü
G.S.M.H.	: Gayri Safi Milli Hasıla
G.S.Y.İ.H.	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
INAM	: Ulusal Hastalık Sigortası Enstitüsü
K.İ.T.	: Kamu İktisadi Teşebbüsleri
M.G.	: Milli Gelir
M.S.B.	: Milli Savunma Bakanlığı
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmeti
O.D.T.Ü.	: Orta Doğu Teknik Üniversitesi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
O.M.S.	: Dünya Sağlık Örgütü
P.T.T.	: Posta Telgraf Telefon
R.G.	: Resmi Gazete
S.B.	: Sağlık Bakanlığı
Sağ-Kur	: Sağlık Sigortası Kurumu

SSYB.	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
S.S.K.	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.D.D.	: Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlık, tüm insanlık için temel bir hak ve dünya barışının ön koşullarından biri olarak kabul edilir.

Günümüzde, kişilere verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin en alt düzeyinin belirlenmesi ve bunun sağlanması için tüm dünyada büyük gayretler gösterilmektedir. Sağlık, gitgide daha önem verilen bir konu haline gelmiştir ve ekonomik, sosyal gelişmenin itici güçlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ancak sağlıklı ve eğitilmiş insanların oluşturduğu bir toplum, ilerlemiş toplum sayılabilir. Bu anlamda, sağlık hizmetleri gibi nüfusunun niteliğini ve verimliliğini artıran insan sermayesi yatırımlarının önemi, artık tartışma konusu olmaktan çıkmıştır. Bu konuda, kamu yönetimleri her zaman ve her yerde, dolaylı ya da dolaysız sorumluluklar taşımaktadır. Ancak, bugün bütün ülkelerde, sağlık sektöründe kamu yönetimlerinin sınırları ne olmalıdır, sorusu tartışılmaktadır. Sağlık sektöründe devletin rolünün ne olması gerektiği konusundaki tartışmalar, bazı çelişkilerden ileri gelmektedir. Birçok ülkede sağlık hizmetleri ve finansmanı kişisel olmaktan çok kamu hizmetleri faaliyetleri içinde önemli bir yer tutarken diğer yandan devletin rolü en aza indirilmiştir. En liberalist ülkelerde bile sağlık hizmetleri finansmanı kamu yönetimlerinin çözümlenmeye çalıştığı sorunlardan biri haline gelmiştir. Özellikle az gelişmiş ülkelerde mali kaynakların yetersiz olması, sağlığa ayrılacak kaynakların da sınırlı olmasına neden olmaktadır.

Ülkemizde, özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülke genelindeki dağılımı ve nitelikleri konusunda çeşitli tartışmalar yapılmakta, bu konudaki sorunlara çözüm getirecek yeni sistem arayışlarına gidilmektedir. Konunun, sağlık hizmetlerinin çağdaş insanı yaratan temel hizmetlerden biri olması nedeniyle önemi ile sağlık harcamaları ve bunların finansmanındaki kaynakların sınırlılığı gibi sorunlar bu çalışmayı da yönlendiren etkenler olmuştur.

Birinci bölümde, sağlık hizmetlerinin kamu hizmetleri içindeki yeri belirlenmiş ve sağlık hizmetleri piyasasının nitelikleri açıklanmıştır.

İkinci bölümde, kamu kesiminde sağlık hizmetlerinin önemi, bu doğrultuda belirlenen politikalar ve hazırlanan planlar ile sağlık sektöründe örgütlenme modelleri Türkiye örneği ilave edilerek ortaya konmuştur.

Son bölümde ise, çeşitli ülkelerden verilen örneklerin ardından, Türkiye’de 1973-1990 döneminde kamu kesiminde yapılan sağlık harcamaları analiz edilmiştir. Değerlendirmeler, önce toplam kamu sağlık harcamaları temelinde yapılmıştır. Daha sonra harcamaların kurumlara dağılımı incelenmiş, ardından hizmet programları ve ekonomik sınıflandırmaya göre harcamaların dağılımı yapılarak analiz edilmiş, belli sonuçlara ve değerlendirmelere gidilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASININ ÖZELLİKLERİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU HİZMETLERİ İÇİNDEKİ YERİ

Kamu kesiminde devlet ve diğer kamu tüzel kişilerinca üretilen mal ve hizmetler salt kamusal, yarı kamusal ve özel mal niteliğindeki kamusal mal ve hizmetler olarak nitelendirilmektedir.

Kamu hizmetlerine ilişkin tanımların hepsindeki ortak özellik yapılan hizmetin tüm toplumun tüketimine sunulması konusundadır. Salt kamusal hizmetlerin ekonomik özellikleri açısından başlıca iki niteliğe yer verilmektedir (¹).

- Tüketicilerin rakip olmamaları
- Tüketicilerin tüketimden dışlanmamaları.

Salt kamusal hizmetler yurt genelinde veya belirli bir bölge genelinde bölünmezlik gösterirler. Bu hizmetlerin kullanımında bireyler birbirlerine rakip değildirler. Ancak belirli bir kapasite noktasından sonra kullananların sayısının artması nedeniyle bazı salt kamusal hizmet türlerinde her tüketiciye düşen hizmet miktarı ve niteliği düşeceğinden rekabet ortaya çıkabilmektedir. Salt kamusal hizmetlerin bir diğer özelliği ise hizmetin yapıldığı alanda herkes ister istemez hizmetten yararlanmaktadır. Hizmet alanında bulunan bireylerin hiçbiri hizmetin tüketiminden mahrum bırakılamaz.

¹ Sinan SÖNMEZ, *Toplumsal Gereksinmeler Kaynak Dağılımı ve Pareto Optimumu*, Gazi Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1983, s.52.

Devletin ürettiği bir başka mal ve hizmet grubu ise piyasa koşullarına göre, tüketici talebi doğrultusunda, piyasa işletmeleriyle rekabet halinde giriştikleri piyasa üretim faaliyetleridir. Özel mal ve hizmet üreten işletmelerden farksız koşullarda gerçekleştirilen bu faaliyetleri siyasal talep değil, piyasa talebi düzenlemektedir. Bu işletmelerin mülkiyetlerinin devlete ait olmasının dışında özel piyasa işletmelerinden bir farkı yoktur⁽²⁾.

Sözü edilenlerin dışındaki bir kısım kamu hizmetlerinin yarattıkları dış faydaların büyük oluşu bunların kamu kesimine aktarılmasına neden olmuştur. Salt kamusal mal ve hizmet olmamalarına karşın kamusal özelliklerinin olması bu mal ve hizmet grubuna yarı kamusal veya karma mal ve hizmetler denmesine neden olmuştur.

Bu bölümde, çalışmanın konusu gereği, sağlık hizmetlerinin, sözü edilen hizmet türlerinden hangisine ilişkin olduğu çeşitli açılardan ortaya konmaya çalışılacaktır.

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DIŞSALLIĞI VE BÖLÜNEBİLİRLİĞİ

Bir faaliyet sonucu yaratılan mal ve hizmet bütün toplumun bireyelerine fayda sağlıyor ve bu fayda parçalanıp bölüştürülemiyorsa bu faaliyete bölünmez hizmet adı verilir⁽³⁾. Genellikle devletin temel işlevlerine ilişkin salt kamusal mal ve hizmetler bu niteliktedir.

Serbest piyasa ekonomisinin işleyiş kurallarına göre üretilen özel mal ve hizmetler ise bölünebilir özellikler gösterirler. Bu malların faydasından, sadece doğrudan tüketicisi yararlanmaktadır. Faydasının bölüştürülebilir özelliği nedeniyle bu mallar piyasada belirli bir fiyattan pazarlanabilirler. Bu tür mal ve hizmetlerde, piyasa ekonomisinin doğal işleyişi içinde kaynakların optimum dağılımı şu şekilde gerçekleşmektedir⁽⁴⁾:

² Kenan BULUTOĞLU, *Kamu Ekonomisine Giriş*, B.3, İstanbul, 1981, s.22.

³ Aykut HEREKMAN, *Kamu Maliyesi (Devlet Faaliyetleri ve Finansman Teknikleri)*, C.I, B.2, Ankara, 1988, s.43.

⁴ John DUE, *Maliye* (Çev: Sevim Görgün-İzzettin Önder), İstanbul Üniversitesi Yayını, Ya.No.1241,B 3, İstanbul, 1967, s.6.

- Her malın fiyatı marjinal üretim maliyetine eşitse
- Malların üretiminin topluma toplam maliyeti eğer o malı üreten firmanın maliyetleri olarak gözlüküyorsa
- Malların tüketimi yalnız onlara sahip olan kişilere fayda sağlıyor, diğler kimseleri faydalandırmıyorsa,

Bu koşullarda tüketici talep ettiği mal ve hizmetlerin marjinal faydalarını onların fiyatlarına oranlı kılacak şekilde harcamalarını dağıtacaktır.

Diğler yandan, bir takım mal ve hizmetler vardır ki ilk bakışta kamusal mal gibi göründükleri halde toplumdaki bazı bireyler sözkonusu faaliyetten daha fazla yarar sağlamaktadır. Yarı kamusal, yarı bölünebilir, karma veya yarı toplumsal adı verilen bu hizmetler bölünebilir dolayısıyla pazarlanabilir özelliklerine rağmen tamamen piyasaya bırakılmamaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin yarattıkları dış faydaların büyük oluşu kamu kesimine aktarılmasına neden olmuştur. Çünkü bazı mal ve hizmetlerin üretimi sonucu meydana gelen önlenmesi ve ölçülmesi dolayısıyla pazarlanabilmesi mümkün olmayan dış faydalar ve dış kayıplar (dışsallıklar), ya eksik ya da aşırı üretime sebep olurlar (5). Bu malların toplum açısından taşıdığı önem, toplumsal faydası veya yeterince üretilmezlerse yaratacakları toplumsal maliyetler, piyasa yanında devletin de üretimde bulunmasına neden olur. Bu bakımdan eğitim ve sağlık hizmetleri örnek olarak gösterilebilir (6).

Sağlık hizmetleri, özellikle tedaviye yönelik olanlar, ilk bakışta sadece hizmetten yararlananlara fayda sağlıyor görünmektedir. Gerçekten de belirli bir bedensel ya da ruhsal hastalığın tedavisinden doğrudan yararlananlar, hastalığın asıl sahipleridir. Bu anlamda, gerçekleştirilen hizmet bölünübeler özelliğe sahiptir. Ancak bir toplum içinde yaşayan hastaya yapılan sağlık hizmetinin dışsal etkileri vardır. Hastalığın tedavisinden doğan faydalar, veya tedavi edilmemesinden ileri gelen zararlar topluma yayılmaktadır.

5 Halil NADAROĞLU, **Kamu Maliyesi Teorisi**, B.2, İstanbul, 1976, s.30.

6 Abdurrahman AKDOĞAN, **Kamu Maliyesi**, Gazi Üniversitesi Yayınları, B.3, Ankara, 1989, s.46.

Toplumun diğer fertlerine yayılan dışsallıklar yönünden yapılan sağlık hizmeti bölünmez özellikler gösterir. Bu nedenle, meydana gelen dışsallıklar açısından hizmetin pazarlanma olanağı yoktur. Tamamen piyasaya bırakılması halinde sağlık hizmetlerinin eksik üretimiyle karşılaşılabilir. Bu sonuç özellikle bulaşıcı hastalıklar durumunda ortaya çıkmaktadır.

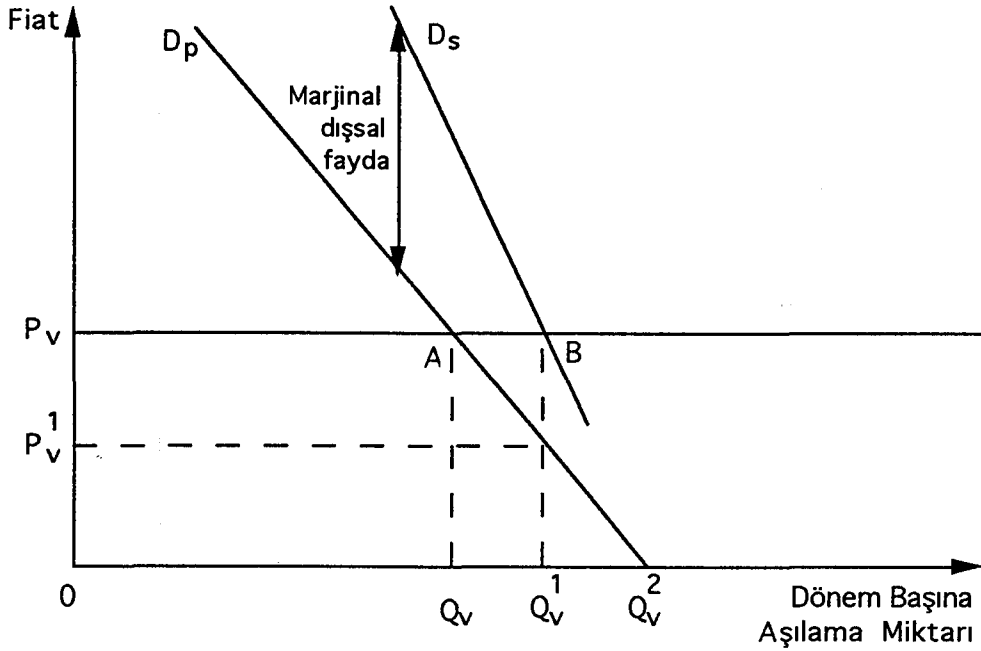
Şekil 1'de bulaşıcı bir hastalığa karşı yapılacak aşının dışsal faydaları görülmektedir⁽⁷⁾. Dp bireysel tüketicinin değerlendirmesi üzerine çizilmiş kişisel talep eğrisidir. Bulaşıcılığa karşı aşılamanın sabit fiyattan arzedildiği ve fiyatın marjinal maliyete eşit olduğu varsayılmıştır. Kişisel piyasada denge A'da kurulur. Ancak bu miktar optimalin altındadır. Çünkü tüketici aşılamanın başkalarına sağlayacağı faydayı ihmal etmektedir. Optimal olan:

(max.) Sosyal Fayda = Kişisel Fayda + Dışsal Ekonomidir. Bu bize Ds sosyal değerlendirmeye dayan talep eğrisini verir. Dp ve Ds arasındaki düşey uzaklık, her aşılama miktarında ortaya çıkan marjinal dışsal faydaya eşittir. Sosyal optimum B'de ortaya çıkmaktadır ki, burada marjinal sosyal faydanın değeri marjinal maliyete eşittir. MSF = MM olduğu noktada bireylerin sübvansiyone edilen Pv' fiyatından aşılama gerekir.

Devlet bu tür hizmetlere yarattığı sosyal fayda nedeniyle daha fazla kaynak tahsis etmek isteyecektir. Şüphesiz hizmetten ilk yararlanan kişi özel bir fayda sağlamaktadır. Ancak bireylerin sağlıklı olmalarıyla toplumun sağlıklı olması arasında bazı durumlarda sıkı bir ilişki vardır. Bulaşıcı bir hastalığın tedavisi toplumun diğer bireyelerine bulaşmasını önler. Yaratılan dış fayda hastalığın bulaşıcılık derecesine göre gittikçe artar. Tüm topluma dağılan bu fayda bölünmez bir özellik göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kategorisine giren çevre sağlığına ilişkin faaliyetlerde ise yarar gören bütün bir toplumdur.

⁷ Güneri AKALIN, **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ya.No.486, Ankara, 1981, s.208.

Şekil 1- Aşılamanın Dışsal Faydası



1.2. SAĞLIK HİZMETİ TÜKETİMİNİN ÖZELLİKLERİ

Salt toplumsal mallarda hizmetin sunulduğu belirli bir grubu oluşturan bireylerden hiçbirinin tüketimden dışlanamayacağı ileri sürülmektedir. Bu nedenle, toplumsal mal ve hizmetten yararlanma karşılığının fiyat olarak tüketiciye ödettirilmesi sorun yaratmaktadır⁽⁸⁾. Buna karşılık salt özel mallarda tüketiciler birbirlerine her koşulda rakiptirler. Birinin tükettiği bir mal veya hizmetin diğerine sağladığı bir fayda yoktur. Ancak, eğer bir mal veya hizmetin özel tüketicisinin elde ettiği fayda dışında çevreye yayılan faydalar bulunuyorsa tüketicilerin mutlak rekabeti yok demektir. Başka tüketiciler bu saçılan faydaları paylaşabilirler. Bununla beraber tüketicinin kullandığı mal ile saçılan fayda ayrı nitelikte ise gene esas mal bakımından tüketicilerin rekabeti mutlaktır. Örneğin, ilaç mutlak rakip maldır, buna karşılık kullanana sağladığı tedavi faydası, bulaşmadan korunma yoluyla topluma fayda sağlar. Toplum üyeleri saçılan bu faydadan birbirlerine

8 SÖNMEZ, A.g.k., s.57.

rakip olmadan yararlanırlar (9).

Hizmet tüketiminde, tüketicilerin dışarıda tutulamaması veya rakip olamaması açısından düşünüldüğünde, sağlık alanında salt toplumsal mallara örnek toplum sağlığı hizmetleridir. Örneğin, sıtma ile savaş bir ödeme olmaksızın herkese bedava fayda sağlar(10). Bu durumda, tüketimden dışlanabilirlik açısından sağlık hizmetleri, tedavi edici ve koruyucu hizmetler olarak iki ana grupta incelendiğinde salt kamusal ve salt özel mallar arasında, karma bir nitelik göstermektedir. Tedavi hizmetinin özel tüketicisinin sağladığı faydanın dışındaki topluma yayılan faydaların tüketiminde bireylerin dışlanması olanağı yoktur. Aynı zamanda özellikle yaşanan çevrede gerçekleştirilen koruyucu hizmetlerin tüketicileri birbirlerine rakip değildirler.

Sonuç olarak, ülkelerin ekonomik sistemleri ne olursa olsun sağlık hizmeti kamusal olma özelliğini göstermiştir. Bir çok çalışmada, sağlığın ayrıca incelenmesinin nedeni, farklı bir mal olmasından, piyasa mekanizmasının üretim ve dağıtım tekniklerine uygun olmamasındandır. Bu nedenle sağlık hizmeti bir çok yönüyle kamu malı olarak düşünülmüştür.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASININ ÖZELLİKLERİ

Çağdaş insanı yaratan temel hizmetlerden birisi sağlıktır. Günümüzde ancak sağlıklı ve eğitilmiş insanların oluşturdukları bir toplum ilerlemiş toplum sayılabilir. Bütün dünyada sağlık gitgide daha önem verilen bir konu haline gelmekte ve ekonomik, sosyal gelişmenin itici güçlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ancak, sürekli olarak artan ihtiyaçlara ve talebe karşın sağlık alanındaki kaynaklar sınırlıdır. Bu durumda sağlığın ve hastalıkların ekonomik yanı giderek önem kazanmaktadır.

Önceleri hastalara yapılan hizmetler bir yardım, bir hayır işi gibi kabul ediliyordu. Buradaki hizmet kavramının tanımı açık değildi ve ekonominin dışında idi. Daha sonra hastalara yapılan yardım sigorta kavramının içinde düşünölmeye başlandı. Tıp dünyası

9 BULUTOĞLU, A.g.k., s.58.

10 AKALIN, A.g.k., s.210.

ekonomik problemlerle hiç ilgilenmiyordu. Hasta-doktor ilişkisi sanki kutsal bir karakter taşıyordu veya tıbbın bir sanat olduğu fikri yaygındı. Bu sanatın icrasına müdahalenin uygun olmayacağı düşünülüyordu. Ekonomistler, iyi bir sağlığın ancak iyi bir ekonominin ayrıca gerçekleştirebileceği bir olgu olduğunu ifade etmekteydi. Buna karşılık tıpcılar ise mümkün olan en iyi sağlığa ulaşmakla, ayrıca iyi bir ekonomiye ulaşılacağını iddia ediyorlardı (11).

1970'li yıllarda sağlık hizmetleri piyasasını inceleyen çalışmalar artmıştır. Bu araştırmaların artmasına neden olan faktörleri şöyle sıralayabiliriz (12).

- İkinci Dünya Savaşından sonra sağlık hizmetleri harcamaları artmıştır. Giderek gayri safi milli hasılanın ve kişisel tüketim harcamalarının önemli kısmını oluşturmuştur.
- Finansman olanakları ne olursa olsun bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları konusunda görüş birliğine varılmıştır.
- Sağlık ekonomisi piyasa sisteminden büyük ölçüde ayrılmıştır. Ülkedeki diğer sistemler rekabet kurallarına göre çalışsa da sağlık konusunda giderek artan maliyetler rekabetin katı sürecine konu olamaz. Çünkü bu sektörün ürünleri yaşamın sürdürülmesinin bir zorunluluğudur.

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici davranışları, serbest rekabet piyasasındaki tüketicilerin davranışlarına benzer biçimlerde gelişmemektedir. Tüketicilerin talep ettikleri hizmetin türünü ve miktarını kendi kendilerine belirlemeleri her zaman mümkün değildir.

Sağlık hizmetleri talebinin özelliklerine geçmeden önce ihtiyaç, istek ve talep kavramlarının üzerinde durmak gerekir. Bütün tüketim faaliyetlerinin temelinde üç

11 Marie-Martine SALORT, *La Santé*, Hatier, Paris, 1977, s.18.

12 Kong-Kyun RO, "Health Care Economics: An Overview", *Economics In Health Care*, (Levis E. Weeks and Howard J. Berman (ed.)), 1977, s.1.

bileşenden ileri gelen bir ihtiyaç bulunmaktadır (13). İhtiyaçlar, bir yokluktan; bir istekten (ihtiyaçtan doğan) veya bir itkidenden (pulsion (ancak bir etkinlikle sona eren ya da hafifleyen fizyolojik ya da ruhsal gerginlik)(14)). İleri gelebilir. Sağlık isteği, sağlığın ve hastalığın zihinlerde nasıl tasarlandığına bağlıdır. Yani bir imajinasyon ürünüdür. Bunu bir örnekle açıklamaya çalışırsak, kişiler için örneğin, bir otomobile sahip olmak bir ulaşım aracına sahip olmaktan çok serbestçe hareket edebilme, dolayısıyla bir özgürlük ve güce kavuşmak olarak algılanabilir. Aynı şekilde sağlık kişilerin kafasında sadece hastalıklardan kurtulmak anlamında değil, sağlıklı olmanın getireceği daha iyi, rahat yaşam koşullarına ulaşmak olarak algılanabilir, buna bağlı olarak sağlık isteği ortaya çıkabilir. Sağlık ihtiyacının bir yokluktan ileri gelmesi ise daha kolay açıklanabilir bir olgudur. Toplumlar bütün yoklukları ortadan kaldırma eğilimine girmişlerdir. Ancak, ne tamamiyle sağlıklı insanı ne de ölümsüzlüğü yaratamamışlardır, sağlıklı olma itkisi ölümsüzlüğe doğru gitmektedir (15).

Sağlık hizmetlerinin amacı, ihtiyaç ortaya çıktığı anda gereken hizmeti yerine getirebilmektir. Bu durumda, sağlık ihtiyacı nedir? Sorusuna cevap verebilmek için öncelikle sosyal ihtiyaç tanımı yapılmalıdır. Sosyal ihtiyaç: Toplumun elde edebileceği ve toplumdaki bireylerin çoğunun sağlanması gerektiğine inandıkları bir şeyden yoksun olma duygusudur(16). Fakat bireyler çoğu zaman sağlıklarını tehdit eden durumlardan haberdar değildirler. Tıbbi ihtiyaçların miktarının belirlenmesinde tıbbi bilgi düzeyinin rolü vardır. Bu tıbbi bilgi düzeyinin var olması varsayımında ise, tedavi edilebilecek, engellenebilecek ve hafifletilecek bedensel ve ruhsal istenmeyen durumların görülme sıklığı tıbbi ihtiyaçların miktarını belirlemektedir. Bir hizmetin ihtiyaçlarla uyumlu hale gelebilmesi için iki aşamadan geçmesi gerekir. Öncelikle ihtiyaçlar talepler doğrultusunda tanımlanmalı, ardından hizmet talepleri yeterince karşılayabilecek biçimde

13 P.Etienne BARRAL, *Economie de la Santé: Faits et Chiffres*, Paris, 1978, s.143.

14 Tahsin SARAÇ, *Büyük Fransızca-Türkçe Sözlük*, B.1, İstanbul, 1985, s.1133.

15 BARRAL, A.g.k., s.137.

16 R.G.S. BROWN, *The Changing National Health Service*, London and Boston, 1973, s.14.

geliştirilmelidir⁽¹⁷⁾. Ancak, gerçek ihtiyaçlarla fiili talep her zaman uyum içinde değildir. Örneğin, çürük dişinden dolayı ağrı çeken kişi bu durumunu kabullenmişse ihtiyaç talep haline dönüşmemiş demektir. Dış hizmetlerini kullanım sıklığı, iyi eğitim görmüş kişiler arasında daha yaygındır. Ayrıca, yerleşmiş bazı davranış biçimleri ihtiyaçların talep olarak gösterilmesini engellemektedir. Örneğin, yaşlı insanlar çaresi bulunabilir şikayetlerine bile tahammül ederler. Çünkü onların tıbbi tedaviden bekledikleri çağımızın tıp biliminin ulaştığı düzeyin daha altındadır. Diğer yandan, sağlık hizmetlerine olan bazı talepler sağlık ihtiyacını ifade etmeyebilir. Çünkü bazen doktorlar sigortalıların rutin işlemleri veya hastalık hastalarıyla uğraşmaktadırlar.

İhtiyaçlar talep haline dönüştükleri zaman bile karşılanamayabilir. Karşılanan taleplerin seviyesi kaynakların yeterliliğine, hizmetin organizasyon biçimine bağlıdır. İhtiyaçların karşılanma düzeyi de talep seviyesini etkiler. Yeni bir hastane veya hastane bölümünün açılması daha önce yapılmayan talepleri ortaya çıkarabilir.

Kişilerin eğitim ve gelir düzeyleri, sağlık kurumlarının yaşanılan çevrede bulunma sıklığı sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Ancak bu hizmet türünün talebi diğer mallarda olduğu gibi düzenli değildir. Sadece hastalık hallerinde (kesikli) ortaya çıkar⁽¹⁸⁾. İnsanların ne zaman ve ne düzeyde hastalanacaklarını önceden tahmin etme olanağının sınırlılığı tedavi hizmetlerinde planlama yapmayı kısıtlayıcı rol oynar.

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği ikame edilemez olmalarıdır. Kişiler, bir sağlık personelinin verebileceği hizmeti bir başka piyasanın sağlayacağı hizmet ile ikame edemezler⁽¹⁹⁾. Buna bağlı olarak fiyat değişimleri karşısında tüketicilerin talep edecekleri hizmet miktarında ayarlama yapma olanakları yoktur. Bu durum ifade edildiği gibi, sağlık hizmetlerinin başka hizmetlerle ikame edilememesinin yarattığı bir sonuçtur. Fiyatların yükselmesi ile hizmete olan talebin azalması, fiyatların düşmesi ile talebin artması gibi piyasaya özgü işleyiş sağlık hizmetlerinin doğasına uygun düşmemektedir.

17 BROWN, A.g.k., s.15.

18 Kenan MORTAN-Tandoğan TOKGÖZ, **Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**, Ankara, 1984, s.11.

19 Erdinç TOKGÖZ, "Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme", **Hacettepe Üniversitesi İdari Bilimler Dergisi**, C.I, S.2 (Haziran, 1979), s.5.

Bütün bu sayılanların dışında sağlık hizmeti talebini belirleyen faktörler olarak ayrıca şunları sıralayabiliriz (20): Hastaların aldığı randevu saatinin kendileri açısından uygunluğu, bu randevuların sağlanabilmesi, hizmeti bekleme zamanı, karşılaşılan davranışların nezaket derecesi.

Son olarak, sağlık hizmetleri talebini belirlemek amacıyla Fransa'da yapılan anketleri aktarmak fikir verici olabilir. Ankette, "Sizin için mutluluk herşeyden önce neye bağlıdır?" sorusu sorulmuştur. Verilen cevapların oransal sıralaması şöyle olmuştur:

Sağlığa	47
Sevgiye	18
Dostluğa	11
Adil ve uyumlu bir toplum içinde yaşamaya	11
Güvenliğe	5
Mesleki başarıya	4
Zenginliğe	.1
Fikirsiz	3
	= 100 %

Kaynak: SALORT, A.g.k., s.12'den Enquete Le Nouvel Observateur-SOFRES, "Les Français et Le Bonheur", 3 au 9 Septembre 1973.

Diğer ankette ise, "Belirli bir kaynakla, 1 km. otoban, üç kreş, yirmi sınıf, elli hastane yatağı veya kanser üzerine araştırma yapacak bir ekibin finansmanı yapılacak olsa hangisini seçersiniz?" sorusu sorulmuştur.

Verilen cevaplar:

Otoban	1
Kreşler	7

20 WHO, **Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues**, Geneva, 1978, s.60.

Okul sınıfı	9
Hastane yatağı	30
Kanser araştırma ekibi	52
Bilmiyor	1.

=100% Şeklinde olmuştur.

Kaynak: SALORT, A.g.k., S.13'den Le Nouvel Observateur, 16 Decembre, 1974.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

Öncelikle, çalışmanın birçok yerinde yinelenen "Sağlık" tanımını Dünya Sağlık Örgütünün kabul ettiği doğrultuda belirtmek gerekmektedir. Sağlık, sadece bir hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, aklen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde bulunmaktır (21). "Toplum Sağlığı" ise, hastalıklardan korunmayı, hayatı uzatmayı, beden sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını, organize edilmiş toplum faaliyetleri sonunda çevre sağlık şartlarını düzelterek, fertlere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken teşhis ve koruyucu tedavisini mümkün kılacak sağlık teşkilatını kurarak, toplumsal faaliyetleri her ferde sağlığını idame ettirebilecek bir hayat seviyesi temin edecek şekilde gerçekleştirerek imkan dahiline getiren bir bilim ve sanattır (22) diye tanımlanmıştır.

Bu tanımlar doğrultusunda, insan ve toplum sağlığı yönünden gerçekleştirilen faaliyetleri iki ana kısımda düşünebiliriz (23);

- Kişilere ilişkin tanı ve tedaviyi amaçlayan mal ve hizmetlerin bütünü
- Koruyuculuğa yönelik mal ve hizmetler

-
- 21 Nevres BAYKAN-Celal SUNGUR-Yaşar BİLGİN, **Toplum Hekimliği**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, Ya.No.379, Ankara, 1979, s.7.
- 22 Nusret FİŞEK, **Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1969, s.9.
- 23 Georges ROSCH et la Division d'Economie Medicale du Credoc, **Elements de Economique Medicale**, Paris, 1973, s.112.

Koruyucu hekimlik, kişilerde hastalık çıkmasını veya birinden diğerine geçmesini önlemeye yarayan bilgilerin uygulama alanına konması ve bunun için gerekli metod ve yöntemlerin araştırılmasıdır (24). Konuyla ilgili tanımlamaların bulunduğu kaynaklar incelendiğinde, koruyucu sağlık, temel sağlık, halk sağlığı veya birinci derece sağlık hizmeti gibi kavramların çoğu zaman içiçe girdiği veya birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Meselenin diğer yanı ise sağlığa ilişkin faaliyetlerin ayırddilmesi güçlüğüdür. Ekonomik faaliyetlerin çoğu insan veya toplum sağlığını ilgilendirebilir. Örneğin, giyim, barınma, çalışma programı gibi etkenleri de sağlıkla ilişkilendirmek mümkündür.

Günümüzde, sağlık hizmetleri piyasasında, yataklı sağlık kurumlarınca yerine getirilen tedavi hizmetleri faaliyetlerini ikinci planda kaldığı gözlenmektedir. Tedavi hizmetlerine büyük fonların ayrılmış olmasına karşın, salgın hastalıkların ve çocuk ölümlerinin önüne geçilememiştir. Bu nedenle, koruyucu sağlık ve ilk basamak hekimliği olarak adlandırılan uygulama alanı ortaya çıkmıştır (25). Dünya Sağlık Örgütü (WHO veya O.M.S.) ve UNICEF 1978 yılında Alma-Ata'da ortaklaşa olarak "Uluslararası Temel sağlık Hizmetleri Konferansı" düzenlemiştir. Ardından, 1979 yılında, 32. Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu 32.30 sayılı kararıyla, "2000 yılında herkes için sağlık" konulu Genel Planı ortaya atmıştır (26).

Alma-Ata'daki konferansın sonuç belgesinde "Hükümetler Halkın Sağlığından sorumludur. Hükümetlerin temel sosyal hedefi, insanların sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilmelerine olanak sağlayacak koşulların sağlanması olmalıdır" saptaması temel hedef olarak gösterilmiştir (27).

24 BAYKAN ve Diğerleri, A.g.k., s.8.

25 Fazıl TEKİN, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı Sorunu", III. Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Gebze, 1987, s.46.

26 Dünya Sağlık Örgütü, 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1982, s.8.

27 Türk Eczacılar Birliği, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı, Türk Eczacılar Birliği Yayınları, Ankara, 1987, s.1.

Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri nitelikleri gereği daha çok kamu tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerle toplumda hastalanma olasılığının azaltılması amaçlanmıştır.

Bir ülkede sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin başarılı olabilmesi için halk desteğine de ihtiyaç vardır. Kişiler gerektiği zaman yaşam birimlerini, çevrelerini değiştirmeye istekli olmalıdırlar. Ayrıca kaynakların dengeli dağılımı, sağlık hizmetleri arzı bakımından belirlenen hedeflere ulaşmada etkili bir rol oynar. Burada kaynakların dengeli dağılımı ihtiyaca göre hizmet sunmak anlamında kullanılmaktadır. Örneğin, bir hastanın tedavi olabilmesi için eğer ayakta tedavi yeterli ise bu hastanın hastaneye yatırılması kaynak israfına neden olur veya pratisyen hekimin hizmeti yeterliyse uzman hekimin hizmetine gerek yoktur.

Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde kamu otoriteleri etkili olmaktadır. Fiyat sağlık hizmetleri piyasasında dengeleme görevini yapmaz. Çünkü kamu, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşacak fiyatı denetim altında tutar. Ayrıca, düşük gelir sahibi kişilere hizmet sunmak için kamu doğrudan piyasaya girer (28) Sağlık hizmetleri üretiminin diğer mal ve hizmet piyasalarından farklı olarak bir diğer özelliği, sürekli değişen ileri teknolojinin etkisi altında olmasıdır. Bu son derece hızlı bilimsel ve teknik ilerlemenin nedenleri şöyle sıralanabilir (29):

- Yüksek kalite ve güvenilirlikteki materyel kullanmanın gerekliliği, personelin giderek daha nitelikli, uzmanlaşmış ve çok sayıda olmasının zorunluluğu
- Ulusal sağlık harcamalarının çok hızlı bir tempoyla artması
- Nitelikli tıbbi bakımın giderek daha önem verilen bir konu olması. Hataların ve yetersizliklerin ölümlere veya sakatlıklara yol açmasının kişilerce daha az katlanılabilir bir hale gelmesi.

Çağımızda, toplumsal ve ekonomik gelişmenin önemli faktörlerinden biri olduğu kabul edilen insan sağlığı, giderek ülkelerin ulusal gelirlerinden ve kamu bütçelerinden

28 Erdinç TOKGÖZ, "Sosyal Gelişmede Sağlık", II. Türkiye İktisat Kongresi, DPT Yayınları, C.III, İzmir, 1981, s.502.

29 RÖSCH et..., A.g.k., s.45.

daha büyük paylarda harcama yapılmasına neden olmaktadır. Sağlıklı yaşamının kişiler için bir hak olduğunun kabul edilmesi, bu hizmet türünün arzının tamamıyla piyasaya bırakılmaması, kamu otoritelerinin her zaman doğrudan veya düzenleyici rolünü gerektirmiştir. Alternatifinin hastalık, sakatlık veya ölüm olması, kişilerin ve toplumların konuya daha hassas yaklaşımlarına neden olmuştur. Bu durum en ileri bilimsel ve teknik gelişmelerin uygulanmasını, nitelikli personel kullanımını gerektirmiştir. Sağlık hizmetleri arzının, düzeyini, miktarını, kalitesini ve dağılımını belirleyen iki temel faktör vardır. Bunlar, sağlık personeli ve sağlık üretim birimleridir.

2.2.1. Sağlık Personeli

Sağlık hizmetleri organizasyonunun düğüm problemini sağlık personelinin etkinliği oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bir yüzyılı aşkın süredir "Personel Professionnel" olarak adlandırılan sağlık personeli şu şekilde sıralanmaktadır (³⁰): Tıp doktoru, diş doktoru, eczacı, hemşire, hasta bakıcı, halk sağlığı uzmanı, sağlık teknisyeni (le technicien sanitaire), sağlık mühendisi (Besin maddelerinin kontrolü de sanitasyon* anlamının içine girmiş ve hepsi birden sağlık mühendisliği diye bir ihtisas dalının hizmetine bırakılmıştır.), laboratuvar tesnisyeni.

Her meslek kategorisi yardımcı bir meslek kategorisiyle uyum içinde çalışmalıdır. Yukarıda sayılan her mesleki kategorinin yardımcı kategorisi şunlardır (³¹): Tıbbi asistan, yardımcı hasta bakıcı, yardımcı hemşire, yardımcı toplum sağlığıcısı, yardımcı çevre sağlığıcısı gibi.

* Su tesisleri, kanalizasyon tesisleri, sağlık koşullarına uygun meskenle kurmak, böcekler ve kemiricilerle savaşmak teknik bir anlatımla sanitasyon adını taşımaktadır.

³⁰ Eugène AUJALEU, "La Formation des personnels de Santé Dans les Pays du Tiers Monde en Afrique", *Revue Tiers-Monde. Politiques et Planifications de la Santé*, Tome XIV, No.53 (Janviers-Mars, 1973), s.68.

³¹ AUJALEU, A.g.k., s.69.

Sorun, yardımcı personelin rolünün tanımlanmasında ortaya çıkmaktadır. Yardımcı personel, mesleki personelin yakınında, doğrudan gözetimi altında mı çalışacaktır? Ya da tam tersi, bazı alanlarda veya hizmetlerde mesleki personelin yerine mi geçecektir? Çoğu zaman bir meslek kategorisi için birkaç yardımcı meslek grubu vardır. Bu durum, yardımcılardan teorik kapasitesine giren faaliyetlerin üst üste binmesine neden olmaktadır. Yani, pratikte çoğunlukla aynı işi yapabilmektedirler.

Kamu otoriteleri, sağlık hizmetleri organizasyonunun düğüm problemini oluşturan sağlık personelinin mevcut durumunu bilmelidirler. Mümkün olduğunca, mesleki personelin ve yardımcı personelin arz ve talebini belirleyen faktörleri ortaya çıkarmalıdır. Bu amaçla, sağlık personeli talebini yeterli bir biçimde belirleyen, fiili durumu ve gereken mesleki kategorileri tahmin eden, hesaplayan bir metod seçmelidirler. Gelecek toplumlara ilişkin tahminler yapılırken, günümüzdeki kaynakların oranları hesaba katılmalı veya bizzat mesleki sözcülerin tahminlerine başvurulmalıdır. Gelecekte sağlık personeline ilişkin olarak ortaya çıkabilecek sorunları belirlemeye çalışırken toplumun yapısı; yaşlara, cinslere, bölgelere göre dağılımı; sağlık çalışanlarının verimliliği; sigortalılara yapılan ödenekler gibi değişkenleri hesaba katmak gerekir⁽³²⁾.

Birçok gelişmiş veya gelişmekte olan ülkede sağlık personeline ilişkin problemler şöyle sıralanabilir⁽³³⁾:

- Sağlık personelinin arz ve talebi değişik kurumlarca belirlendiğinde, var olan ve kullanılabilir personelin mevcut durumu kesin bir şekilde nasıl tahmin edilecektir?
- Ortaya çıkan kıtlığa ve fazlalığa nasıl engel olunabilir?

³² O.M.S., *L'Economie Sanitaire*, Rapport Sur Un Seminaire Moscou, (25 Juin-5 Juillet, 1968), Copenhague, s.12.

³³ O.M.S., *L'Economie Sanitaire*, A.g.k., s.552.

- Sağlık alışanlarının istediği dağılım ve gerekli olan dağılım nasıl ngrlecektir?
- Yeterli sayıda sağlık çalışanı nasıl elde tutulabilir veya başka alanlardan çekilebilir?
- Bilgilerin eskimesinin önüne nasıl geçilebilir?
- Personel hareketliliğini ve dengesini sağlamak için kariyerlere göre terfiler nasıl organize edilecektir?
- Tahmin edilebilir veya edilemez talep alkantılarında sağlık personelinin çeşitlendirilmesi ve yer değiştirmesi nasıl sağlanır?

Sağlık hizmetleri piyasasına giriş serbest değildir. Doktorluk, dişçilik, hemşirelik gibi mesleklerin yürütülebilmesi için çoğunlukla kamu kesiminde sunulan bir eğitimden geçmek gerekir. Ayrıca adı geçen mesleklerin yürütülebilmesi izne bağlanarak kamu denetimine alınmıştır.

Ülkelerarası sosyo-ekonomik karşılaştırmalar yapılırken genellikle belirli bir nüfusa düşen doktor sayısı hesaplamaları yapılır. Tablo - 1'de görüldüğü gibi, gelişmiş ülkelerde 1.000 kişiye düşen doktor sayısı, Türkiye'nin 3 veya 4 katı daha fazladır. Ancak İngiltere bu konuda bir istisna göstermektedir.

Tablo 1- Bin Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı

ÜLKELER	YILLAR	1000 kişiyeye düşen doktor sayısı
BELÇİKA	1984	2.8
DANİMARKA	1984	2.5
FRANSA	1982	2.1
F. ALMANYA	1984	2.5
YUNANİSTAN	1983	2.8
İRLANDA	1982	1.3
İTALYA	1982	3.6
LÜKSEMBURG	1984	1.7
HOLLANDA	1984	2.2
PORTEKİZ	1982	1.8
İSPANYA	1985	3.3
İNGİLTERE	1983	0.5
TÜRKİYE	1985	0.7

Kaynak: Türkiye Ticaret, Sanayi, Deniz Ticaret Odaları Ve Ticaret Borsaları Birliği, Türkiye ve AT Ülkelerinin Sosyo-Ekonomik Verilerle Karşılaştırılması, Ankara, 1989, s.68'den OECD Economic Survey, 87/88 Ülke Raporları.

İngiltere'de merkezi nitelikteki sağlık hizmetleri bundan 40 yıl önce başlatılan "Ulusal Sağlık Hizmeti" uygulamasıyla herkese bedava hizmet sunmaktadır. Sistem içinde çalışan doktor ve hemşirelerin sayıca az olmaları, yetersiz ücretler yüzünden bu görevlere daha çok yabancıların talip olmaları sistemin aksayan yanlarından biri olarak kabul edilmektedir⁽³⁴⁾.

2.2.1.1. Türkiye'de Sağlık Personeli

Türkiye'de sağlık insangücü yetiştiren kurumlar; tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, eczacılık fakülteleri, sağlık meslek liseleri, sağlık kolejleri, sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları, sağlık idaresi yüksek okulu, sağlık teknolojisi yüksek okulu, sağlık eğitim enstitüsü ve hemşirelik yüksek okullarıdır.

34 Cumhuriyet Gazetesi, 9 Şubat, 1989.

Personel, bir sağlık sisteminin temel unsurudur. Personel yokluğu veya gereken becerilere sahip personel yokluğu en iyi Şekilde belirlenmiş politikaların ve planların bile hedeflerini gerŐekleŐtirmede engelleyici olur.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a göre sağlık personelinin tanımı Őöyledir (35): Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve sözleşme ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetiŐmiŐ olanlardır. DPT'nin bünyesindeki insangücü dairesi bütün ekonomik ve sosyal sektörler iÇin insangücü arz ve talep tahminlerinden sorumludur.

Türkiye'de medikal insangücü konusunda yapılan bir araştırmaya göre Şu sorunlar saptanmıştır (36):

- Özellikle kamu hizmetindeki hekimler az maaş almaktadır.
- Hekimlerin büyük bölümü Ő büyük Şehir olan Ankara, İstanbul ve İzmir' de toplanmıştır.
- Uzman-Pratisyen oranı dengesizdir.
- Halk sağlığı popüler bir uzmanlık dalı değildir.
- Klinisyenler kırsal alanda ŐalıŐmaktan Çekinmektedir.

Tablo -2' de, Türkiye'de illere göre hekim başına düşen nüfus sayısı verilmiştir. Görüldüğü gibi, büyük dengesizlikler vardır. En iyi hizmet potansiyeline sahip ilimiz Ankara, nüfus başına hekim sayısının en alt düzeyde olduğu ilimiz ise Muş'tur. Hekim başına düşen nüfus aÇısından en olumsuz durumda olan illerimiz Muş'dan sonra Van, Ağrı, Bingl gibi Doğu Anadolu Yöremizde bulunan illerdir. Bu durum, az gelişmiş bölgelerimizde sağlık personeline daha fazla ihtiyaÇ duyulmasına karşın, mevcut durumun tam tersine olduğunu ortaya koymaktadır. Buna rağmen, 1981 yılında yürürlüğe giren

35 RG., T.12.1.1961, S.1075.

36 D.P.T., Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü, Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1989, s.263'den TAYLOR, Türkiye'de Medikal İnsangücü Planlaması: Uluslararası Bir Araştırma ŐalıŐması, 1968.

“Sağlık Personeline Zorunlu Hizmet Kanunu” uygulaması hekim sayısı açısından oldukça olumlu gelişmeler yaratmıştır.

TABLO 2- İllere Göre Hekim Başına Düşen Nüfus Sayısı

İLLER	1980	1981	1985	1986	1987
ADANA	1912	1918	1591	1620	1802
ADIYAMAN	9426	8824	5318	4044	4074
AFYON	5377	5812	3492	3374	3697
AĞRI	9684	9949	5264	5176	5781
AMASYA	6439	6046	3228	3286	3150
ANKARA	487	479	509	533	527
ANTALYA	2255	2438	2025	1584	1595
ARTVİN	4164	4311	2115	2243	2048
AYDIN	3049	3189	2136	2659	2475
BALIKESİR	3662	3694	2188	2072	2360
BİLECİK	3973	3838	2332	2473	2553
BİNGÖL	7623	8258	4026	3997	5608
BİTLİS	6290	6487	5278	6993	5171
BOLU	3145	3391	1898	2466	2078
BURDUR	2527	2610	2480	2384	2324
BURSA	2019	1903	1479	1341	1228
ÇANAKKALE	3955	3813	2330	2118	2791
ÇANKIRI	3661	3891	2640	3159	3183
ÇORUM	7119	5993	3817	3453	3658
DENİZLİ	4279	4398	2041	2404	2430
DİYARBAKIR	2830	3494	2670	2181	1983
EDİRNE	2112	2288	1116	1024	1319
ELAZIĞ	2999	3140	2829	3048	2097
ERZİNCAN	3283	3247	2912	3031	3165
ERZURUM	1887	2178	1672	1677	1467
ESKİŞEHİR	1563	1567	1263	1245	1017
GAZİANTEP	5086	4930	2692	2543	2779
GİRESUN	5784	5209	3393	3375	4336
GÜMÜŞHANE	7644	7286	4235	3482	3201
HAKKARİ	5361	5179	5073	4674	4680
HATAY	4177	4149	2358	3798	3472
ISPARTA	2466	2621	1953	1931	2003
İÇEL	3854	3342	2433	2547	2761
İSTANBUL	582	559	550	570	532
İZMİR	626	644	669	585	604
KARS	7145	7340	4881	5467	4764
KASTAMONU	4596	4459	2982	2467	2291
KAYSERİ	2410	2394	1704	1312	1785
KIRKLARELİ	3374	3288	2107	2011	2546
KİRŞEHİR	5344	5959	3134	3063	3301
KOCAELİ	2762	2872	2719	2604	2399
KONYA	5388	4914	2450	2413	2425
KÜTAHYA	3207	3012	2860	2870	2746
MALATYA	5518	5240	3432	3411	3733
MANİSA	4984	5799	2483	2321	2386

TABLO 2-A İllere Göre Hekim Başına Düşen Nüfus Sayısı

İLLER	1980	1981	1985	1986	1987
K.MARAŞ	7236	7014	4568	4734	4733
MARDİN	8308	7178	5175	5414	4670
MUĞLA	3130	3523	2283	2364	2151
MUŞ	10428	9671	6062	7677	6076
NEVŞEHİR	4212	4661	2867	3275	3042
NİĞDE	6565	6952	4090	3424	4775
ORDU	8494	6458	3877	3961	4100
RİZE	3345	2958	2462	2326	2776
SAKARYA	2771	2761	2452	2709	3902
SAMSUN	2914	2641	2096	1628	1313
SİİRT	6750	6870	5830	6106	5061
SİNOP	6912	5775	2980	3271	3880
SİVAS	2507	2306	1865	2140	2426
TEKİRDAĞ	2653	2692	1379	1978	1872
TOKAT	7908	7377	3773	4196	5461
TRABZON	1536	1671	2113	2029	1983
TUNCELİ	3511	3732	2619	3444	3696
ŞANLIURFA	6088	6126	4442	5168	3954
UŞAK	2909	3148	2608	2457	2665
VAN	5150	5254	5313	3413	6042
YOZGAT	5310	5393	3895	5360	4278
ZONGULDAK	3702	3615	2887	2011	2609

Kaynak : DPT, Türkiye Sosyal Göstergeler, Ya. No. 2233, Ankara, 1990, s. 106-107.

Sağlık insan gücünün kurumlara dağılımını gösteren Tablo -3'e bakıldığında, mevcut farklılıkların her kurumun kendi fonksiyonel yapısından ileri geldiği anlaşılmaktadır.

Görüldüğü gibi temel hizmetlerin götürülmesinde en önemli kuruluş olan S.S.Y.B.'nin ebe ve hemşirelerin istihdamında en önemli kuruluş olması doğaldır. SSK'nın asıl fonksiyonu ikinci seviye sağlık hizmetleri olduğundan istihdam ettiği ebe-hemşire sayısı daha düşüktür. Özel sektörde çalıştırılan sağlık personelinin büyük çoğunluğunu uzman hekim, dişçi ve eczacılar oluşturur. Bu durum sözkonusu elemanlara bu sektörde daha cazip olanaklar tanınmasından kaynaklanabilir. Ayrıca pratisyen hekim sayısının düşüklüğü sözkonusu sektörde uzmanlık ünvanının aranmasındandır.

Üniversitelerdeki pratisyen hekimlerin oldukça büyük sayıda olmasının nedeni ise, bu kurumlarda pratisyen düzeyindeki hekimlere uzman ünvanını alabilmeleri için gerekli eğitimin verilmesidir.

Tablo 3- Sağlık Personelinin Kurumlararası Dağılımı

Personelin Ünvanı	Toplam	Sağlık Bakanlığı	SSK	Üniversite	Diğer Kamu	Özel
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
Sağlık Memuru	18831	13753	906	1797	1528	847
Hemşire	38903	26233	4552	5012	2418	688
Ebe	25665	23382	494	83	134	1572

Kaynak: S.B., Özet Sağlık İstatistikleri, 1989, s.18.

Uzman hekim ile pratisyen hekim sayısına bakıldığında aradaki farkın pratisyenler lehine artırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Temel sağlık hizmetleri işlevini yerine getiren Sağlık Bakanlığında bu fark daha da artırılmalıdır. Çünkü, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Yasasında öngörüldüğüne göre hizmetler periferden başlayarak merkeze doğru kaymalıdır. Bu da periferde çalışacak pratisyen hekim ihtiyacını doğurmaktadır. Buna rağmen, son yıllarda tam tersine uygulamalar görülmektedir. Birçok vakıf ve özel sağlık kurumu oluşturulmuştur. Lüks denebilecek standartlardaki bu kurumlara, kolay tedavi edilebilir sorunlardan kaynaklanan hastalıklar için bile başvurulmaktadır (37).

Türkiye'nin mevcut sağlık personeli gereksinimine karşın, gelişen bir başka olgu ise, son yıllarda tıp eğitimine olan eğilimin azalmasıdır. Bu durum, ekonomik, sosyal ve tıpta uzmanlaşmanın giderek güçleşmesi nedenlerinden kaynaklanmaktadır. Anadolu Üniversitesinde yapılan bir araştırmaya göre doktorların % 62'sinin mesleğinden memnun olmadığı ve doktor olmaktan pişmanlık duyduğu belirlenmiştir (38).

37 Cumhuriyet Gazetesi, 4 Kasım, 1991.

38 Milliyet Gazetesi, 13 Kasım 1991.

Bugün Türkiye'de sağlık insangücünü artırmayı hedefleyen politikaların sonucu Tıp Fakültelerinin sayısı hızla artırılmaktadır. Ancak, üniversite çağındaki gençler arasında tıp eğitimine olan isteğin giderek azalması olgusu yanısıra, mevcut fakültelerde eğitim kalitesinin de giderek düştüğü konunun uzmanlarınca sık sık belirtilmektedir. Ayrıca, koruyucu ve ilk basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilmesi için pratisyen hekim sayısının artırılması gereğine rağmen, tıp eğitimi müfredat programlarında ve hekim istihdam politikasında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemeler yetersiz kalmaktadır⁽³⁹⁾. Tablo -4'de görüldüğü gibi 1950 yılında toplam hekim sayısının % 53'ünü uzmanlar, % 47'sini ise pratisyen hekimler oluşturmakta idi. Aynı oranlarla 1988 yılında da karşılaşılmış bu konudaki politikaların başarılı olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4- Uzman Pratisyen Hekim Dengesi

Yıllar	Toplam	Uzman		Pratisyen	
		Sayı	%	Sayı	%
1950	6895	3647	53	3248	47
1955	9638	4836	50	4802	50
1960	9826	5217	53	4609	47
1965	10895	6657	61	4238	39
1970	15406	10241	67	5165	33
1973	17365	11139	64	6226	36
1983	32165	19042	60	13123	40
1988	42502	22318	53	20184	47

Kaynak: S.B., Özet Sağlık İstatistikleri, 1989, s.19.

Uluslararası sağlık insangücü göstergelerine ilişkin Tablo - 5'e bakıldığında, 32 ülke içinde, nüfus başına düşen hekim sayısı açısından Türkiye, sondan 3. sırada yer almaktadır. Nüfus başına düşen hemşire-ebe sayısı açısından ise sondan 5. sırada bulunmaktadır. Yapılan sıralamada Türkiye'nin en iyi konumda olduğu sağlık personeli kategorisi diş hekimliğidir. Ancak tabloda karşılaştırma yapılan ülkelerde gösterge olarak

³⁹ D.P.T., VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Gelişmeler 1984-1988, Ya.No.2190, Ankara, 1990, s.339.

alınan yılların farklılığı gözden kaçmamalıdır. Buna rağmen Türkiye'de 6. plan dönemi sonunda 1011 kişiye 1 hekim, 136 kişiye 1 ebe-hemşire (40) hedeflerinin dünya örneklerinin oldukça gerisinde olduğu açıktır.

Tablo 5- Uluslararası Sağlık İnsangücü Göstergeleri

Ülkeler	Yıl	Nüfus (Bin)	1 Hek.		Diş		1 Ecz.		Hemşire+1 H+E		1 Hek.
			Hekim	Dış Nüf.	Hekimi	Dış Nüf.	Eczacı	Dış Nüf.	Ebe	Dış Nüf.	Dış H+E
Türkiye	1988(1)	41.530	54.115	1.303	9.200	5.982	14.175	3.818	59.460	910	1,43
Portekiz	1985	24.629	10.200	414	745	13.691	10.023	1.018	24.677	417	1,00
Yunanistan	1985	29.103	9.950	342	8.337	1.193	5.994	1.660	28.500	349	0,90
İrlanda	1985	5.200	3.550	683	1.492	2.395	1.120	3.170	25.300	140	4,80
Belçika	1985	29.776	9.900	332	6.214	1.593	10.792	917	57.375	173	1,90
İtalya	1985	74.719	57.100	764	-	-	-	-	218.267	262	2,90
Almanya	1985	161.000	61.200	380	34.744	1.761	31.155	1.964	268.805(2)	228	1,60
İspanya	1985	126.577	38.750	305	5.137	7.543	29.969	1.293	140.901	275	1,10
İngiltere	1985	78.000	56.500	724	19.755	2.860	-	-	483.200	117	6,20
Fransa	1985	128.000	55.150	431	34.578	1.595	43.965	1.254	291.705	189	2,30
Danimarka	1985	13.000	5.100	392	5.100	1.000	3.700	1.378	88.099	58	6,80
Hollanda	1985	32.193	14.450	449	7.118	2.030	1.900	7.605	-	-	-
Lüksemburg	1985	663	358	540	168	2.131	254	1.409	1.200	298	1,80
Avusturya	1985	13.898	7.600	547	3.002	2.532	1.912	3.975	45.888	116	3,30
Norveç	1985	9.176	4.150	452	3.702	1.121	3.261	1.273	72.448	57	7,90
İsveç	1985	21.596	8.350	387	9.338	894	4.107	2.033	72.386	115	3,60
İsviçre	1985	9.750	6.450	662	3.100	2.081	1.363	4.732	52.782	122	5,40
Jabonya	1985	181.101	120.700	666	62.225	1.940	77.176	1.564	657.389	184	3,60
A.B.D	1985	534.800	239.000	447	140.770	1.698	164.000	1.457	3.212.700(2)	74	6,00
S.S.C.B.	1985	1170.000(3)	278.150	238	-	-	271.300(4)	1.025	1.561.300(5)	166	1,70(6)
Arjantin	1984	80.100	29.500	368	6.416	4.598	681	43.319	30.505(7)	967	0,40
Brezilya	1984	122.818	129.445	1.075	16.695	7.692	4.630	25.000	110.061(7)	1.177	0,90
Avustralya	1986	36.610	16.000	437	-	-	-	-	139.434	107	3,80
Yugoslavya	1986	42.365	23.100	545	10.022	2.326	11.901	1.923	91.253	253	2,20
Kuveyt	1986	2.804	1.860	663	329	5.653	805	2.311	8.831	211	3,10
Katar	1986	645	326	505	95	3.448	-	-	1.672	195	2,60
S.Arabistan	1986	17.544	12.550	714	1.291	9.721	-	-	37.670	333	2,10
İran	1987	16.918	51.000	3.014	2.488	20.498	-	-	43.291	1.178	2,60
İrak	1987	9.442	17.167	1.818	1.465	11.718	-	-	9.931	1.729	1,10
Suriye	1987	8.593	11.300	1.299	2.487	4.545	-	-	12.550	993	1,50
B.A.E	1984	1.278	1.265	990	97	12.500	-	-	3.328	380	2,60
Libya	1983	5.019	3.635	724	400	9.088	618	5.882	5.565	653	1,10

Kaynak: D.P.T., Kabul Gören Rasyoların Işığında Türkiye'de Sağlık Personeli ile Yardımcı Sağlık Personeli Arasındaki Uyum veya Uyumsuzluğun İstatistiksel Test Edilmesi, Ankara, 1990, s.22.

(1) 1.3.1988 tarihi itibarıyla

(5) 1987 yılı itibarıyla

(2) 1984 yılı itibarıyla

(6) 1987 yılı itibarıyla ve 1 Hekim+Diş hekimi

(3) Doktor, Diş hekimi başına hemşireyi ifade eder

(4) Eczacı+Eczacı yardımcısı

(7) Yalnız hemşire sayısı

40 D.P.T., Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994, Ankara, 1989, s.289.

- Kreş hizmetleri
- Diğer hizmetler. Bu gruba giren hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Gezici hastabakıcılar veya genel pratisyenlerce, dispanserlerde ya da hastane dışındaki diğer merkezlerde verilen doğum öncesi ve sonrası bakımları
- Süt çocukları veya küçük çocuklar için yapılan tıbbi ziyaretler
- Okul çocukları için yapılan tıbbi işlemler
- İşverenlerin, çalışanlarının sağlık düzeyini yükseltmek veya hastalıklarını önlemek amacıyla gerçekleştirdikleri bütün tıbbi hizmetler
- Aşılamalar
- Tüberküloz gibi hastalıklarla mücadele eden kamusal dispanserlerin hizmetleri.
- Toplumun sağlık eğitimi için kamu gücüyle organize edilmiş bütün hizmetler.

Kollektif kamu sağlığı hizmetleri olarak gruplandırılan hizmetler ise şöyle açıklanabilir: Kamu sağlığı yararına gerçekleştirilen bütün girişimler (ilaçlama, dezenfektasyon v.s.) kollektif hizmetlerdir. Bunlar, bakterileri, parazitleri, böcekleri ve sağlık için tehlikeli olan diğer canlıları yok etmek için yapılır.

- Eğitim ve araştırma faaliyetleri. Tıp fakülteleri, hemşirelik okulları gibi sağlığa ilişkin eğitimin verildiği kurumlarda yapılan hizmetlerdir.

Görüldüğü gibi, gerçekleştirilen sağlık faaliyetinin türüne göre sağlık üretim birimleri çeşitlilikler gösterir. Kamu sağlığı hizmetleri, hastaneler dışındaki sağlık merkezlerinde yerine getirilir. Ayrıca periyodik olarak veya gerekli görüldüğünde; ev, okul ya da işyeri ziyaretleri biçiminde gerçekleştirilir.

Tıbbi tedavi hizmetleri ise hastanelerde gerçekleştirilir. Değişik kriterlere göre hastanelerin sınıflandırmasını yapmak mümkündür. Örneğin, gerçekleştirilen tıbbi faaliyetin türüne göre hastaneler 6 türe ayrılabilir (42):

- Genel Hastane: Bu hastaneler, genel pratisyenlerce, hastanelerin harici konsültasyonları sonucu, ana ve çocuk sağlığı merkezlerince, okul sağlığı hizmetlerini yerine getirenlerce ve işyeri hekimlerince gönderilen yetişkin ve çocuklara ilişkin problemleri çözümlenmek amacıyla tıbbi hizmet sunarlar.

- Kronik hastalıklar hastaneleri: Ortalama en az üç aydan fazla hastanede yatmayı gerektiren yalnız kronik dejeneratif hastalıklara yakalananları tedavi eden kurumlardır. (Örneğin, felçli hastaların tedavi edildiği hastaneler)

- Tüberküloz ve diğer akciğer hastalıklarının tedavi edildiği hastane veya senatoryumlar.

- Psikiyatri hastaneleri

- Bulaşıcı hastalıkları tedavi eden hastaneler (örneğin, lepra hastaneleri)

- Analık hastaneleri (Doğumevleri)

Hastanelerin sınıflandırmalarında kullanılan bir diğer yöntem, hastanelerin finansal kaynaklarına göre yapılanıdır (43). Örneğin, devlet bütçesinden, katma bütçeli idarelerin bütçesinden, sosyal güvenlik kurumlarının bütçesinden finanse edilenler, belediyelere, iktisadi devlet teşekküllerine, azınlıklara, vakıflara ait olan hastaneler gibi. Ayrıca hastanelerin yatak sayılarına göre yapılan bir sınıflandırma vardır (44). Örneğin, 50-100-200-400 veya üzeri yatak kapasitesine sahip hastaneler gibi.

Hastanelerin büyüklüğü, kamu sağlık otoritelerinin ilgilendiği, çeşitli boyutlarıyla değerlendirdiği bir konu olmuştur. Bazı otoritelere göre hastanelerin yatak sayısı 800 veya

42 O.M.S., *Coût et Financement...*, A.g.k., s.35.

43 Hikmet SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ya.No.130, Eskişehir, 1985, s.8.

44 Nevzat EREN, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Ankara, 1985, s.133.

üzerinde olmalıdır. İngiltere gibi bazı ülkeler planlarını bu prensip üzerine yapmaktadırlar.⁽⁴⁵⁾ Ekonomistlerin ileri sürdüğüne göre, hastanelerin ölçüsünün büyümesi birim maliyetlerin düşmesine neden olacaktır. Buna karşılık, hastane yöneticileri, hasta gün maliyetlerinin hastane ölçüsü ile orantılı olarak artacağı izlenimi içindedirler. Bu konuda, davranış uzmanları ise, büyük boyutlardaki hastanelerin hastalar açısından bir bilinmezlik alanı yarattığını, kişileri karmaşık ilişkiler ağı içinde bıraktığını ve endişe verici olduğunu ifade etmektedirler⁽⁴⁶⁾.

2.2.2.1. Türkiye'de Sağlık Üretim Birimleri

Türkiye'de birinci seviye sağlık hizmeti faaliyetini yürüten birimler sağlık ocakları ve sağlık evleridir. Bu hizmetlerin yönetimi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün sorumluluğundadır. Tablo - 6'da Türkiye'de bulunan sağlık ocak ve evlerinin sayısı verilmiştir. Pratisyen hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalıştığı bu birimlerde koruyucu hizmetlere ek olarak ilk tanı ve tedavi faaliyetleri yürütülmektedir.

Başlangıçta, Türkiye'de temel sağlık hizmetleri sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekteydi. 1980 yılından bu yana sağlık hizmetlerini gerçekleştiren ikinci büyük sistem olan SSK kendi temel sağlık hizmeti olanaklarını geliştirmiştir. Kurum, üstlendiği hizmetleri yürütebilmek için yurt düzeyinde 99 dispanser, 152 sağlık istasyonunu hizmete sokmuş bulunmaktadır⁽⁴⁷⁾.

45 O.M.S., L'Economie Sanitaire, A.g.k., s.13.

46 A.g.k., s.14.

47 D.P.T., Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, Ya.No.2274, Ankara, 1991, s.15.

Tablo 6- Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayısı

Yıllar	İl sayısı	Sağlık Evleri Sayısı	Hizmet Veren Sağ. Oc.
1963	1	19	37
1964	6	163	341
1965	12	416	970
1966	12	416	970
1967	17	541	1294
1968	22	758	1901
1969	24	828	2137
1970	25	851	2231
1971	25	851	2231
1972	25	851	2231
1973	25	872	2468
1974	25	872	2815
1975	26	995	3243
1976	32	1128	4214
1977	36	1395	5309
1978	40	1467	5776
1979	44	1467	5776
1980	45	1467	5776
1981	45	1890	6262
1982	47	1967	6749
1983	52	2525	7055
1984	67	2793	8086
1985	67	2887	8464
1986	67	3019	9040
1987	67	3884	10045
1988	67	3170	10531
1989	71	3267	10687

Kaynak: S.B., **Özet Sağlık İstatistikleri**, 1989, s.44.

Yataklı tedavi kurumlarına gelince, S.S.Y.B.'nin getirdiği tanımlara göre tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerine getirildiği hastane ve diğer sağlık üniteleri işlevlerine göre çeşitli gruplara ayrılmıştır. Bu tanımlara göre ⁽⁴⁸⁾:

Hastane: Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.

⁴⁸ S.S.Y.B., **Yataklı Tedavi Kurumları 1987 Yılı Bülteni**, Ya.No.523, Ankara, 1988, s.24.

Yataklı tedavi kurumları en az 50 yataklı olup fonksiyonlarına göre 4 gruba ayrılır.

- Genel Hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı kurumlardır.

- Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastaların müşahade, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır.

- Rehabilitasyon Merkezleri ve Servisleri: Organ, sinir, adele ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir.

- Eğitim Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştiren genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir.

Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarına ilişkin Tablo - 7'ye bakıldığında, S.S.Y.B.'nin yataklı tedavi hizmetinin % 50'sinden fazlasını gerçekleştirdiği görülmektedir. Bunu sırasıyla S.S.K. ve üniversite hastaneleri takip etmektedir.

Üniversite hastaneleri Türkiye'de sağlık hizmetlerini temin eden üçüncü büyük sistemdir. Üniversite eğitim hastanelerinde hizmet sunumu eğitim ve araştırmanın bir yan ürünü olarak kabul edilir. Ücretlerini ödeyen herkes bu kurumların hizmetlerinden yararlanabilir. Emekli Sandığına bağlı olan devlet memurları kişisel bir ödemede bulunmadan üniversite hastanelerinden yararlanabildiği gibi, SSK kurumlarında tedavi olanağı olmayan olgular da bu hastanelere sevk edilebilir.

Tablo 7- Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları (Ekim 1989)

Kurumlar	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak Dağılım Yüzdesi
TOPLAM	839	130.846	100.0
Sağlık Bakanlığı	543	68.003	51.9
SSK	87	19.597	14.9
Üniversite	24	17.749	13.5
Diğer Bakanlıklar	3	780	0.6
Belediye	5	1160	0.9
İkt. Dev. Teş.	15	2146	1.6
Dernek	9	505	3.8
Yabancı	8	670	0.5
Azınlık	5	934	0.7
Özel	98	3402	2.6
MSB	42	15.900	12.1

Kaynak: S.S.Y.B., Özet Sağlık İstatistikleri, 1989, s.44.

Ülkemizde, hastanelerin illere dağılımına gelince, Tablo -8'de görüldüğü gibi, üç büyük kentte bir yoğunlaşma vardır. 1989 yılında, toplam hastane sayısının % 21,5'i, toplam yatak sayısının % 42'si üç büyük kentte toplanmıştır. Türkiye genelindeki 71 vilayetin üç büyük kentten geriye kalan 68'inde toplam hastane sayısının % 78,5'i, toplam yatak sayısının ise % 58'inin bulunduğu düşünüldüğünde, dağılımın dengesizliği açıkça ortaya çıkmaktadır.

Tablo 8- Hastanelerin Bölgelere ve Kurumlara Göre Dağılımı (Ekim 1989)

Bölgeler	SAĞLIK											
	TOPLAM		BAKANLIĞI		SSK		ÜNİVERSİTE		DİĞER KAMU		ÖZEL	
	Hastane	Yatak	Hastane	Yatak	Hastane	Yatak	Hastane	Yatak	Hastane	Yatak	Hastane	Yatak
TOPLAM	798	114956	543	68003	97	19597	24	17749	45	6195	99	3412
3. Büyük İl	171	48348	66	21432	19	8091	11	11862	35	5357	40	1606
1. Önce. İller	76	6040	69	4410	4	540	1	1050	-	-	2	40
2. Önce. İller	134	14269	106	10415	14	2303	3	1121	3	216	8	214
1+2 Önce İller	210	20309	175	14825	18	2843	4	2171	3	216	10	254
Diğer 39 İl	417	46299	302	31746	50	8663	9	3716	7	622	49	1552

NOT: MSB'na ait 42 hastane, 15900 yatak kapsamamıştır

Kaynak: S.B., Özet Sağlık İstatistikleri, 1989, s.35.

Bu durumda, ülkemizdeki, çevre il ve ilçelerden büyük şehir hastanelerine olan hasta akımının nedeni, küçük yerleşim yerlerindeki organizasyonların sayıca yetersizliğine bağlanabilir. Ancak, Ankara'da yapılan bir araştırmaya göre, büyük kentlere olan hasta akımının nedenleri daha farklı sıralanmıştır (49):

- Buldukları yörede hekim, araç, gereç bakımından tedavi olanaklarının yetersizliği

- Ankara'ya yakınlık

- Deneklerin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmamaları

- Yardım görecekt akraba ve yakınlarının bulunması

Bu çalışmaya göre, görülmektedir ki, büyük kent hastanelerine olan akımın ilk etkeni hastaların kendi yörelerinde hastane bulunmaması değil, bunların yetersizliğidir. Bundan sonra, hastaların coğrafi ve sosyal koşulları etken olmaktadır.

49 Yılmaz YILMAZ, **Taşra Hastalarının Büyük Şehir Hastanelerini Kullanma Nedenleri**, Doktora Tezi, Ankara, 1978.

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU KESİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ, PLANLAMASI VE ÖRGÜTLENMESİ

1. KAMU EKONOMİSİNİN İÇİNDE SAĞLIĞIN YERİ

Ülkelerin belirli bir gelişme hızına ulaşabilmeleri için yapılan yatırımlar, sadece fiziksel sermayeye yapılanlarla sınırlandırılmamalıdır. Emegın kalitesinin yükseltilmesi için yapılan yatırımlar da toplam sermaye stokuna etkenti olarak kabul edilmektedir. Özellikle sağlık ve eğitim konularındaki harcamalar nüfusun kalitesini yükselterek verimliliği artırmakta ve gelecekte gelir getirmektedir. Bir ekonomi fiziksel üretim kaynakları ile ne kadar donatılmış olsa da, ortalama hayat süresi fazla olan, iş ve okul eğitimi görmüş bir aktif nüfusa sahip olunmadıkça üretimin artacağı söylenemez (50). Bir ülkede nüfusun kalitesini yükseltmeye yönelik harcamalar insan sermayesine yapılan yatırımlardır. Bunlar, eğitime, işbaşında yetişmeye, sağlığa, bilgiye, göçe ve benzerlerine yapılan harcamalardır (51). Sağlıklı insanların oluşturduğu bir nüfusun önemi günümüzde giderek daha fazla anlaşılmıştır. İyileştirilen bir hastanın uzayan ömrü nedeniyle kazanılan işgücü, o toplumda gelir artışı yaratır. Üretim sürecinde sağlıklı emek faktörünün yaratacağı verimlilik artışının yanısıra, hastalıkların yaratacağı dış zarar veya

50 Ömer Faruk BATIREL, *Maliye Politikası ve Gelişmekte Olan Ülkeler*, İstanbul, 1984, s.61.

51 Oktay VARLIER, "Kişisel Gelir Dağılımına Farklı Yaklaşımlar", *ODTÜ Gelişme Dergisi*, C.IX, S.3-4, 1982, s.501.

tedavinin meydana getireceği dış fayda konusunun ne derece kamu yönetimi veya denetimi dışında kalabileceğini tartışmalı hale getirmiştir.

1928'den itibaren toplum sağlığına ilişkin katı düzenlemelerin bulunduğu Birinci Beş Yıllık Sovyet Planı, İkinci Dünya Savaşından sonra Avrupa'daki demokralilere örnek oluşturmuştur. Çin'de 50'li yıllarda, planlamanın başlangıcından beri, sosyalist üretim yapısındaki gelişmelere paralel olarak geleneksel sağlık sistemini temelden değiştirmeye yönelik düzenlemeler bulunmaktadır (52).

† İnsan sağlığının, kamu kesimini ilgilendiren bir problem olmasının doğal sonucu olarak, sağlık sektöründe planlamaya ilişkin çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar sadece sosyalist ülkelere özgü değildir. 60'lı yıllardan beri Dünya Sağlık Teşkilatının etkisi altında kamu sağlığı planlaması giderek önem kazanmıştır. Ancak bu yaklaşım ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Sosyalizmi oluşturmaya girişen ülkelerde kamu sağlığı, diğer sosyal faaliyetlerin içinde bir sosyal faaliyettir. Böylece, sosyalist toplumun kurulmasını hedefleyen genel amaçlar doğrultusundaki diğer faaliyetlerle uyum halinde olmalıdır. Sosyalist ülkelerin dışındaki ülkelerde ise, sağlık sektöründe planlama ile amaçlanan, kamusal yollarla rekabet mekanizması içinde bulunmayan bazı düzenleyici kuralları ortaya koymaktır.

Sağlık sektöründe devletin rolünün ne düzeyde olması gerektiği konusundaki tartışmalar bazı çelişkilerden ileri gelmektedir. Örneğin, sağlık hizmetleri finansmanının, kişisel olmaktan çok kamu hizmetleri faaliyetlerinin içinde önemli bir yer tuttuğu ülkelerde diğer yandan devletin rolü en aza indirilmiştir. Bir diğer olgu ise, sağlık hizmetleri sunumunda en uygun organizasyon metodlarını bulmak gerekliliğidir. Bunu sağlayabilmek için sağlık personelinin kendi geleneksel uygulamalarını bırakmaya ikna etmek gerekir. Yani devlet, sağlık hizmetleri yönetimiyle ilgilenmek durumundadır. Çoğunlukla onun sorumlulukları bu sektörde bir diğer sektöre göre daha büyüktür.

52 Gerard DESTANNE DE BERNIS, "La Planification Sanitaire: Questions Introductives", **Revue Tiers-Monde. Politique et Planifications de la Santé**, Tome XIV, No.53 (Janviers-Mars, 1973), s.19.

Sağlık sektöründe devletin sorumluluğu prensibi Dünya Sağlık Teşkilatının 23.61 kararı ile tanınmıştır (53): "..... Ulusal kamu sağlığı sisteminin gelişmesi ve kurulması için en etkin prensipler arasından, bazı ülkelerin deneyimlerine dayanılarak kabul edilmiş olan aşağıdaki açıklamalar yapılmıştır:

- Toplum sağlığını korumada devlete ve topluma düşen görev, mümkün olan en yüksek sağlık düzeyini sağlama hedefiyle dolaylı veya dolaysız ilişkisi olan sosyal ve ekonomik önlemlerin alınması, genel ulusal ve lokal planlara dayalı olarak ulusal bir kamu sağlığı hizmet sisteminin yaratılması ve buldukları gelişme düzeyinde toplumun tüm kaynaklarının ve güçlerinin bu amaçta rasyonel ve etkin bir şekilde kullanılmasıdır.

- Kamu sağlığı sisteminin iyi işleyişinin temeli olarak, bütün düzeylerdeki ulusal sağlık personelinin en rasyonel formasyonunu ve bütün çalışanların topluma karşı sorumluluk bilincinin en yüksek düzeye ulaşmasını sağlamak.

- Özellikle koruyuculuğa yönelik geniş önlemlerle, toplum ve kişiler için sağlık hizmetlerini geliştirmek. Bu, sağlığa ilişkin tüm hizmetlerde ve kurumlarda koruyucu ve tedavi edici bakımın birleştirilmesi anlamına gelmektedir (Üzerinde önemle durulan nokta, bütün insanlığın ve her bir ülkenin geleceğini temsil eden çocuklar ile anaların sağlığının himaye edilmesidir). Ayrıca şimdiki ve gelecekteki nesiller için yaşamın ve sağlığın kaynağı olan çevre koşullarının etkin kontrolünü oluşturmak.

- Ülkenin tüm halkına en yüksek düzeyde koruyucu ve tedavi edici bakımı, bunun en uygun ağını kurarak, mali veya diğer nedenlerin önceliğini düşünmeden sağlamak.

- Sağlık alanında maksimum etkinliği sağlayan koşulların biraraya getirilmesi amacıyla bütün ülkelerdeki tıbbi araştırma sonuçlarını ve kamu sağlığı pratiğini değerlendirmek.

- Toplumun sağlık konusunda eğiterek, onları bu geniş sektörün uygulamasına katmak. Böylece, insan sağlığının himayesinde bütün toplum üyelerinin, ortak ve kişisel sorumluluklarını ortaya koymak.

53 O.M.S., Chaiers de Santé Publique, Méthodes Modern de Gestion et Organisation des Services de Santé, Genève, 1974, s.11.

Anlaşılmaktadır ki, bir ülkede ulusal sağlık hizmetleri sisteminin planlaması ve organizasyonunda devlete düşen görevler bulunmaktadır. Sağlık personelinin formasyonu, toplumun sağlık konusunda bilgilendirilmesi, çevre temizliği, özellikle ana-çocuk sağlığı gibi temel hizmetlere ilişkin faaliyetlerde devletin müdahalesi gerekmektedir. İnsan sağlığının hassas bir konu olması bu sektörde diğer sektörlerle oranla devletin sorumluluklarını artırmaktadır. Ancak, bütün ülkelerde sağlık sektöründe kamu yönetiminin sınırları ne olmalıdır? Sorusu tartışılmaktadır. Örneğin, Fransa'da 1920'den bu yana bir Sağlık Bakanlığının kurulmasıyla, sağlığın her alanında kamu yönetimi rol oynamaya başlamıştır. Ancak bu konuda ne yapıldığı geriye dönüp araştırıldığında şu sonuçlara varılmıştır (54): Sağlık alanında kamu yönetimi faaliyeti global bir yaklaşımdan uzaktır. Birbirinden bağımsız birçok faaliyetler biraraya gelmiştir. Örneğin tedavi organizasyon modelleri ve kötü çevre koşullarından insan sağlığının korunması birarada bulunan ancak birbirinden bağımsız başlıca sorunlar olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla herbirinin içindeki problemler bütünüyle varlığını sürdürmektedir. Bu durumun sadece devlete değil topluma da maliyeti yüksek olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin devletçe belirlenmesi, yönetilmesi, güdümlenmesi ve geliştirilmesi esas olarak kamu yönetimlerine bırakılmakla birlikte bütün dünyada liberalleşmeye doğru bir gidiş söz konusudur.

Türkiye'de 6. Plan döneminde başlıca ilkeler olarak (55):

- Sağlık hizmetlerine serbest piyasa ve rekabet ekonomisi şartlarında ve özel sektör yapısında işlerlik ve gelişme esnekliği kazandırılması;
- Genel sağlık sigortasının ihdas edilerek bütün yurttaşların ve ülkeye gelen yabancıların sağlık hizmetlerinden doğrudan bedel ödemeksizin yararlandırılması;
- Sağlık hizmetinin ondan yararlanacaklara serbest piyasa ve rekabet ekonomisi

54 Jean-François GIRARD, "L'Action Administrative et les Objectifs Sanitaires", *Revue Francais d'Administration Publique*, No.43 (Juillet-Septembre, 1987), Paris, s.424.

55 Alptekin ERDOĞAN, *Sağlık Hizmetlerinin Liberalleştirilmesi ve Özel Sektör Yapısında Geliştirilmesi*, DPT Raporu, 15 Mayıs 1986, s.2.

şartlarında parasız sunulması, bedelinin Genel Sağlık Sigortasına ödettirilerek onun dolaylı paralı hale getirilmesi belirtilmiştir.

Böylece; hastanelere yığılmaların önlenmesi, hastalara ilginin, şefkatin, ihtimamın artırılması; sağlık mesleği mensuplarının serbest piyasa ve rekabet şartlarına çekilerek tutumlarının iyileştirilmesi ve hizmet kalitelerinin yükseltilmesi; özel muayene ve tedavi kurumlarının ileri teknolojilere intibak yeteneğinden ve esnekliğinden yararlanılarak sağlık hizmetlerinin süratle çağdaş ülkelerdekiyle dengeye getirilmesi; gayretli ve kaliteli hizmet veren sağlık mesleği mensuplarına yüksek kazanç imkanı sağlanması; sağlık hizmetlerinin yurt çapında hızla dengelenmesi; sağlıkla ilgili giderlerin devlet bütçesine bağlılığının giderek, azaltılması; dış ülkelerde tedavi olma arzu ve ihtiyacının kaldırılması, üstelik özel yüksek ihtisas hastanelerinin tam teşekküllü ve yabancı eleman istihdamına imkan verecek şekilde tesis edilerek yabancıların ülkeye rağbet etmelerinin sağlanması amaçlanmaktadır⁽⁵⁶⁾.

Artık, sağlık hizmetleri sorunlarına çözüm aranırken tamamen devletçi yapıdaki reçeteleri zaman içinde azaltma yoluna gidilmektedir. Bunun en çarpıcı örneği, 1987 yılından başlayarak Sovyetler Birliği'nde de özel mülkiyetli sağlık birimlerine yer verilmesi olmuştur. İlk özel hastane Moskova'da hizmete girmiştir⁽⁵⁷⁾.

2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PLANLAMA

Dünya Sağlık Örgütü'nün felsefesine göre sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmış, bütün insanlık için temel bir hak ve dünya barışının ön koşulu olarak kabul edilmiştir. Devletler ve kişiler arasında bu konuda işbirliğinin gerekliliği vurgulanmıştır. OMS'nin bu geniş tanımlamasına göre, kişilerin iyilik hali koşullarının gerçekleşmesi ancak ülke çapında, bütün faktörleri hesaba katan politikaların doğması ile mümkündür.

⁵⁶ D.P.T., Sağlık Hizmetlerinin Çağdaştırılması ve Sağlık İşletmeciliğinin Rasyonelleştirilmesi İlkeleri, 10 Mart 1990, s.18.

⁵⁷ Milliyet Gazetesi, 26 Mayıs 1987.

2.1. POLİTİKALAR VE PLANLAMA İLİŞKİSİ

Bir ülkedeki sağlık politikası, o ülke halkının sağlık durumu ölçü alınarak, belirlenen hedeflere ulaşılmasını sağlayacak biçimde tasarlanmalıdır. Yeni doğan bebek veya çocuk ölüm oranlarının yüksekliği, ortalama yaşam süresinin kısalığı, önlenebilir hastalıkların yaygınlığı gibi sonuçların kaynağı, sağlık hizmetleri sisteminin bir veya birkaç aşamasındaki yanlışlık veya yetersizlikler olabilir. Öncelikle düşünülmesi gereken uygun olmayan veya yetersiz politikaların seçilmiş olma olasılığıdır. İkinci aşamada ise, uygun politikaların belirlenmiş olması varsayımı altında bu politikaların etkili bir biçimde planlanmamış olması akla gelmelidir.

Günümüzde sağlık sektöründe planlama oldukça sınırlı kriterlere göre gerçekleştirilmektedir. Çoğunlukla sadece doğum ve ölüm istatistikleri veya hastane ve doktor kullanımına ilişkin veriler üzerine kurulmuştur. Oysa, sağlık hizmetlerinde kullananları olduğu kadar kullanmayanları da kapsamına alan, bütün toplumun sağlık gereksinme düzeyi ölçü olarak alınmalıdır (58). Diğer sektörlerde alınan politik kararlar da toplum sağlık düzeyini, sağlık sektöründe bakım kalitesini ve türünü etkilemektedir. Bu demektir ki, sağlık hizmetleri planlamacıları ve politikacılar birbirlerinden bağımsız çalışmamalıdır. Bir ülkede gelişme süreci içinde, tarım, ihracat, enerji, eğitim gibi bir veya birkaç dominant faaliyetin, diğerleri ihmal edilerek gelişmenin anahtarı olacağı düşüncesi kabul edilebilir değildir. Bütün problemlere global olarak yaklaşmak gerekir. 1970'de Birleşmiş milletler Genel Kurulunca bu yaklaşım doğrulanmış ve Stockholm'lu uzmanlar grubunca, ulusal ve uluslararası düzeyde gelişmenin sosyal yönüne ilişkin birçok öneriler sunulmuştur. Örneğin, bunlardan biri, "İnsan potansiyelinin değerine öncelik vermek. Bunu, fiziksel ve ruhsal gelişme evreleri sırasında kötü beslenmenin

58 O.M.S., Cahiers de Santé Publique, Concepts et Informations Pour la Planification et la Gestion Nationales des Services de Santé, Genève, 1977, s.16.

önüne geçerek, sağlık hizmetleri üreterek, yetenekleri doğrultusunda kendilerini geliştirmelerine şans vererek gerçekleştirmek" dir (59).

Sağlık politika hedefleri belirlenirken hizmetlerin eşit kalite ve düzeyde dağılımı temel kriter olarak alınmalıdır. Ancak, bu eşitlik kriterinin hangi anlamda yorumlandığı tartışmalıdır (60). Örneğin, bir ülkenin bütün kesimlerinde kişi başına sağlık hizmeti harcamasının eşitliği kriter olarak alınabilir. Ancak bu her zaman mümkün değildir. Çünkü her kesime eşit harcama yaparak eşit hizmet götürülemez. Dağınık kırsal kesime sağlık hizmeti götürmenin maliyeti daha fazladır. Özellikle kaynakların kaydırılması, yer değiştirmesinin güçlüklerinden ve masraflarından dolayı. Eşit hizmet görüşünde ikinci kıstas, harcamalar açısından değil de ülkenin bütününe aynı hizmet düzeyinin sunulması olabilir. Ancak bu daha önce de belirtildiği gibi, kırsal kesimde, kentsel kesime oranla kişi başına harcamanın daha fazla yapılmasıyla gerçekleşebilir. Üçüncü ve en iddialı kriter ise, bir ülkedeki bütün kesimlerde olduğu gibi, değişik sosyo-ekonomik gruplar arasında da eşit sağlık düzeyini tutturaktır. Bunun gerçekleştirilmesi ise, kentsel bölgelerde yoğunlaşmış mevcut sağlık harcaması dağılımında radikal değişiklikler gerektirir. Ancak, radikal reorganizasyonlar politik tercihlerde değişiklikler gerektirir. Bu durum ise, seçim desteği arayan ve çoğunlukla elit kentsel bölgelerde yaşayan politikacıları güç duruma sokacaktır.

Günümüzde planlamada kullanılan çeşitli rasyonel planlama stratejileri vardır. Ancak, bu bilimsel modellerin uygulanmasının objektif kararların alınmasına yaradığı bilinse de, kaynak tahsisatının kanuni çerçevede gerçekleştirildiği unutulmamalıdır. Yasama organında kaynak tahsisatına ilişkin olarak alınan kararlar, her zaman planlama hedeflerinin gerçekleştirilmesine olanak sağlamayabilir.

59 Georges SICAULT, "Les Differentes Orientations de la Politique de Santé", *Revue Tiers-Monde. Politique et Planification de la Santé*, Tome XIV, No.53, (Janvier-Mars, 1973), s.13.

60 O.M.S., *Cahiers de Santé Publique, Pauvreté, Développement et Politique de Santé*, Genève, 1979, s.20.

2.2. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN PLANLAMA STRATEJİLERİ

1960'lı yıllarda D.S.Ö.'nün etkisi altında "Kamu Sağlığı Planları" bütün dünyada önemli ölçüde artmıştır. Örgüt, sadece örgüte üye ülkeleri bu konuda yönlendirmekle kalmamış, somut yardım girişimlerinde bulunmuştur. Sağlık planlaması çalışmaları sırasında iki düşünce net olarak ortaya çıkmıştır (61):

- Hedeflere ulaşılacak yolların belirlenmesinin, önceliklerin saptanmasının, etkinliği artırmak veya maliyetleri düşürmek için sağlık hizmetlerinin rasyonalize edilmesinin, personel formasyonunun ve teçhizat yapısının daha iyi düzeye çıkarılmasının, tedavi ile önlemleri ayırdedecek yargıların belirlenmesinin, yarıda kesilme riski taşıyan programların içine düşülmemesinin gerekliliği.

- Sağlık planlamasının genel sosyo-ekonomik planlamayla bütünleştirilmesi. Bunun gerekliliği konusundaki birçok nedenden bazıları şunlardır: Uzun ve orta vadede mali garantilerin elde edilmesi, bazı sağlık programlarının ulaşım alt yapısı gerektirmesi, sağlık eğitiminin genel eğitim sisteminin dışında bırakılmaması.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bürosu Çalışma Grubu, 16 Avrupa ülkesinde yapılan tıbbi sağlık planlaması çalışmalarını derlemiştir. Bu dökümanların bir kısmı, incelenen ülkelere gelmiş, burada D.S.Ö.'nün geçici danışmanlarınca hazırlanmıştır. İçinde Türkiye'nin de olduğu bu grupta, İngiltere, Belçika, Bulgaristan, Fransa, Hollanda, İtalya, Polonya, İsveç, Çekoslovakya, Yugoslavya, Sovyetler Birliği bulunmaktadır. Avusturya, İspanya, Macaristan ve Romanya'nın raporları ise D.S.Ö. danışmanlarınca hazırlanmıştır. Adı geçen ülkelerde sağlık hizmetlerinde planlama konusunda şu sonuçlara varılmıştır (62): Planlı ekonomi ülkeleri, genel sosyo-ekonomik

61 DESTANNE DE BERNIS, "La Planification...", A.g.k., s.20.

62 OMS, Bureau Regional de L'Europe, **La Planification Sanitaire Envisagée Dans Le Cadre du Developpement National**, Copenhague, 1974, s.26.

planla bütünleşmiş, iyi belirlenmiş bir sağlık planına sahiptir. Planlama modellerinde değişiklikler olduğu gibi, uygulamaya konulmadan ve onaylanmadan önce çeşitli politik ve yönetsel müdahaleler sonucu bu planlarda bazı değişiklikler olmuştur. Bulgaristan, Macaristan, Polonya, Romanya, Çekoslovakya ve Sovyetler birliğinde bütün düzeylerde, öneriler niteliğinde görüşler verme sorumluluğu olan yönetsel yapılar düzenlenmiştir. Yugoslavya'da sosyo-ekonomik planlama ülke genelinde merkezileşmiştir. Federal hükümet tıbbi-sağlık planlaması konusunda hiçbir gerçek sorumluluğa sahip değildir.

İkinci grup, Belçika, Fransa, Hollanda, İngiltere, İsviçre ve Türkiye'den oluşmaktadır. Bu grupta sağlık alanında az veya çok gelişmiş planlamalar mevcuttur. Resmi planın hazırlanışında kararların alınması için yönlendirici olmaktadır. Bu gruptaki ülkelerarasında organizasyon ve sorumluluklarda önemli değişiklikler vardır.

Avusturya, İspanya ve İtalya'nın oluşturduğu üçüncü grupta, bazı planlama unsurları vardır. Ancak diğer iki gruba göre daha yetersizdir.

Birçok Avrupa ülkesinde, karar almada, merkezi veya yerinden yönetimin gerekliliği tartışılmaktadır. Örneğin, Almanya ve Avusturya'da bölge sistemi, çoğu kararların bölge düzeyinde alınmasına, yürütülmesine, federal rolün bir destek, tavsiye ve düzenleme ile kalmasına ortam sağlamaktadır. İsveç'te merkezi yetkililerin tıbbi insangücü üzerinde geniş kontrolü olmasına karşın, hastane gelişimi konusunda geniş serbestiler verilmiştir. Danimarka'da illere karar verme gücünün verilmesi yerinden yönetimi getirmektedir. Doğu Avrupa sistemlerinde ise karar yetkisi merkezi komitelerin elindedir. Sağlık hizmetlerinde bürokratik yetki ve denetimin derecesi ve metodu ülkelerarasında farklılıklar göstermektedir. Doğu Avrupa sistemlerinde açık bir hiyerarşik denetim kurulmasına karşın, Batı Avrupa'da halk hastaneleri sıkı bir denetim altında olduğu halde, kamu kaynaklarının özel hastanelere yöneltilmesi eğilimleri vardır (63).

63 WHO, Regional Office for Europe, **The Planning of Health Services**, Copenhagen, 1980, s.5.

D.S.Ö.'nün Afrika Bürosu'nun çalışma grubunca sağlık sektöründe planın hazırlanması sırasında geçirilmesi gereken evreler şöyle özetlenmiştir (64).

a) Sağlığa ilişkin problemlerin tanımlanması için gerekli bilgilerin derlenmesi. Bunlar, çevrenin toplum sağlığını belirleyen koşulları, ölüm ve hastalık oranları, demografik yapıdır.

Toplum sağlığını belirleyen çevre koşulları şöyle sıralanabilir.

- Yerleşme biçimi ve kentleşme
- Su temini
- Artıkların boşaltımı
- Su ve hava kirliliği (Sanayilerin etkileri)
- Eğitim düzeyi
- Tarım ve besin üretimi
- Bulaşıcı hastalıkların durumu
- Sosyo-ekonomik faktörler. (Gelenekler, alışkanlıklar, sanayileşme)
- Yönetimsel organizasyon.

Ölüm oranları konusunda aşağıdaki verileri belirlemek gerekir.

- Genel ölüm oranı.
- Ölüm nedenleri
- Ülke genelinde ve bölgeler bazında, yaş ve cinsiyet gruplarına göre ölüm oranları.

Aynı şekilde, hastalık oranları konusunda, genel hastalık oranları, hastalık nedenleri, ülke ve bölgeler bazında yaş ve cinsiyet gruplarına göre hastalık oranlarının belirlenmesi gerekir. Ayrıca azaltılabilir ve azaltılamaz hastalık oranlarının belirlenmesi gerekir.

64 O.M.S., Bureau Regionale de L'Afrique, **Planification Sanitaire Nationale**, Rapport Sur une Conference Atelier, Brazzaville (1-11 Juin 1970), s.10.

Sağlık problemlerinin saptanmasında incelenmesi gereken bir başka etkenin demografik yapı olduğu belirtilmişti. Toplum dinamiğini değerlendirmek için aşağıdaki unsurlar gerekmektedir.

- Nüfus yoğunluğu ve düzeyi

- Yaş gruplarına göre nüfusun dağılımı. Yaş gruplaması 1 yaştan küçük, 1-4 yaş, 5-14 yaş, 15-44 yaş ve 45 yaş üzeri olarak yapılır. Bunun dışında, cinsiyete göre, etnik, dini ve mesleki gruplara göre, kırsal ve kentsel yığılmaya göre toplum incelenir. Ayrıca, iç ve dış göç durumu, nüfus artışı ve doğum oranları çalışmaları yapılır.

b) Planlamanın ikinci hazırlık aşaması, kullanılabilir kaynakların tanımlanmasıdır. Bunlar, insan kaynağı, materyel kaynaklar, mali kaynaklar olarak sınıflandırılabilir.

c) Üçüncü aşama faaliyetler hakkında bilgilenmedir. Faaliyet terimi şöyle açıklanabilir.

- Bir topluluğun sağlık düzeyine etki eden nedenlerin düzeltilmesi veya yok edilmesi amacıyla organize olmuş çalışmalar.

- Aşılamalar

- Yerinde ziyaretler

- Hastaneye yatırma oranı.

- Sağlık konusunun gözden geçirilmesi, denetlenmesi

- Besin dağıtımları, bu konudaki yetersizliklerin tamamlanması.

Bu bilgiler toplanırken, bilgilerin kaynakları ve toplama metodları açısından kabul edilebilir olanlar şöyle sıralanabilir:

- Tarım, ulusal eğitim, maliye, çalışma gibi çeşitli bakanlıklar düzeyinde toplanan bilgiler.

- Belli konularda uzmanlaşmış kurumlar düzeyinde toplanan bilgiler (İstatistik kurumu gibi).

- Anketler yoluyla elde edilenler.

Ölüm, hastalık oranları ve nüfus yapısına ilişkin bilgiler şöyle elde edilebilir:

- Sayım yoluyla
- Ölüm ve doğum kayıtları yoluyla
- Hastaneler, kliniklerce tutulmuş haftalık, aylık veya yıllık raporlar yoluyla.
- Global veya kişisel anketler yoluyla.

d) Bu aşama var olan yapının tanısal ve tahmini analizidir. Daha sonra genel amaçlar ve politikalar belirlenir.

e) Bu aşamada planlamanın hazırlanmasına geçilir. Öncelikler ve hedefler belirlenir. Hedefler, bir programın belirli bir zaman süresi bitimindeki sonucudur. Bir hedef, mantıklı, tutarlı, anlamlı, açık, gerçekleştirilebilir, gözlemlenebilir ve ölçülebilir olmalıdır.

Önceliklerin önem sıralaması yapılırken belirleyici etkenler şunlardır:

- Problemin şiddeti
- Dayanıklılığı (En iyi teknikleri kullanarak hastalık ve ölüm oranlarını düşürme olanağı)
- Probleme verilen sosyal önem
- Problemin ekonomik görüntüsü (Turizm, tarım gibi diğer sektörler üzerine etkisi)
- Kullanılan metodların maliyeti. (Örneğin, doğum ve ölüm oranlarını düşürmek için kullanılan çeşitli metodların maliyeti)
- Hükümet politikasının eğilimi

Önceliklerin sıralaması yapıldıktan sonra, amaçların formülasyonu yapılır. Amaçlar şu şekilde formüle edilmelidir:

- Spesifik veya genel ölüm oranlarının düşürülmesi gereken yüzde ve zaman kesiti.
- Spesifik veya genel hastalıkların azaltılması gereken yüzde ve zaman kesiti. Her ülke bu ölçüleri kendi olanaklarına göre belirler.

f- Bu aşamada, programlar ve faaliyetler belirlenir. Aynı kaynakları kullanarak, her bir program için alternatif faaliyetlerin karşılaştırıldığı bir faaliyetler yelpazesi hazırlayarak bunların tanımının yapılması gerekir.

g- Son aşamada, faaliyetler belirlendikten sonra, gerekli insan, materyel ve mali kaynakların belirlenmesi veya tahmin edilmesi gerekir. Sonuçta, kısa ve orta vadeli planlar çerçevesinde, planlamacıların uzun vadeli tahminlerine ihtiyaç vardır.

İkinci Dünya Savaşını takip eden yıllarda ekonomik planlar, ekonomik dengenin oluşturulması amacıyla geliştirilmiştir. Avrupa ülkelerinde, Doğu Avrupa'da olduğu kadar olmasa da sağlık planlaması, ekonomik planlamanın bir parçası haline gelmiştir. Özellikle 1960'ların sonu ile 1970'lerin başında, çevresel etkenler ve sağlık meslek planlamasını da kapsayan geniş bir sağlık planlaması geliştirmenin gereği anlaşılmıştır (65).

2.3. TÜRKİYE'DE KALKINMA PLANLARI ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİ

Türkiye'de 5 yıllık ekonomik kalkınma planları incelendiğinde 3. Beş Yıllık Planda, ülkedeki sağlık koşullarının düzeltilmesi görevinin kamusal yollarla gerçekleştirilmesinin temel prensip olarak kabul edildiği görülmektedir. 1973-1977 dönemini içine alan 3. plan döneminde, 224 sayılı, 1961 tarihli Temel Sağlık Yasasının veya diğer bir söyleyişle "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" adlı kanunun etkisiyle temel hedef, tüm yurttaşlara yaygınlaştırılmış sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi olmuştur. Plan'a göre bu hedefin, 1982 yılında kamu eliyle gerçekleştirilmesine çalışılacaktır (66). İlk iki plan döneminde sosyalizasyon programı çerçevesinde koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesi amaçlanmıştır. Ancak bu amacın yeterince yerine getirilememesi ve özellikle

65 WHO, *The Planning...*, A.g.k., s.10.

66 D.P.T., *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977*, Ankara, 1972, s.50.

kırsal yörelere gereksinimleri karşılayacak düzeyde sağlık hizmeti götürülememesi, tedavi edici hizmetlere olan aşırı talebi devam ettirmiştir. Üçüncü plan döneminde yataklı tedavi hizmetlerinde, nüfus başına düşen yatak sayısı bakımından belirlenen hedeflere ulaşılabilmesi olumlu bir gelişme olarak sayılabilir. (Her ilde onbin kişiye 26 yatak) Ancak bu oranın iller arasındaki dağılımında yine dengesizlikler mevcut olmuştur.

Yatak sayılarındaki iyi gelişmelere karşın, bu dönemde tedavi edici sağlık hizmetleri yine çok sayıda kurum tarafından eskisi gibi dağınık bir şekilde yürütülmekte ve bu kuruluşlara bağlı tedavi kurumlarında birbirinden farklı yapı, personel, malzeme standartları ve ücret politikaları uygulanmaktadır. İlk üç plan genel olarak, (Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversiteler dışındaki) yataklı tedavi kurumlarının tek elde toplanmasını ve tek bir sistem içinde yürütülmesini öngörmüş, ancak uygulama bu yönde olmamıştır. Bu nedenle, yaratılan yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılamamış ve kamu kuruluşlarındaki ortalama yatak kullanımı düşük olmuştur.

1979-1983 yıllarını kapsayan 4. plan döneminde, genel ilkeler ve politikalar açısından geçmiş yıllardakinden farklı yaklaşımlar görülmemektedir. Sağlık hizmetlerinin eşit ve etkili dağılımını böylece genel sağlık düzeyini yükselme hedefini gerçekleştirebilmek için sağlık alanındaki uygulamaların ayrı sistemler olduğu yargısından vazgeçilerek tek yönetim uygulamasına geçilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigorta kapsamı dışında kalanların sağlık gereksinimlerinin Devlet tarafından karşılanması ilkesel olarak belirlenmiştir (67). 1978 yılında kamu kesiminde çalışan hekimlerin çalışma koşullarını ve sorumluluklarını belirleyen "Tam Gün Çalışma Yasası"nın yürürlüğe girmesi bu dönemde önemli bir gelişme olmuştur. Yasanın etkin bir şekilde uygulanmasının özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hekim eksikliğinden doğan düşük kapasite kullanımına çözüm getireceği tahmin edilmiştir.

67 D.P.T., Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983, Ankara, 1979, s.468.

1985-1989 dönemini kapsayan Beşinci Kalkınma Planında Hükümetin, tek bir otorite altında "Tüm yurttaşlara eşit sağlık hizmeti" sağlama taahhüdünü yineleyen genel ifadeler bulunmaktadır. Bu planda, gelecekte, sektördeki ilerlemeleri etkileyecek başlıca iki politika hedefi gösterilmiştir (68): İlk olarak özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin verdikleri hizmetler karşılığında aldıkları ücretler üzerindeki tahditlerin kaldırılması ve özel hekimlerin devletle anlaşma yaparak sözleşmeli hekim statüsünde çalışmalarını yolunda devlet desteğinin sağlanması. İkinci olarak sağlık sigortasına geçişin sağlanması.

Ancak pratikte, bu politikaların neleri gerektireceği açıklığa kavuşturulmamıştır. Planın hedefleri kurumlara ilişkin konular üzerinde yoğunlaşmıştır. Halkın sağlık durumunu geliştirmeye yönelik sayılarla ifade edilen hedefler bulunmadığı gibi bu konuya ilişkin tedbirler de yer almamıştır. Hedefler, hizmetlerin yararlılığı ve etkinliğini; koruyucu tıbbın önemini; mevcut kapasitenin daha iyi kullanımını; devlet, SSK ve üniversite hastaneleri arasındaki işbirliğini; hastaların belirli kentlere akışını engellemek için bölge hastanelerinin güçlendirilmesini; tedavi hizmetlerinin geliştirilmesini ve genişletilmesini; işgücü gelişimini kapsamaktadır (69). Ancak bu hedefler, birer vaat veya temenni niteliğinde kalmış, somut sağlık sonuç hedefleri belirtilmemiştir. Fiziki alt yapıda sağlanan bazı sayısal gelişmelere rağmen, dağılım dengesizliği, insangücü ve araç-gereç eksiklikleri, kuruluşlararası koordinasyon ve işbölümü yetersizliği gibi sebeplerden dolayı hizmetlerde istenilen düzeye ulaşılamamıştır (70).

1990-1994 Dönemini kapsayan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında, dönemin sonunda, hayatta kalma umudunun 68 yıla yükseltileceğinin, bebek ölüm oranının binde 50.0'ın altına düşürüleceğinin hedeflenmesi, hiç olmazsa iki konuda sağlık sonuç hedefi belirlenmesi açısından diğer planlardan farklı bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Bunların dışında, bağışıklamada % 5, yatak sayısında 19.000, hekim sayısında 15.404, hemşire-ebe sayısında 19.436 gelişme kaydedileceği gibi sayısal hedefler

68 D.P.T, **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989**, Ankara, 1984.

69 DÜNYA BANKASI, Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü, **Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması**, Dünya Bankası Raporu, 18 Mart 1986, s.22.

70 D.P.T., **VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Gelişmeler 1984-1988**, A.g.k., s.337.

belirlenmiştir⁽⁷¹⁾. Ancak, tüm topluma eşit dengeli ve yeterli sağlık hizmeti sunulacağı; koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık ve etkinlik kazandırılacağı; temel sağlık hizmetlerinin güçlendirileceği gibi hedeflere ulaşmada sadece sayısal veriler ortaya koymak yeterli değildir. Konuya çok daha sistematik bakmak gerekmektedir. Örneğin, planda hedeflendiği gibi sağlık ocağı sayısını % 23 artırırken, sağlık ocağında çalışacak pratisyen hekim sayısını % 5 artırmak pek tutarlı görünmemektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti biriminden başlayarak, üniversite hastanelerine kadar uzanacak olan etkili hasta sevk sistemini gerçekleştirecek olan önlemlerin ne olduğu anlaşılır ve açık değildir. Bunların yanısıra, yine planda çevre sağlığına ilişkin olarak, ekonomik ve sosyal çevreden kaynaklanan risk faktörlerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması gibi stratejiler muğlak sözler izlenimi vermektedir.

Beşinci Planda olduğu gibi Altıncı Planda da herkese, her yerde, eşit, sürekli ulaştırılacak sağlık hizmetleri ilkesinin gerçekleştirilebilmesinin temel dayanağı olarak "ulusal sağlık sigortası" sistemi gösterilmiştir. Planda, sağlık sigortası kapsamının genişletileceği belirtilmiştir. Ancak, halen konuyla en yakından ilgilenenlerce bile bu sistemin yönetim ve kaynakları açısından nasıl oturtulacağı bilinmezliklerle doludur.

1987 tarihli ve 3359 sayılı "Temel Sağlık Yasası"nın temel ilkelerinden birisi teşkilatlanma ile ilgilidir. Madde 4'e göre "Genel sağlık Sigortasının tek elden yürütülmesini sağlamak amacıyla bütün sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık sigortası bölümleri ile tahsil ettikleri sağlık primlerini, mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının biri veya bu amaçla kurulmuş yeni bir kurum bünyesinde toplamaya ve bu şekilde görevlendirilen veya yeni kurulan kurumun çalışma usul ve esaslarını tesbite Bakanlar Kurulu yetkilidir" denmektedir. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kaydolmayan kişiler, bir sağlık kütüğüne geçirilecek ve bu kayıt için prim ödeyeceklerdir. Prim ödeyemeyecek durumda olanların giderleri ise tamamen sosyal yardım maksadıyla kurulmuş fon ve kuruluşlarca ödenecektir. "Sosyal Yardım ve Dayanışmayı Teşvik Fonu" olarak adlandırılan bu fon ile belediyeler aralarında işbirliği yapacaklardır. Bilindiği gibi belediyelerin asli görevlerinden biri de halkın sağlık hizmetlerinden sorumlu olmasıdır. Buna göre tedavi giderlerinin 1/4'ünün belediye, 3/4'ünün ise Fon tarafından karşılanması

⁷¹ D.P.T., *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*, Ankara, 1989, s.290.

sağlanacaktır. Böylece sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yerel idarelerin sorumluluklar artmış olacaktır.

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTLENME VE YÖNETİM

Örgütlenme (Organize etme) örgüt yapısının oluşturulması ile ilgili faaliyetler topluluğunu, bir süreci ifade eder.

Bu süreç;

- Bu faaliyetleri anlamlı ve etkili bir şekilde gruplamak
- Bu grupları belirli örgüt kademe ve pozisyonları haline getirmek ve
- Bu pozisyonlara işgörenleri atamak aşamalarını içerir (72).

Yönetim ise en basit ifadesiyle başkaları vasıtasıyla iş yapmaktır (73). Bir diğer tanıma göre ise yönetim, insanların işbirliğini sağlama ve onları bir amaca doğru yöneltme ve yürütme faaliyet ve çabalarının toplamıdır (74).

Bilinmektedir ki, etkin bir yönetimin en önemli unsuru açık, seçik tanımlanmış uygun bir organizasyon yapısıdır. İnsan sağlığının ve sağlığa ilişkin çevresel koşulların iyileştirilmesi isteniyorsa sağlık sektöründe de uygun bir organizasyon yapısına ve etkin yönetim metodlarına ihtiyaç vardır. Daha iyi yönetim gereksinmesini gösteren karakteristik belirtiler şöyle sıralanabilir (75):

- Sağlık sistemini oluşturan kurumların faaliyetlerinin üstüste binmesi, birbirlerine ters düşmesi ve rekabet halinde olmaları. Böyle bir durum kısmi bile olsa uyumlu bir sağlık sistemi bütünü oluşturmak mümkün değildir.

72 Tamer KOÇEL, *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul Üniversitesi Yayını, Ya.No.3177, İstanbul,1984, s.34'den Herbert HICKS and Ray GULLETT, *The Management of Organizations*, 3 rd Ed, McGrawHill, 1976, s.300.

73 İnan ÖZALP, *Yönetim ve Organizasyon*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ya.No.42, C.I, Eskişehir, 1986, s.5.

74 Kemal TOSUN, *İşletme Yönetimi*, Ankara, 1982, s.5.

75 OMS, *Methodes Modern...*, A.g.k., s.8.

- Finansman kurumlarının çok dağınık olması olması.
- Hizmet dağılımının, hizmetlere başvurmayan kişi veya toplulukların ihtiyaçları gözönüne alınmaksızın yapılması. Bir diğer deyişle, sağlık yönetiminin gerçek ihtiyaçlara göre değil, fiili talebe göre gerçekleştirilmesi.

Bütün iyi yönetimlerin temel prensibi, değişken kaynaklara adapte olan metodları seçmek ve iyi tanımlanmış amaçlara ulaşabilmek için bunları kullanmaktır. Gelişmekte olan ülkeler bu açıdan daha avantajlı sayılabilirler. Çünkü onların acil öncelikleri ve amaçları daha net olarak ortaya çıkabilmektedir, modern yönetimlerin sınıadıkları verimli teknikleri kullanabilmektedirler. Gelişmiş ülkelerde ise sağlık hizmetleri çok daha çeşitlenmiş amaçlara sahiptir, daha kompleks araçlar ve imkanlar kullanılmaktadır.

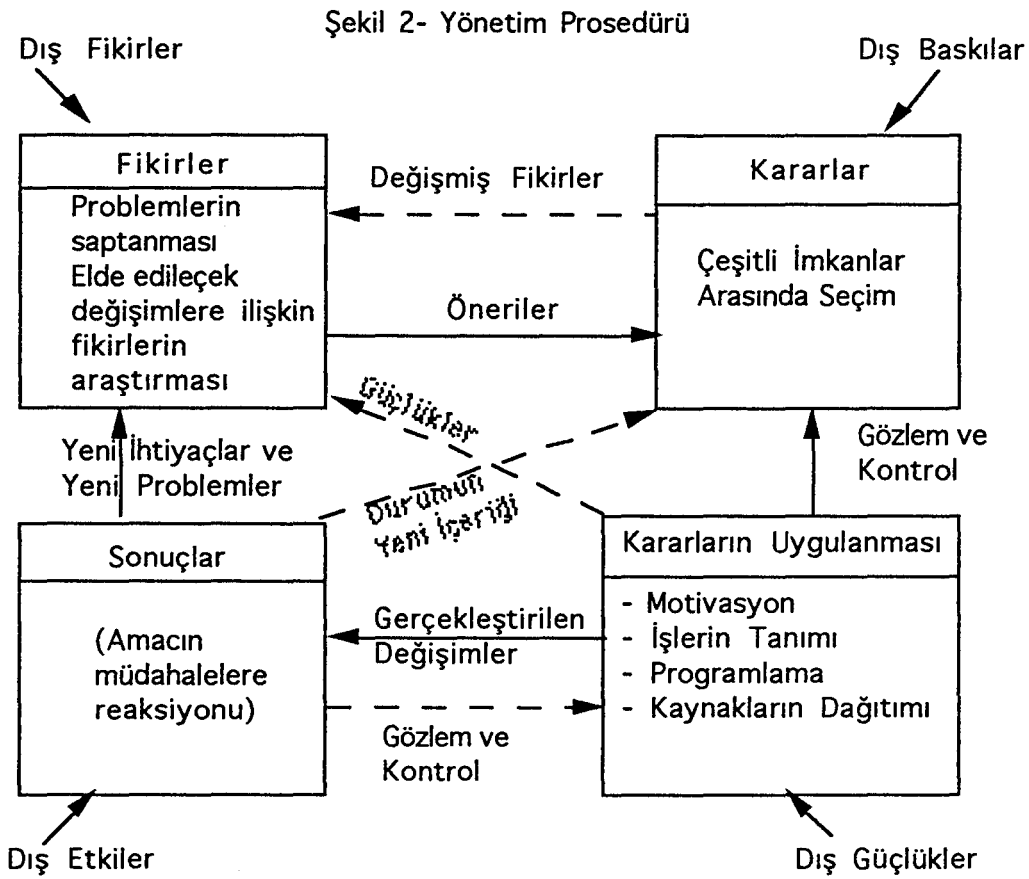
3.1. MODERN YÖNETİM METODLARI

Bir probleme ilişkin olarak karar alınırken, alınan bu kararın bir diğer sorun üzerindeki olası etkileri gereğince değerlendirilmelidir. Bir problemin ortaya çıkış nedeni tamamiyle farklı bir sektördeki politika değişikliklerinden kaynaklanabilir. Bir düzenleme sayesinde kalkınan sektörde halledilen sorun, bir diğer sektörde kendini gösterebilir. Bu nedenlerle, bir sektöre ait problemin çözümüne ilişkin kararlar alınırken "Global Sistem" çerçevesinde düşünmek gerekir. Global Sistem düşünme gerekliliği birçok ülkede çeşitli metodlara başvurma eğilimini ortaya çıkarmıştır. Bu metodlar: Sistem analizi, program bütçe gibi bilgisayarlar dayalı enformasyon sistemleri; maliyet analizi, ağ analizi gibi kaynakların verimli kullanımı temeline dayalı teknikler; personelin formasyonunu, grup içinde çalışmasını, değişimlere adaptasyonunu, organizasyon bilincini belirlemek için yapılan elemelere ilişkin psiko-sosyal ve organizasyonel metodlardır.

Şekil - 2 kamu hizmetlerinde, özellikle sağlık hizmetlerinde kullanılacak bir yönetim prosedürünü göstermektedir

Görüldüğü gibi, yönetim sürecinin karar ve hareket dönemi çözümlenecek bir problem

ve fikirlerle başlar. Değişik fikirler ve öneriler sözkonusu olmaktadır, çeşitli baskılar altında bir karar alınmaktadır. Yönetim probleminin nereden ileri geldiğini otomatikman tanımlayacak bir teknik yoktur. Ancak bir fikir edinebilmek için çeşitli "sosyal belirtiler" kullanılabilir. Ölüm ve hastalık istatistikleri gibi açık belirleyicilerin yanısıra hastaların ve tıbbi personelin memnuniyetinin ölçülmesi, personelin gelecekteki problemlerinin belirlenmesi, uluslararası karşılaştırmalar ve maliyet karşılaştırmaları gibi belirleyiciler kullanılabilir.



Problemler değişik biçimler altında kendini gösterebilecektir. Ancak, "nedir" ve "ne olabilecektir" soruları farkedildiği sürece ortaya çıkacaktır.

Örneğin:

- Bulaşıcı bir hastalığa karşı savaşmayı öngören öneriler: Bu hastalığın ekonomik önemi nedeniyle, insani nedenlerle veya kullanılabilir yeni bir mücadele biçiminin

keşfedilmesiyle ortaya çıkmıştır.

- Yükselen ölüm veya bir hastalık konusundaki kaygılar. Örneğin, gelişmiş ülkelerdeki kalp-damar hastalıkları konusundaki güncel kaygılara bağlı olarak ortaya çıkabilir.

- Toplumda sadece belli kesimlere ait olabilecek problemleri bir bütün olarak değerlendirmenin gerekliliği bilinci. Ana-çocuk sağlığı, yabancı işçilerin problemleri gibi.

- Önemli bir darboğaz nedeniyle ortaya çıkmış güçlükler. Doktor veya eczacı kıtlığı gibi.

- Kullanılabilir kaynakların giderek artan bir kısmını oluşturan harcamalar.

- Bir takım yapısal değişiklikler nedeniyle ortaya çıkabilecek problemlere karşı getirilen öneriler. Örneğin, koordinasyon güçlükleri veya mevcut durumun değişimi nedeniyle ortaya çıkabilecek diğer güçlüklerle karşı getirilen öneriler.

- Bazı araştırma sonuçlarının uygulanmasına ilişkin olarak ortaya çıkan problemler. Yeni tedavi metodlarının ortaya çıkmasıyla, geleneksel yöntemlerin etkin olmadığı konusundaki tartışmalar.

- Çeşitli mesleki gruplardaki sağlık personelinden ileri gelen baskılar.

- Devlet baskısı. Örneğin, büyük kitle tarama programlarının yapılması, en iyi hizmetin elde edilmesi gibi konularda yapılan baskılar.

- Hizmet düzeyinin düşük veya eşitsiz olduğuna dair duyulan inanç. (Bazı istatistiksel verilere göre bu inanç oluşabilmektedir).

- Uluslararası karşılaştırmaların ardından farkedilen problemler.

Tekrar Şekil - 2'ye dönülerek karar alma aşaması incelendiğinde, değişik düşünceler arasından seçim yapılmasına ilişkin yönetim sürecinde, bilimsel araştırmalardan, kişisel subjektif kararlara varıncaya kadar çeşitli yöntemler yer almaktadır. Herhangi bir sorunun değerlendirilmesinde karara varabilme güçlüğü, yeni bir düzenleme gereğini ortaya çıkarır. Burada sözü edilen güçlük belirsizlikle eş anlamlıdır. Belirsizlikler üç temel grupta sınıflandırılabilir :

- Toplumun fikirlerinin tahmini olarak belirlenmesinden ileri gelen belirsizlik (Bazı bilimsel araştırma ve anketlere yöneltilir.)

- Uygulanabilecek değişik düşünceler sözkonusu olduğunda kabul edilebilecek olanlara ilişkin belirsizlik (Belirsizliğin ortadan kalkması için politik mekanizmanın uygulanması gerekir.)

- Hemen veya gelecekte alınması gereken kararlara ilişkin belirsizlik. (Planlama hizmetlerine yöneltilir.)

Sayılan bu belirsizlikleri azaltmak için şu teknikler kullanılır:

- Kullanılabilir verilerin istatistiksel analizi veya istatistiksel tahmin teknikleri
- Sosyolojik, epidemiolojik* anketler
- Yerinde denemeler
- Simülasyon** çalışmaları.
- Girdi-çıkı analizleri

Yönetim süreci içinde alınan her kararda belirsizlik elemanları ortaya bazı baskılar çıkarmaktadır. Alınan her karara ait belirsizlik elemanı diğer sorunlara yönelik kararlar ile veya gelecekte ortaya çıkabilecek bazı sorunlar ile bir korelasyon meydana getirebilir. Örneğin, bugün yapılacak bir angajman gelecekteki bir faaliyetin serbestisini kısıtlayabilir. Ekonomik veya sosyal faaliyetlere ilişkin varsayımlara, sağlık açısından alınan önlemler etki edebilir veya mevcut fonlar ve personelin çeşitli kullanım türleri arasında birine ait

(*) Sıtkı VELİCANGİL, **Halk Sağlığı Bilimi**, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, Ya.No.46, İstanbul, 1985, s.11'den "Epidemioloji, bir toplumda sağlık ve hastalıklarla ilgili olayların nedenlerini araştıran bir bilim dalıdır. Epidemiyolojik araştırmalar yapılmadan toplumun sağlık sorunları, sorunların nedenleri, önceliklerin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması ve alınan sonuçların değerlendirilmesi gibi çalışmaların bilimsel esaslara uygun bir şekilde yapılması imkansızdır"

(**) Ünver ÇINAR, "Hasta Kabul Sistemi ve Simülasyon Metodu" ", ODTÜ Gelişme Dergisi, C.III, 1971, s.403'den "Simülasyon Metodu, analitik yaklaşımları olmayan sistem araştırmaları ve problemlerinde çeşitli hipotezlerin karar kurallarının ve alternatif işlem süreçlerinin denenmesi için model geliştirilen bir tekniktir"

belirsizlik diğeri ile bir bağıntı kurabilir. Bu tür değerlendirmeler yeterli bir koordinasyon ve planlama gerekliliğini ortaya koymaktadır. Koordinasyon kavramı akıllara hemen PPBS (Plan-Program-Bütçe Sistemi)ni getirmektedir. PPBS birçok değişik tekniği bir araya getiren bir prosedür ve organizasyon düzenidir.

Ayrıca, her bir alternatif incelendiği, yaratacağı çıktı veya sonuçların değerlendirildiği, böylece alternatifin maliyet ve faydasının ve her bir hedefin gerçekleşme olasılığının ortaya konulduğu sistem analizi de kullanılabilir. Sistem analizinde kullanılan kriterler her bir alternatifin etkinliğini ölçmekte ve onlar arasından bir tercih sırası ortaya koymaktadır (76).

Şekil- 2'de kararların uygulanması aşaması ayrıca belirtilmiştir. Bu aşamada ortaya bazı güçlükler çıkabilir. Özellikle aşağıdaki noktalara dikkat etmek gerekir (77).

- Tercih edilen amacın gerçekleştirilebilmesi için bütün aşamaların detaylı programlanması.

- Kullanılan personelin elenmesi, biçimlenmesi motivasyonu ve kadrolaşması.
- Organizasyon ve iletişimin gerçekleşmesi
- Hastane veya sağlık merkezleri gibi kurumların verimliliği.

Görülmektedir ki yönetim süreci birbiriyle bağlantı halinde olan kararlar ve fikirler zinciri gibidir.

⁷⁶ Bu konularda ayrıntılı bilgi için Bkz.: Nihat FALAY, **Program Bütçe ve Sıfır-Esaslı Bütçe Sistemleri**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Ya.No.3480, İstanbul, 1987.

⁷⁷ OMS, **Methodes Modern...**, A.g.k., s.35.

Şekil -2 'de belirtilmiş sonuçlar aşaması niteliği gereği bir yönetim aşaması değildir. Ancak yönetim sürecinde ortaya çıkan başlıca unsurların gelişimine ve kontrolüne dikkatleri çekmek amacıyla belirtilmiştir. Kişisel, spesifik projelerle veya ölüm, hastalık istatistikleri gibi çalışmalarla, demografik anketlerle ortaya çıkmayan yeni problemlerin veya yararlı değişimlerin belirlenmesinde gelişmenin incelenmesi ve kontrolü önem kazanır.

Modern yönetim metodlarının uygulanmasıyla sorunların yüzde yüz çözümleneceğini beklemek doğru değildir. Diğer birçok teknikte olduğu gibi deneyimler elde etmek ve bunlara göre, giderek yeni düzenlemeler gerçekleştirmek gerekir. Bu metodların uygulanmasında bazı pilot girişimler gerçekleştirilmelidir. Böylece elde edilen deneyimlerle metod daha basitleşecek ve adaptasyonu kolaylaşacaktır.

3.2. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE ULUSAL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

İngiltere'de 1948 yılında uygulamaya konan "Ulusal Sağlık Hizmeti(NHS)" adıyla bilinen merkezi nitelikteki sistem, bugün birçok tartışmaya neden olmaktadır. Bütün topluma eşit, ihtiyaçlar doğrultusunda ve hiçbir finansman sınırlaması olmadan hizmetleri sunmayı hedefleyen sistemin 1973 öncesi üçlü bir yapısı vardı (78). Şekil -3'de bu yapıyı görmekteyiz.

- Hastane hizmetleri (Coğrafi bölgelere göre ve hastane türlerine göre ayrılmıştır).
- Bağımsız pratisyenlerin, eczacıların, dişçilerin ve göz hekimlerinin hizmetleri.

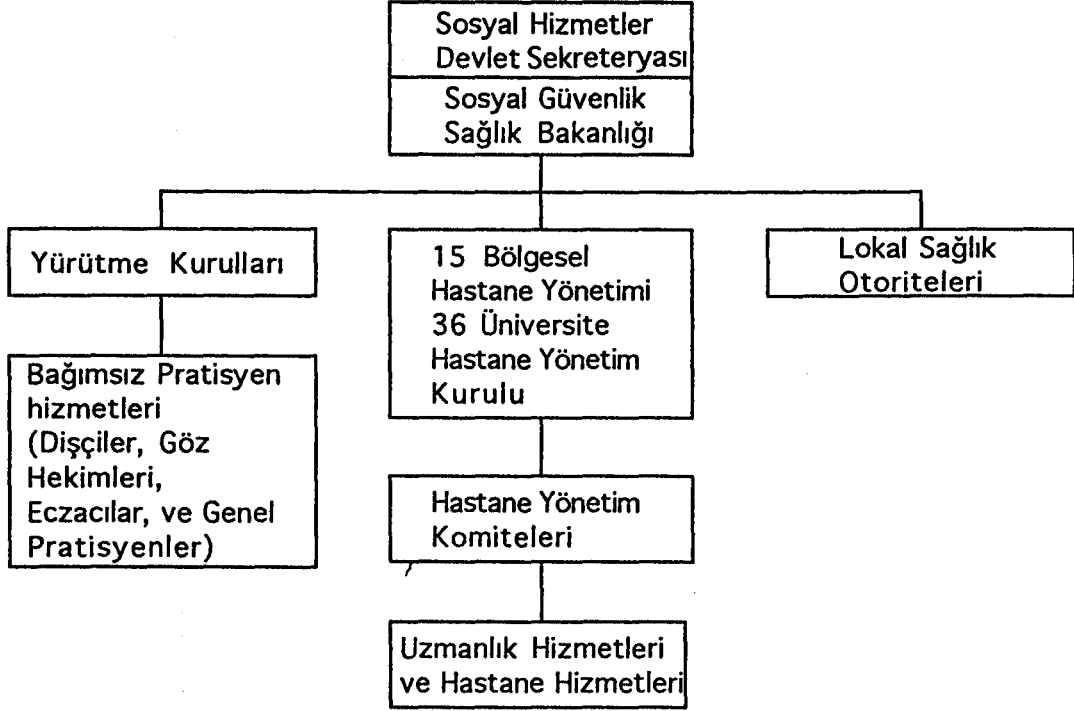
Bunlar NHS ile sözleşme yaparlar. Yürütme kurulları ücret ödemelerini idare ederek bu sözleşmede aracı olurlar.

- Mahalli sağlık otoriteleri. Hizmetlerini belirli gruplar için (ana ve çocuklar gibi)

⁷⁸ Adrian GRIFFITHS, "Le Service National de la Sante Britannique. Organisation,Financement, Ressources", *Revue Français de Finances Publiques. Le Prix de la Santé*, 1983, s.32.

gezici kliniklerle, gezgin hastanelerle yerine getirirler. Bağışıklama, aşılama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, gözetimi, beslenme ve kamu sağlığı denetiminin yapılması gibi görevleri vardır.

Şekil 3- İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetlerinin Örgüt Yapısı

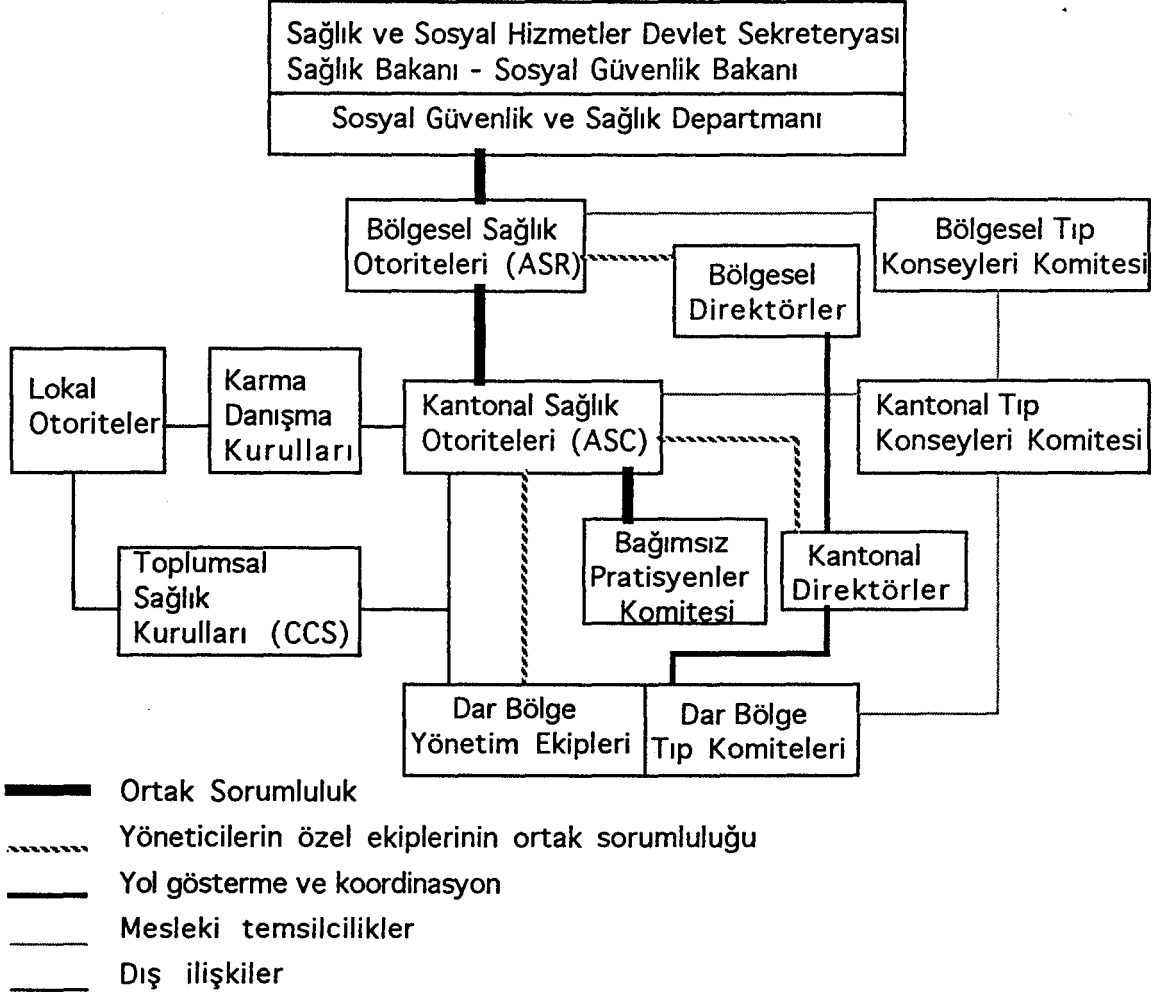


NHS personeli ücretlidir. Bunların dışında çalışanlar sözleşmelidir. Bütün İngiltere halkı NHS hizmetlerinden bedava yararlanma hakkına sahiptir. Yararlanmak isteyenler bir genel pratisyene kaydolurlar. Genel pratisyen listesine kaydolun her hasta için yıllık bir götürü gelir elde eder. Bu gelire karşılık hastanın ihtiyaç duyduğu genel tıp tedavisini sunmalıdır. Gerektiği zaman hastayı testler veya bir konsültasyon için, ya bir gezici kliniğe ya da yatmak için hastaneye gönderir.

1974'de NHS'nın üçlü yapısı birleştirilmiş tek bir yapıda gruplaştırılmıştır (79). Şekil -4'de görülen bu yapı dört yönetim aşaması içermektedir: Sosyal Güvenlik ve Sağlık Departmanı, Bölgesel, Kantonal ve Dar Bölge Sağlık Otoriteleri gibi.

79 GRIFFITHS, A.g.k., s.35.

Şekil 4- 1974-1982 Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgüt Şeması



Yeni yapı, hemen hemen geçmiştekinin bütün işlevlerini içermektedir. 1948'den beri NHS'nin dışında organize edilen başlıca beş sağlık hizmeti 1974'de de ayrı tutulmuştur .

- İş sağlığı denetimi. Çalışma Bakanlığınca yerine getirilmektedir.
- Çevre sağlığı denetimi. Lokal otoritelerin sorumluluğuna bırakılmıştır.
- Sosyal hizmetler. Lokal otoritelerin sorumluluğuna bırakılmış sosyal yardımlar.
- Askeri sağlık hizmetleri
- Hapishane sağlık hizmetleri.

Yeni yapının başında Sağlık ve Sosyal Hizmetler devlet sekreteryası ile sosyal güvenlik ve sağlık departmanı vardır*. Sağlık departmanının üç temel işlevi vardır. NHS ile hükümet arasındaki ilişkinin, özellikle stratejik düzeyde sağlık politikalarının düzenlenmesi, ödeneklerin düzenlenmesi ve bölgesel sağlık otoritelerine yol göstermek.

NHS'nin en üst düzeyinde, 1,8 ile 5 milyon arasında nüfusu olan 14 bölgesel sağlık otoritesi vardır (ASR). Temel görevleri, sağlık departmanınca önceden belirlenmiş çizgiler doğrultusunda bölgesel planları hazırlamaktır. Ayrıca alt düzeyindeki iki hizmet birimince onaylanmak üzere sunulan planları birleştirmek ve koordine etmek, gezici sağlık hizmetleri gibi bölgesel hizmetleri organize etmek gibi görevleri vardır. Her bölgesel otorite 18 ila 24 üyeden meydana gelmiştir. Bunların üçte biri bölgelerin mahalli otoritelerince atanmıştır, diğerleri ise Devlet Sağlık Sekreterliğince.

Kantonal Sağlık Otoritelerinin (ASC) üç temel fonksiyonu vardır. Dar bölgelerde (district) hazırlanmış planları koordine etmek ve çerçevelemek, sosyal hizmetlerle koordinasyonu sağlamak. Büyük çoğunlukla NHS'nin personelini kullanır. ASC'nın 15 üyesi vardır. Üçte biri lokal otoritelerce atanır, kalanlar ise Bölgesel Sağlık Otoritelerince atanır. Ancak başkanı doğrudan Devlet Sekreteryasınca atanır. Her ASC Yöndeş ASR'ye uyumlu olmaktan sorumludur.

Son olarak, yaklaşık 200 dar bölge sağlık teşkilatı vardır. Her dar bölge ortalama 250 bin kişiye hizmet eder. Dar bölge yönetim ekibi (toplum hekimi, şef eczacı, muhasebeci ve iki personel şefi) kendi bölgelerinin hizmetlerinin planlanmasından ve hizmetlerin iyi işleyişinden sorumludur. Bu ekip doğrudan ASC'ye karşı sorumludur. Her dar bölge bir Toplumsal Sağlık Kuruluna (CCS) bağlanmıştır.

(*) Sosyal güvenlik ve Sağlık departmanı, 1968'de eski Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının birleştirilmesiyle meydana getirilmişti, bu iki bakanlığın başında bir devlet sekreteryası vardı. Bu NHS'nin bir yönetim kesimi değildir. Fakat dar bölgelerin hizmetlerinin iyi işleyişinin denetiminden sorumlu bir bekleme gibidir. Muhtemel aksaklıkları bildirmek ve yeni gelişmeler hakkında düşüncelerini bildirmekten sorumludur.

Bir başka Avrupa ülkesi olan İtalya'da sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri iki büyük olay tarafından karakterize edilmektedir. Bölgesel yönetim politikasının oluşturulması ve sağlık hizmetleri üzerinde ulusal bir yasanın mevcudiyeti. Yönetimsel bölgeselleşme geleneksel ve tarihi illerin (province) bir bölgesel hükümet ünitesinde birleştirilmesi ile meydana gelmektedir.

İtalya'da sağlık hizmetleri reformu, bütün vatandaşların eşit haklara sahip olduğu bir sistem oluşturmak amacıyla idi. Var olan çoklu yönetim organlarına dayanan sistemin yerine sağlık sigortalarının yeniden düzenlendiği, birleştirildiği bir sisteme doğru gitmek üzere hazırlanmıştır. Yasa modern koruyucu devlete sosyal hizmetlerde geniş bir sorumluluk vermiştir (barınma, eğitim, taşımacılık gibi). Yeni mevzuat ile bölgelere ve Lokal otoritelere, lokal ihtiyaçlara daha iyi cevap verebilecek, o kesime özel faaliyetler konusunda yetki vermektedir (80).

1945'de sağlık hizmetlerinin, kaynak kullanımında daha rasyonel davranılacağı ve ortaya çıkabilecek problemlerin daha çabuk, kolay çözümleneceği gerekçeleriyle desantralize edilmesi bölgesel yönetimlere gitme eğilimini başlatmıştır. Ayrıca lokal, bölgesel ve merkezi düzeylerdeki otoriteleri birleştiren ortak bir sağlık ve yardım hizmetleri yönetiminin oluşturulması planlanmıştır. 1948'de yasal düzeyde gerçekleştirilen bir başka girişim ise değişik sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi düşüncesi olmuştur. 1967 sosyal güvenlik mevzuatı hizmetlerde ve sigorta ödemelerinde var olan parçalanmış yapıyı düzeltmek amacıyla olmuştur. Bu hedef 5 yıllık ekonomik kalkınma planında da belirtilmiştir. Ancak 1973'e kadar sağlık alanında yetkilerin bölgeselleşmesi konusunda ciddi uygulamalar gerçekleşmemiştir. Bölgeler arası boyutları, karakterleri ve kaynakları açısından büyük farklılıklar mevcut olmuştur. Bölgesel planda sağlık hizmetleriyle sosyal hizmetler arasında kurumsal ilişkiler varolmamış ve bu iki hizmet kategorisinin birleştirilmesi için yapısal düzenlemelere gitme eğilimi doğmuştur.

80 O.M.S., Bureau Regionale de L'Europe, *La Santé Publique en Europe. La Coordination des Services de Santé et des Services Sociaux Dans Quatre Pays: Autriche, Italie, Pologne et Suede*, Copenhagen, 1979, s.31-35.

.Lokal komiteler çoğunlukla geleneksel türde kamu sağlığı faaliyetleri sürdürmektedir, özellikle koruyucu hizmetlerde yoğunlaşmıştır. Ancak eğer öngörülen sistem etkili bir şekilde uygulamaya konabilirse üç ayrı işleve sahip olacaktır: Hastane hizmetleri, sosyal güvenlik ve lokal kamu sağlığı hizmetleri.

Var olan yapıda, sağlık hizmetleri organizasyonundan sorumlu Sağlık Bakanlığı ile Sosyal İşler ve Çalışma Bakanlığı bulunmaktadır. Sosyal işler ve Çalışma Bakanlığına bağlı Ulusal Hastalık Sigortası Enstitüsü (INAM) ücretli çalışanlar için zorunlu sigorta rejimini yönetmektedir. Diğer sigorta sistemleri ise bağımsız çalışanlar (çiftçi, tüccar, zanaatkar) ve diğer meslek grupları (Doktor, eczacı, veteriner, avukat v.s.) içindir.

İtalya'da Sosyal İşler ve Çalışma Bakanlığı genel sosyal güvenlik politikasından sorumludur. INAM'ın sigorta programı 1943-1950 yasalarına dayanmaktadır. (Biri hastalık diğeri analık sigortasına ilişkindir.) Tıbbi bakım gerek pratisyen hekimlerce veya hastanelerde doğrudan, gerek yapılan masrafların geri ödenmesi biçiminde dolaylı olarak yapılır. Uzman tedavisi (çocuk tedavisi dışında) INAM'ın sağlık merkezlerinde veya Enstitü ile anlaşmalı uzmanlarca sağlanır.

Görülmektedir ki, İtalya'da sağlık sektörü organizasyonu, bir yandan politikaların oluşturulması ve tüm vatandaşların yararlanabileceği bir sağlık ve sosyal yardım sigorta sisteminin işletilmesi açısından bütünleşmeye gitme eğilimindedir. Diğer yandan ise hizmetlerin yerinde, daha çabuk ve kolay çözümlenebilmesi gerekçeleriyle, hizmetin sunulması açısından desantralizasyona gitme çalışmaları sürdürülmektedir.

Doğu Avrupa Ülkelerinden Polonya'da sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler tamamıyla Sosyal Sigorta ve Sağlık Bakanlığına bırakılmıştır. Ancak yapısal olarak bu iki yönetim birarada bulunmakla beraber her birinin kendi bütçesi vardır.

Ülke yönetsel olarak 17 province'a (voivodies) ve bunların oluşturduğu 5 metropoliten bölgeye ayrılmıştır. Bu bölünme ayrıca kırsal ve kentsel kantonların bulunduğu en alt kısımlara ayrılmıştır. Her bir yönetimde Bakanlık düzeyinde sağlık ve sosyal hizmetler yapılmaktadır. (81).

81 O.M.S.,La Santé..., A.g.k., s.37-42.

Bu sistem, ülkenin sosyal ihtiyaçlarının ve sosyal politikasının gereği olarak ortaya çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşından önce Sosyal Yardım ve Çalışma Bakanlığında sağlık problemlerinden sorumlu bir bölüm mevcuttu. Savaştan sonra ayrı bir sağlık bakanlığı kuruldu. Daha sonra sağlık alanında sigorta zorunluluğu ayrı bir yönetimin gerekliliğini ortaya koydu ve böylece Sosyal Yardım ve Sağlık Bakanlığı meydana geldi.

Bu hizmetlerin yönetim ve organizasyonunun gelişimi iki ayrı dönemde incelenebilir. Birincisi merkezleşmenin ön plana çıktığı dönem, ikincisi ise 1960'ların ilk yıllarındaki dönemdir. Bu dönem büyük bir desantralizasyonla birlikte değişik düzeylerdeki sosyal sigorta ve sağlık yönetimlerinin birleştirilmesi ile karakterize edilebilir.

Sosyal yardımların ve sağlığın aynı bakanlığın altında biraraya getirilmesinin ardından, Partinin merkez komitesinin politik bürosu Bakanlığa bir ulusal sağlık hizmeti planının hazırlanması görevini verdi. 1973 yılında bu plan kabul edildi. Planın uygulanabilmesi için faaliyetleri sağlıkla bağlantılı olan bütün bakanlıkların (çevre korumacılığı, ulusal eğitim, sanayi ve tarım, gıda endüstrisi gibi) koordinasyonu gerekmektedir. Bakanlıklar arasındaki koordinasyon Sağlık ve Sosyal Sigorta Bakanlığınca yapılmaktadır. 1990 yılına kadar uzanan sağlık planında temel amaç, toplumun bütününe tıbbın pratik ve teorik gelişmelerine uygun hizmetleri ve yeterli sosyal yardımları sunmaktır. Planda, sosyal yardım merkezlerine, hastanelere, gezici kırsal tedavi dispanserlerine, kreşlere, emekli merkezlerine ilişkin hedefler de bulunmaktadır. Bu doğrultuda daha önce bağımsız olan sağlık hizmetleri, hastanelerin, gezici dispanserlerin ve acil hizmetlerin belirli bölgelerde gruplaştırılmasıyla birleştirilmiş olacaktır.

Bir diğer Avrupa ülkesi olan Avusturya, yasama yetkisinin (Lander) adı verilen 9 il ve merkezi hükümet arasında paylaşıldığı federal bir devlettir (82).

Sağlık ve Çevre Korumacılığı Bakanlığının işlevi, illerdeki faaliyetlerin koordinasyonudur.

82 O.M.S., La Santé..., A.g.k., s.21-29.

Sağlık ve sosyal hizmetler yönetimi, federal düzeyde Sosyal İşler Bakanlığı'na bırakılmıştır. Bugün bu iki sorumluluğun birbirinden ayrılmış olmasının nedenleri çok açık değildir. Birçok olasılıktan sözedilebilir. Bir bakanlığın tüm sağlık, sosyal ve güvenlik hizmetlerini ülke düzeyinde gerçekleştirmeye çalışması güçlülere neden olmuş ve başka bir bakanlığı gerektirmiş olabilir. Diğer yandan, sağlık kurumları veya profesyonelleri çok yönlü bir bakanlığın içinde kendi kimliklerini kaybetme ve mali kaynakların bölüşümünde kendi sektörlerinin öncelikli olmadığını görme endişesi yaşamış olabilirler. Bu iki bakanlık arasında, kişisel ilişkilerin dışında hiçbir kurumsal bağlantı yoktur.

Sağlık ve Çevre Korumacılığı Bakanlığının işlevleri temelde normatiftir ve özellikle kamu sağlığı alanını kapsamaktadır. Federal hükümet hastanelerin yapım ve donanım masraflarını karşılamada katkıda bulunur. İşletme harcamaları büyük ölçüde lokal ve il otoritelerince yüklenilir. Federal hükümet aynı zamanda bazı araştırma kurumlarını desteklemektedir.

Sosyal İşler Federal Bakanlığı sosyal güvenlik, kaza ve hastalık sigortası, yaşlılık sigortası alanlarında mevzuatı tanzim eder. Daha önce de belirtildiği gibi Avusturya'da Federal düzeyde sosyal hizmet ve sağlık yönetimi arasında ortak faaliyetler bakımından yasal düzenlemeler yoktur. Bu ilişkiler ancak belirli durumlarda hizmetlerin karışması ili ortaya çıkabilir. Örneğin, yardıma muhtaç çocuklar ve yaşlılar bir tıbbi hastalık tedavisi sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyduklarında iki kurum arasında ilişkiler doğabilir.

3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTLENME

Türkiye Büyük Millet meclisi Hükümetinin kuruluşunun ardından 3 Mayıs 1920'de "Sihhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti" adı altında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurularak sağlık hizmetleri ilk defa bir devlet görevi olarak ele alınmıştır. 1923'de Cumhuriyetin ilanı ile Sağlık Bakanlığı kendisine ait 950, tüm yurtda ise toplam 6377 hastane yatağı ile işe başlamıştır (83).

1925 yılında hazırlanan ilk çalışma programında sağlık sorunları şöyle saptanmıştır (84):

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek.
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak.
- Satma, verem, trahom, frengi gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek.
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek.
- Merkez hıfzısıhha enstitüsü ve hıfzısıhha okulu kurmak.

Sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki önemli gelişmelerden bir diğeri Sosyal Sigortalar Kurumunun kuruluşudur. 1.1.1946 yılında yürürlüğe giren 4792 Sayılı Kanun ile "İşçi Sigortaları Kurumu" adı altında, Çalışma Bakanlığına bağlı, özel hukuk hükümlerine tabi, mali ve idari bakımdan özerk, tüzel kişiliğe sahip bir devlet kurumu olarak kurulmuştur. 1.3.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 Sayılı Kanun ile adı "Sosyal Sigortalar Kurumu" olarak değiştirilmiştir (85).

Sağlık alanında en önemli gelişme ise 1961 Anayasasında sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine yer verilmesi olmuştur.

Madde 48'e göre: "herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için Sosyal Sigortalar ve Sosyal Yardım Teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir."

Madde 49'a göre: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir."

Devleti, bireylerin sağlığını korumakla sorumlu tutan bu anlayış 1982 Anayasası ile daha farklı bir biçime dönüşmüştür.

83 S.S.Y.B., Sağlık Çalışmalarında 40 Yıl, Ankara, 1964, s.17.

84 Ülgen AKIN-Serap AKSOY, Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ya.No.332, Ankara, 1985, s.9.

85 D.P.T., Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, A.g.k., s.12.

Madde 56'ya göre: "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Böylece 1982 Anayasası ile ilk kez sağlık hizmetlerinde özel sektörden söz edilmiş, devlet ve birey çevre sağlığını korumakla görevlendirilmiş. Ayrıca ülke çapında genel sağlık sigortasının kurulması fikri getirilmiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlarca gerçekleştirilmektedir. Bu yapı hizmetlerin götürülmesinde etkili bir koordinasyonu güçleştirmektedir. Sağlık hizmetlerinde en önemli paya sahip S.S.Y.B. politika oluşturma ve hizmetlerin koordinasyonu görevinde etkili bir rol oynayamamaktadır. S.S.Y.B. dışında tedavi hekimliği veren kuruluşlar şöyle sıralanabilir:

- Sosyal Sigortalar Kurumu
- Milli Savunma Bakanlığı
- Üniversiteler
- Belediyeler
- Diğer Bakanlıklar
- Diğer (Dernekler, Yabancılar, Azınlıklar, Özel)

Ordunun sağlık örgütü, üyelerinin, emeklilerinin ve bu kişilerin bakmakla yükümlü olduğu yakınlarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Ancak, hastane ve yatak sayılarının ötesinde bu örgütün yaptığı çalışmalar hakkında pek az bilgi bulunabilmektedir. Diğer bakanlıklar (Milli Eğitim, Gençlik ve Spor) ve kamu kuruluşları (P.T.T., T.C.D.D.) kendi sağlık kuruluşlarını işletmektedir. Kar amaçlı bir çok özel sektör hastanesine ek olarak dini grup ve azınlıkların ve bazı yabancı toplulukların hastaneleri bulunmaktadır.

Bütün bu sayılan organizasyonlara rağmen Türkiye'de sağlığa ilişkin harcamaların çoğunun yapıldığı, sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün verildiği üç büyük sistem bulunmaktadır. Bunlar: S.S.Y.B, S.S.K. ve Tıp Fakülteleridir.

Özel sektör, sağlık kesiminde yapılan harcamaların yarısına yakın bir paya sahip olmakla beraber, çalışma kamu sektörüne ilişkin bir değerlendirme olduğu için ayrıntılı biçimde incelenmemiştir.

3.3.1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı 527 kurum sayısı, 66.428 hasta yatağı ile (1988 yılı rakamları) sağlık hizmetlerini sağlayan en büyük kuruluştur. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerini sağlayan tek kuruluştur.

Aşağıda S.S.Y.B.'nin merkez teşkilat yapısı verilmiştir ⁽⁸⁶⁾. Bakanlığın en üst kademesinde Sağlık Bakanı bulunmaktadır. Bakana doğrudan bağlı müşavirler ve bir Teftiş Kurulu vardır. Yüksek sağlık Şurası, bakanın çağrısı üzerine yılda iki kez toplanır. Bakanın altında bir müsteşar ve müsteşar yardımcıları bulunmaktadır. Bakanlık hiyerarşisinin bir alt seviyesinde genel müdürlükler ve daire başkanları yer almaktadır.

⁸⁶ RG., T.14.12.1983, s.223.

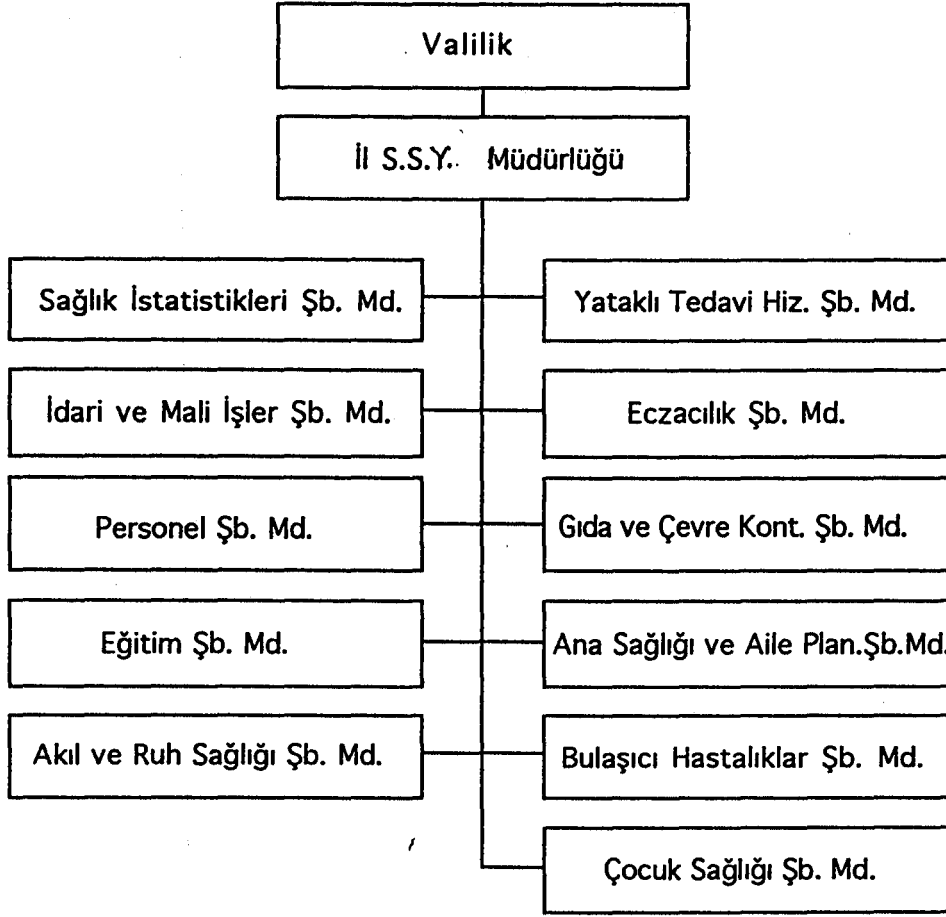
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Müsteşar	Müsteşar Yrd.	Ana Hizmet Birimleri	Danışma ve Denetim Birimleri	Yardımcı Birimler
Müsteşar	Müsteşar Yrd. Müsteşar Yrd. Müsteşar Yrd.	1.Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md. 2.Tedavi Hizmetleri Gn. Md. 3.İlaç ve Eczacılık Gn. Md. 4.Sağlık Eğitimi Gn. Md. 5.Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn. Md. 6.Sıtma Savaşı Da. Bşk. 7.Verem Savaşı Da. Bşk. 8.Kanserle Savaş Da. Bşk. 9.Dış İlişkiler Da. Bşk.	1.Teftiş Kurulu Bşk. 2.A.G.P.K Kurulu Bşk. 3.Hukuk Müşavirliği 4.Bakanlık Müşavirliği	1.Personel Gn. Md. 2.Komptrolürlük Gn. Md. 3.Destek Hizmetleri 4.Genel Sekreterlik 5.Savunma Sekreterliği 6.Özel Kalem Md.

Sağlık Bakanlığının hizmetleri yerel seviyede İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. Aşağıda teşkilat yapıları verilmiştir (87).

İl sağlık Müdürü, yerel seviyede sağlık hizmetlerinden valiye karşı sorumludur. Vali ise bütün bakanlıklara karşı sorumludur. Sağlık müdürüne bağlı müdür yardımcıları bulunmaktadır. Bunların dışında doğrudan sağlık müdürüne karşı sorumlu şube müdürleri çalışmaktadır. İl düzeyinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu olan birimler sağlık merkezleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı dispanserleri, verem dispanserleri ve hastanelerdir.

87 S.S.Y.B, İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü Teşkilatı ve Görevleri, S.S.Y.B. Yayını, Ya.No.508, Ankara, 1984, s.4.



Sağlık Bakanlığının görevlileri sadece bakanlığın kurumları üzerinde yetki sahibidir. Ancak, sağlık hizmetleriyle ilgili diğer kuruluşlar, örneğin, özel hastaneler, ilaç, sağlık ve beslenmeye ilgili ürünlerin imalatçıları üzerinde de denetleme ve lisans verme hakkına sahiptir. Sağlık Bakanlığının, Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler üzerinde hiçbir yetkisi yoktur.

Bakanlığın Merkez teşkilatında genel müdürlükler düzeyinde sağlık hizmetleri tanımlanmış faaliyet kollarına göre birbirinden ayrılmıştır. Ancak bu genel müdürlüklerin sorumluluk sahaları çoğu kez birbirini ihlal etmektedir. Genel müdürlükler arasındaki bu koordinasyon güçlükleri kaynakların bütün hizmet alanlarına uygun dağılımını engellemektedir. Sorumluluk alanları her genel müdürlüğün performansının etkili biçimde değerlendirilmesini sağlayacak ölçüde tanımlanmamıştır (88). Bunun dışında Bakanlık

88 D.P.T., Master Plan..., A.g.k., s.76.

ile İl Sağlık Müdürlükleri arasındaki iletişim bağları da zayıftır. Bu durum yukarıdan aşağıya talimatların yerine getirilmesinde gecikmelere neden olmaktadır. Bütün iletişim valilik makamından geçmektedir. Birçok genel müdürlük ve daire başkanlığından gelen talimatlar uygulamada güçlüklereden neden olmakta, her biri il teşkilatı ile ayrı, ayrı iletişim kurmaya çalışmakta ve karışıklıklara neden olmaktadır. İletişim güçlükleri ve gecikmeler aşağıdan yukarıya da meydana gelmektedir. En basit kararlarda bile yukarı makamlara danışma eğilimindeki 73 il sağlık müdürlüğünün bu tavrı güçlüklereden, iletişim gecikmelerine neden olmaktadır.

3.3.2. Sosyal Sigortalar Kurumu

Mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik nitelikteki risklere karşı fertleri korumak ve bu risklerden doğan zararları gidermeyi amaçlayan bir sistemi ifade eden sosyal güvenlik (89) daha önce de belirtildiği gibi Anayasamızın 48. maddesi ile sosyal devlet kavramına anlam veren temel ilkelerden biri olarak kabul edilmiştir.

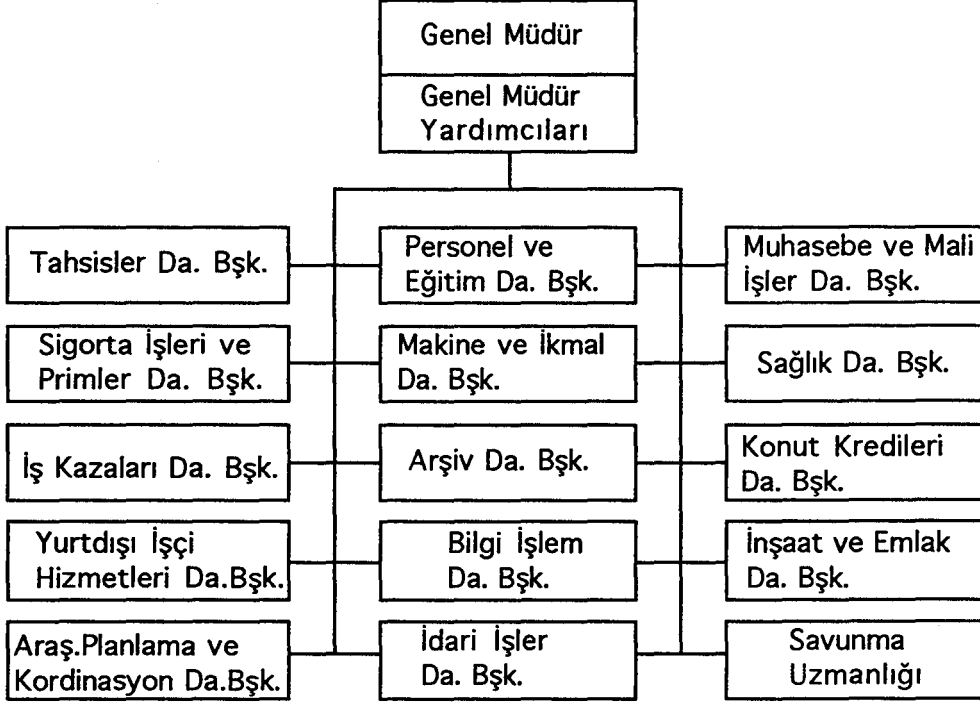
Aşağıda, S.S.K.'nın merkezi organizasyon yapısı verilmiştir (90).

S.S.K. Genel Müdürlüğü Merkez teşkilatında bulunan üç daire sağlık hizmetlerinin sağlanması sorumluluğunu yüklenmiştir. Bunlar; Sağlık Dairesi, Makina ve Teçhizat Dairesi, İnşaat ve Emlak Dairesi Başkanlıklarıdır. Bu daireler arasında koordinasyonun zayıf olması durumunda hizmetlerin sağlanması açısından güçlüklerin ortaya çıkması doğaldır. Örneğin, sağlık kuruluşlarına gerekli olan teçhizatın vaktinde götürülmesi için teçhizat dairesinin taleplere etkili bir biçimde cevap vermesi gerekir.

89 Ercan GÜVEN, *Sosyal Sigortalar Genel Uygulama İlkeleri ve Sigorta Kolları*, Eskişehir İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayını, Ya.No.149/91,Eskişehir, 1976, s.1.

90 S.S.K., *1990 Yılı Faaliyet Raporu*, s.73.

Sosyal Sigortalar Kurumu Merkez Teşkilatı



Sağlık Dairesi Başkanlığına bağlı olmak üzere dört bölgede (Ankara, İstanbul, İzmir, Zonguldak) bölge sağlık işleri müdürlükleri kurulmuştur . Bu müdürler ve bölgesel teşkilat yapısı olmayan yörelerdeki hastanelerin başhekimleri doğrudan Sağlık Dairesi Başkanlığına karşı sorumludurlar. Bu nedenle çok sayıda yönetici tek amire rapor vermektedir. Bu durum etkili bir koordinasyon ve kontrol için uygun değildir.

3.3.3. Üniversiteler

Üniversitelerin bünyesindeki tıp, eczacılık, diş hekimliği fakülteleri, hemşirelik, sağlık meslek okulları v.s. sağlık alanında eğitimin ve araştırma çalışmalarının gerçekleştirildiği kurumlardır.

Üniversite eğitim hastanelerinin tıp eğitimi ve araştırmalarının gerçekleştirilmesinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sağlanması sorumluluğu vardır.

Aslında buralardaki hizmet sunumu, eğitim ve araştırmanın bir yan ürünü olarak kabul edilmektedir.

Üniversite hastaneleri ücretini ödeyen herkese hizmet vermektedir. Emekli Sandığına bağlı devlet memurları kişisel olarak harcamada bulunmadan bu hastanelerde tedavi olabilirler. S.S.K. Hastanelerinden eğer tedavi olanağı olmadığına karar verilirse bu hastanelere hasta transferi yapılabilir.

Üniversite rektörleri hastanelerin en üst yöneticisi olan başhekimini tayin ederler. Başhekimlik makamı için kıdem veya kariyer sınırlaması yoktur. Ayrıca her uzmanlık bölümünün başına kıdemli bir klinisyen tayin edilir.

Türkiye'de 23 Tıp Fakültesi Hastanesi bulunmaktadır. Bu sayı sağlık sektörüne işgücü kaynağı yetiştirmek gerekçesiyle giderek artırılmak istenmektedir. Ancak, başta öğretim elemanı eksikliği olmak üzere bina, makina ve teçhizat yetersizliğinin neden olacağı düşük kalitede sağlık personeli yetiştirmek kaygıları bu konuyu tartışmalı hale getirmiştir.

Görülmektedir ki Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunda çok sayıda kuruluş bulunmaktadır. Bu durum hizmetlerin tekrarlanmasına ve kaynakların ısrafına neden olmaktadır. Ancak, rekabetin yapacağı olumlu etkiler de vardır. Örneğin, SSK veya Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerden üniversite hastanelerine yapılabilecek hasta sevki bu hastanelerde daha verimli çalışma koşullarının oluşturulmasında etkili olabilir.

Gerek S.S.K., gerek Sağlık Bakanlığı hastanelerinin organizasyonu tamamiyle merkeziyetçi ve hiyerarşiktir. Kararlar hiyerarşinin üst kademelerine bırakılmıştır. Üst kademedekilerin alınan kararların yararı ve maliyetleri hakkında yeterli saptamaları yapmak için ne yeterli bilgileri, ne de zamanları bulunmaktadır. Deneme yanılma yoluyla sık, sık kararlar değişebilmektedir. Örneğin, önceki yıllarda sağlık personelinin tam gün çalışması hakkında birkaç kez çıkan ve kaldırılan kanun günümüzde yine tartışılan bir konudur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN MALİYETİ

Günümüzde bütün ülkelerde, özellikle sanayileşmiş ülkelerde sağlık harcamaları giderek yükselen oranlarda artmaktadır. Bu artış zaman, zaman gayri safi ulusal gelirlerin artışından daha fazla olabilmektedir. Ancak, hastalıkların neden olduğu ekonomik yüklerin gerçek ifadesi sadece sağlık harcamalarındaki artışlar değildir. Aynı zamanda, erken ölümlerin, sakatlıkların ve hastalıkların üretim açısından yarattığı kayıpları da hesaba katmak gerekir. Hatta ideal olanı, hastalıklardan doğan acıları, sıkıntıları da hesaplamaaktır. Fakat, bugüne kadar kimse sağlıksızlık nedeniyle çekilen üzüntü ve sıkıntıların anlamlı bir değerlendirmesini yapıp maliyetlere ilave edememiştir. Çoğunlukla üretim kayıplarından meydana gelen zararları tahmin edebilmek mümkün olmuştur. Sağlık harcamaları sağlık sektörünün dolaysız maliyetlerini, üretimde meydana gelen zararlar ise dolaylı maliyetleri ifade etmektedir.

1.1. SAĞLIĞIN DOLAYSIZ MALİYETLERİ

Dolaysız maliyetler, koruyuculuğa, tanı, tedavi ve readaptasyon kurumlarına, uzun süreli bakım gerektiren hastalık durumlarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyetler bütünüdür⁽⁹¹⁾.

⁹¹ Björn LINDGREN, "Les Coûts de la Maladie: Methode et Résultats", *Revue Française de Finances Publiques. Le Prix de la Santé*, 1983, s.202.

Uygulamada dolaysız sağlık maliyetlerini her zaman net olarak saptamak m¼mk¼n olmayabilir. ¼rneđin, hastalıklardan ileri gelenleri, diğer sağlık maliyetlerinden ayırdetmek gerektiğinde çeşitli g¼l¼kler ortaya çıkabilir. ¼zellikle yaşlı kişilere ve çocuklara yapılan harcamaların tedavi niteliği olup olmadığı açık değildir. Onların s¼rekli kullandığı bazı ilaçlar (¼rneđin, vitaminler) ve periyodik kontroller hastalıkların olmadığı durumlarda da gerçekleştirilir. Diğer yandan, detaylı d¼ř¼n¼ld¼đ¼nde koruyucu sağlık harcamalarına tamamen, tıp dışı bazı ¼nlemleri ilave etmek gerekir. ¼rneđin, arabalardaki g¼venlik kemerlerinin veya filtreli sigaraların maliyetleri gibi. Sağlık sekt¼rt¼ne ilişkin olmayan dolaysız maliyetlere hastaneye veya doktora ulaşım maliyetleri de ilave edilebilir.

Dolaysız maliyetlere kolaylıkla ulaşabilmek için ulusal hesaplardan hareket edilmektedir. Gerek ¼zel sekt¼rde, gerek kamu sekt¼r¼nde koruyuculuğa, tedaviye veya sağlık eğitimine ilişkin b¼t¼n harcamaların biraraya getirilmesi gerekir.

1.2. SAĞLIĞIN DOLAYLI MALİYETLERİ

Dolaylı maliyetler k¼t¼ bir sağlık durumundan ileri gelen ¼retim zararlarıdır.

Sağlıksızlığın yarattığı maliyetlere ulaşabilmek için ¼ncelikle, bir yıldan kısa s¼ren hastalıklar veya d¼ř¼k kapasiteli çalışmadan ileri gelen ¼retim zararlarını bulmak gerekir. Dolaylı maliyetlerin bir kısmı ise sağlıksızlık nedeniyle s¼rekli d¼ř¼k kapasitede çalışmadan ileri gelen ¼retim zararlarıdır. Son olarak, erken ¼l¼mlerin neden olduğu ¼retim zararlarını bulmak gerekir (92).

Kısa ve uzun s¼reli hastalıkların maliyetlerini hesaplayabilmek için bu hastalıkların ortalama s¼resini, yaşa ve cinsiyete g¼re dağılımını ve yine yaşa ve cinsiyete g¼re ortalama gelirleri bilmek gerekmektedir. Erken ¼l¼mlerden ileri gelen zararlara ulaşabilmek için gereken veriler ise şoye sıralanabilir: Hastalık t¼rlerine g¼re ¼l¼mlerin yaş ve cinsiyetlere g¼re dağılımı, yaş ve cinsiyetlere g¼re toplumun ortalama kazançları ve yine yaş ve cinsiyetlere g¼re yaşamı s¼rd¼rebilme (hayatta kalabilme) olasılıkları.

A.B.D.'de sağlık harcamaları ekonomisine ilişkin olarak yapılan çalışmalarda iki

92 LINDGREN, A.g.k., s.204.

yaklaşım görülmektedir (⁹³). Global analiz denilen birincisinde, sağlık harcamalarından elde edilen faydalar ortaya konmaya çalışılmıştır. İlk bakışta maliyetler kolaylıkla belirlenebilir gözükmektedir. Çünkü hizmetin yerine getirilmesi için gereksinim duyulan şeyler piyasadan satın alınmaktadır. Ancak bilindiği gibi sağlık sadece yapılan tıbbi hizmetlerin miktarına bağlı değildir. Konut standardı, beslenme düzeyi, temizlik sorunu gibi diğer faktörlere de bağlıdır. Bu iki noktanın birbirinden ayrılması oldukça güçtür.

Normal yaklaşım denilen ikinci yaklaşımda, hastalıklar nedeniyle üretimde meydana gelen kayıplara dayalı değerlendirmeler yapılmaya çalışılmıştır. Sağlıksızlık nedeniyle kaybedilen çalışma zamanı tahmin edilerek, bir zaman aralığı olarak değerlendirilip bunun maliyetlere ilave edilmesi gerekmektedir. Ancak oldukça karmaşık bir iştir. Eğer ortalama kazançlar kıstas olarak alınırsa gelecekte işsiz kalınacak dönem nasıl saptanacaktır. Ayrıca ekonomik gelişmenin bu zaman aralığına etkisi nasıl tahmin edilecektir. Yani eğitim, teknolojik gelişme, ekonomik büyüme gibi etkenler de gelecekteki kazançları etkilemektedir. Bu durumda, sadece sağlığı bu diğer etkenlerden ayırıp yararlarını belirlemek güç olacaktır.

Dolaylı maliyetleri belirlemede karşılaşılan başka güçlükler de vardır. Hastalıklar cinsler arasında aynı etkiyi göstermez. Burada ortaya çıkan sorun, eski bir ekonomik ölçme sorunu olan ev kadınlarının hizmetlerinin değerlendirilmesidir. Aynı şekilde, yaş grupları açısından düşünüldüğünde hastalıkların etkisi farklıdır. Emekli bir insanın veya bebeğin ekonomik anlamda değeri nasıl hesaplanacaktır, ancak kabataslak değerlendirmelere gidilebilir.

2. SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; kamu genel bütçesi, zorunlu sosyal sigorta, özel sigortacılık veya kapalı ağ sistemi ve hizmetbaşı bedel ödeme olmak üzere başlıca

⁹³ G.H. PETERS, *Cost Benefit Analysis and Public Expenditure*, Published By The Institute of Economic Affairs, 1973, s.58.

dört model vardır (94). Birinci modelde tüm hizmetler devlet tarafından karşılanır. Hizmet, talep edenlere genellikle ücretsiz olarak sunulur. Zorunlu sigorta sisteminde kişiler sürekli olarak ödedikleri primlerle sigortalanırlar. Hizmete gereksinimleri olduğu zaman, bunların bedelleri sigortaları tarafından ödenir. Özel sigortacılığın işleyişi de aynı biçimdedir. Yalnız aralarındaki fark özel sigortada sigortalanmanın isteğe bağlı olmasıdır. Hizmetbaşı ödeme sisteminin esası, kişilerin hizmeti satın alırken bedelini ödemesidir.

Sağlık hizmetlerinin finansman biçimleri, her bir ülkenin kendi sosyal ve tarihi gelişimine göre farklılıklar göstermektedir.

Birçok ülkeyi gözönüne alarak yapılan çalışmalarda, hizmet türüne göre finansman yöntemleri genel çizgileriyle şöyle özetlenebilir: Kişisel olmayan kamu sağlığı hizmetleri, yani kollektif hizmetler olarak nitelendirilebilecek hizmetler hemen, hemen tamamiyle kamu kurumlarınca finanse edilmektedir. Kişisel hizmetlerin finansman yöntemlerinde ise ülkelerin gelir düzeyi önemli rol oynamaktadır. Gelir düzeyi düşük ülkelerde zorunlu sigorta, ulusal gelirden pay alan kesimin büyük bölümünü içermektedir. Para ekonomisinin varlığı varsayımı altında, çalışanların ve işverenlerin gereken kesintileri ödediği ve kamu yönetimlerinin zora dayalı olarak bunları topladığı zorunlu sigorta sisteminde, kamu gücü sağlık sektöründe büyük bir rol oynamaktadır.

Gelir düzeyi daha yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı başlıca dört kaynaktan sağlanmaktadır. Bunlar; devlet, zorunlu sigorta, isteğe bağlı sigorta ve hastaların dolaysız ödemeleridir.

Dikkati çeken bir diğer nokta, bütün ülkeler gözönüne alındığında, ruh sağlığı hastanelerinin büyük çoğunlukla, kamu kesimince ele alınması ve finanse edilmesidir. Bu durum şüphesiz ruhsal hastalıklara geleneksel olarak bir korku ve şüpheyle yaklaşılmasından ileri gelmektedir.

Dünya Sağlık Teşkilatının periyodik olarak hazırladığı raporlara göre, çeşitli

⁹⁴ Recep AKDUR, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Karşılaştırılması", Ankara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi, Araştırma No.35, Ankara, 1988, s.7.

ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansman yapısı genel bir şekilde aşağıdaki gibi özetlenebilir⁽⁹⁵⁾.

İsteğe bağlı sigorta sistemi düşük gelirli ülkelerde pek bilinmemektedir. Bu ülkelerde, kamu kurumu olarak örgütlenmiş hastaneler ve diğer sağlık merkezleri toplumun büyük bir kesimine yönelik olarak faaliyet gösterirler. Hastane, dispanserler, tıbbi çevre sağlığı merkezleri, poliklinikler kişisel tedavi hizmetlerinin yanısıra, ülkelere göre değişen miktarlarda çevre sağlığı hizmetleri sunarlar. Bazı Afrika ülkelerinde ve Pakistan'da kamusal faaliyetler, büyük ölçüde dini hayır kurumlarının faaliyetleriyle tamamlanmaktadır. Mısır'da buna ilaveten devlet memurları ve aileleri için zorunlu bir sigorta rejimi mevcuttur. İran, Peru ve Filipinler'de aynı zamanda bir ulusal sağlık hizmeti bulunmaktadır. Bu hizmetin ödemeleri, İran'da toplumun % 6'sını, Peru'da % 8-9'unu kapsayan bir zorunlu sigortaca yapılmaktadır. Buna karşılık örneğin, Yugoslavya'da zorunlu sigorta rejimi toplumun % 98'ini içine almaktadır. Kenya'da ise Asyalı ve Avrupalı toplulukların hastane masraflarını karşılayan bir zorunlu sigorta sistemi mevcuttur. Bu bir anlamda tamamlayıcı bir gelir vergisi yerine geçmektedir.

Düşük gelirli bütün ülkelerde kişiler değişik biçimlerde özel doktora başvurabilir. Bunların bazılarında, özellikle Afrika'da devletçe istihdam edilen doktorların özel çalışma olanakları yoktur. Buna karşılık Latin Amerika'da kamu kurumlarında veya sosyal güvenlik kurumlarında çalışan doktorlar aynı zamanda özel çalışabilirler.

Gelir düzeyi göreceli olarak daha yüksek olan ülkelerde, devlet tarafından karşılıksız olarak sağlanan hizmetler çoğu zaman tartışma konusu olmaktadır. Bu ülkelerin hepsinde zorunlu sosyal sigorta rejimi halkın büyük bir bölümünün masraflarını karşılamaktadır. Fransa'da zorunlu sosyal sigorta sistemi toplumun % 90'ından fazlasını içine almıştır ve sağlık giderlerinin çoğunu karşılar. Hastalar giderlerinin kalan kısmını gönüllü sigorta kasalarından veya bazı durumlarda kamu yardımlarıyla karşılayabilirler. Hollanda'da ise, zorunlu olan sigorta rejimi toplumun % 70'inin hastane masraflarını yüklenmiştir. A.B.D.'de gönüllü sigorta rejimi toplumun yaklaşık % 70'inin hastane giderlerinin tümünü veya bir bölümünü karşılamaktadır. Ancak doktor ücretleri bunun

⁹⁵ Brian ABEL-SMITH, *Etude Internationale Des Dépenses De Santé*, OMS, Gèneve, 1969, s.24-29.

dışında kalarak ayrıca ödenmektedir. Toplumun hemen hemen yarısına yakını doktor ücretlerini de ödeyen sigorta kasalarına bağlıdır. Federal Yönetim, askerlere ve ailelerine, gazilere, kızılderili (Amerikan yerlisi) topluma ve diğer bazı gruplara karşılıksız olarak hastane tedavilerini sağlamaktadır. Kanada'da hastane tedavileri karşılıksız olarak sunulur ve zorunlu sigorta kasalarınca finanse edilir. Yalnız, hastalar, hastane doktorlarından elde ettikleri hizmetlerin karşılığını A.B.D.'de olduğu gibi doğrudan öderler.

Hastane hizmetleri dışındaki tıbbi tedaviler İngiltere, İsveç, Çekoslovakya, İsrail, Venezuela ve Şili gibi ülkelerde toplumun bütünü veya en azından büyük bir çoğunluğu için karşılıksız olarak veya indirilmiş tarifelerle sunulur. İngiltere ve İsveç'de doktorlar hastalarını kendi kabinelerinde görürler. Daha sonra gerekli görülürse bir hastanenin konsültasyonuna gönderebilirler. İsveç'te fiks doktor aylıkları zorunlu sosyal sigorta kasalarınca ödenir. Bunun dışında doktorlar isterlerse serbest çalışarak bir gelir fazlalığı elde edebilirler. Şili ve Çekoslovakya'da doktorların emek karşılıkları devlet tarafından ödenir. İsrail'de ise bu ödemeler çoğunlukla gönüllü sigorta kasalarınca yapılır. Bu ülkelerde doktorlar, diğerlerinde olduğu gibi diğer sağlık merkezlerinde dış konsültasyonlar yapabilirler. Polonya'da toplumun % 60'ından fazlasının karşılıksız tedavileri dispanserlerden karşılarlar. Karşılıksız hizmetler aynı zamanda öğrencilere, çocuklara ve endüstri çalışanlarına sağlanır. Bunun dışında kalan kategoriler ise indirilmiş tarifelerden yararlanabilir. A.B.D., Kanada, Fransa, Finlandiya ve Avustralya'da ilk tedaviler genelde doktor kabinelerinde yapılır ve doktor ücretleri dolaysız olarak ödenir ve bu giderler ülkelerin sistemlerine göre toplumun büyük çoğunluğu için sigorta kasalarından ödenir. Bu ödeme örneğin, Fransa ve Avustralya'da zorunlu sigortalarla, Kanada ve A.B.D.'de gönüllü sigortalar aracılığıyla gerçekleştirilir.

Özet olarak, düşük gelirli ülkelerde sigorta sistemi pek yaygın değildir. Zaten yetersiz sağlık hizmetlerinin çoğu kamu kurumu olarak örgütlenmiş merkezlerde yürütülmektedir. Gelir düzeyi daha yüksek olan ülkelerde ise en geniş finansman kaynağı zorunlu sosyal sigorta fonlarıdır. Hizmetlerin türüne göre bu sigorta ödemeleri değişmektedir. Hastanelerden önce başvuru sağlık merkezlerindeki giderler zorunlu

sigorta kasalarının karşılanmakta, hastane hizmetlerinde ise belli ülkelerde masrafların bir kısmı doğrudan ödemelerle veya gönüllü sigorta fonlarıyla karşılanmaktadır. A.B.D. gibi gelir düzeyi daha yüksek ülkelerde doğrudan ödemelerin oranı daha yüksektir ve gönüllü sigorta rejimi daha fazla gelişmiştir. Doğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetleri devlet tarafından ve genellikle karşılıksız olarak karşılanmaktadır. Tablo 9'da bazı ülkelerin finansman kaynakları görülmektedir.

Tablo 9-Finansman Kaynaklarına Göre Sağlık Harcamalarının Dağılımı

Ülkeler	Hükümet Harcamaları	Zorunlu Sağlık Harcamaları	Toplam Kamu Harcamaları	Özel Harcamalar	Diğer
A.B.D	31.0	11.7	42.7	52.7	4.6
F. Almanya	14.6	62.5	76.1	17.8	5.1
Fransa	7.0	69.0	76.0	22.6	1.4
Kanada	66.3	9.1	75.4	22.0	2.6
İngiltere	87.3	5.0	92.3	7.0	0.4
İsveç	78.5	13.1	91.6	8.4	-
İtalya	23.8	67.5	91.3	8.7	-
İsviçre	41.7	24.8	66.5	33.5	-

Kaynak: WHO ,Word Health Statistics , Vol.27, No.4, 1984, s.441.

2.1.TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça karmaşık bir yapı göstermektedir. Bu durum özellikle sağlık hizmeti veren ve bunları finanse eden kurumların sayıca fazla olmasından ileri gelmektedir. Ülkemizde bazı kuruluşlar hem hizmet hem de fon kaynağı temin etmektedir. Örneğin, S.S.K. hem sağlık hizmetleri sağlar hem de harcamalar yapar. Bu kurumun yaptığı harcamaların büyük bölümü kendi bünyesindeki hastanelere ve dispanserlere yönelmekteyse de başka sağlık kurumlarında tedavi gören sigortalıların harcamalarını da yüklenmektedir. S.S.K., kendi sigortalılarının dışında Bağ-Kur üyelerine de hizmet verir ve bu kurumdan hizmetlerinin karşılığını alır. Bağ-Kur ve Emekli Sandığı fon kaynaklarıdır. Kendilerine ait sağlık hizmeti veren tesisleri yoktur. Sağlık Bakanlığı ise hizmet sağlayan bir kuruluştur, fakat aynı zamanda bazı harcamaları genel bütçeden finanse eden bir kanal olarak kabul edilebilir. Üniversite

hastaneleri sadece sağlık hizmeti sağlamaktadırlar.

Ülkemizde sağlık hizmetleri yönünden sosyal güvenlik kapsamı içinde olan önemli bir grup devlet memurlarıdır. 1989 yılında 1 milyon 435 bin 756 devlet memuru ve bunların tedavi yardımlarından yararlanan 5 milyon 742 bin 824 yakını mevcuttu. Memur emeklileri ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sayısı da ilave edilirse Emekli Sandığına bağlı toplam 9 milyon 692 bin 138 kişi mevcuttur. Bu gruba yapılan toplam sağlık harcaması 640 milyarı bulmaktadır.

Bu konuda en önemli kuruluşlardan diğeri ise S.S.K.'dır. Bu kurumun fiilen çalışan, bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, emekliler ve yine onların bakmakla yükümlü oldukları kişiler bir araya getirildiğinde sayıca toplam 19 milyon 911 bin kişiye ulaşılmaktadır. Bu gruba yapılan toplam sağlık harcaması 878 milyardır.

Türkiye'de sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki bir diğer grup ise Bağ-Kur'lulardır. Yine 1989 yılı rakamlarına göre toplam Bağ-Kur' lu sayısı 9,5 milyon civarındadır. Ancak sağlık primi ödeyerek sağlık karnesi almış olanların sayısı sadece 2 milyon 379 bin'dir. Bu gruba yapılan toplam sağlık harcaması ise 147 milyar 200 milyon olmuştur (96).

Sağlık hizmeti sunan en büyük kuruluş olan Sağlık Bakanlığının geleneksel olarak asıl finansman kaynağı genel bütçe aracılığıyla sağlanan vergilerdir. Sigorta kuruluşları veya kişilerin ödediği paralarla oluşturulan döner sermayeler Bakanlığın giderek önem kazanan finansman kaynakları haline gelmiştir.

S.S.K. sağlık hizmetlerinin hemen hemen tamamı üyelerinin ve onların işverenlerinin ödedikleri primlerle karşılanır. Prim oranı, sigortalının prime esas kazancının % 11'i olup, bunun % 6'sı işveren hissesi, % 5'i sigortalı hissesidir (97). Bu gelirlere ek olarak üye olmayanların anlaşma gereği SSK tesislerinden yararlanmaları durumunda ödenen ücretler (örneğin, Bağ-Kur üyelerinin) bir diğer finans kaynağıdır. Ayrıca, sigortalılar ile aile fertlerine verilen ilaçların bedelleri üzerinden alınan % 20 ve kurumdan gelir veya aylık alanlar ile aile fertlerine verilen ilaçların bedelleri üzerinden

96 S.B., Genel Sağlık Sigortası ile İlgili Çalışmalar, 6 Şubat 1990, ss.4.

97 S.S.K., Yıllık Faaliyet Raporları.

alınan % 10 iştirak payları da SSK sağlık hizmetlerinin gelir kaynakları arasındadır.

Kendi hesabına çalışanların üye olduğu Bağ-Kur'un gelirleri, üyelerinden kademelendirilmiş derecelere tekabül eden miktarlarda kesilen primlerdir. Başlangıçtaki emeklilik fonu rolüne, sağlık primi ödeyen üyelerine sağlık hizmeti sağlama rolü ilave olmuştur. Kendi çalıştırdığı sağlık tesisi yoktur, fakat SSK ve anlaşmalı olmak koşuluyla diğer kurumların hizmetlerinden yararlanma olanağı vardır. Bu tedavi kurumlarında yapılan giderleri Bağ-Kur daha sonra standart bedeller üzerinden öder.

Sosyal Güvenlik sisteminin içinde bulunan bir diğer kurum olan Emekli Sandığını üye olan faal ve emekli memurlar oluşturmaktadır. Memur maaşlarının % 11' i ile bu maaşın % 18' i oranındaki devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Ancak faal memurlar ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık giderleri Sandıktan değil, çalıştıkları kuruma madde (180) gereğince bütçeden ayrılan ödenekle karşılanmaktadır. Yani genel bütçeden çıkmaktadır. Emekli sandığı sadece emekli memur ve ailelerinin harcamalarını karşılamaktadır. Ancak, bu fon çoğu zaman zararına çalışmaktadır ve açık genel bütçeden giderilmektedir. Yani çalışan memurların sağlık giderleri vergi tarzında finanse edilirken emekli memurunki genel bütçeden gelen transferlerle karşılanmaktadır.

Üniversite hastanelerinin finansmanı iki kaynaktan sağlanmaktadır. Genel bütçeden ve döner sermayelerden. Genel bütçeden tüm temel personel giderleri ve işletme giderleri karşılanırken, döner sermayelerden personel ikramiyeleri, işletme giderlerine yapılan ilaveler ve özel teçhizat satın alımları karşılanır.

Milli Savunma Bakanlığı bir devlet kuruluşu olduğu için kendine bağlı hastane harcamalarının tamamını genel bütçeden karşılanmaktadır. Aynı şekilde diğer bakanlıkların sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden karşılanmaktadır. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin ve belediyelerin giderlerini tam olarak nereden karşıladıklarını saptamak güç olmakla beraber net açıklarını genel bütçeden kapatmaktadırlar. Yapılan bazı çalışmalarda bu kurumların harcamaları için yatak sayısına dayanarak tahminlerde bulunulmuştur. SSK ve Savunma Bakanlığının yatak başına yaptığı ortalama harcamalar esas alınmıştır (98).

98 D.P.T., Master Plan..., A.g.k., s.96.

Türkiye’de halen toplumun % 40’ ı sosyal güvenlik şemsiyesinin dışındadır. Elbette ki özlenen sistem herkese belli bir kalitede, eşit hizmet sunabilmek ve bu sunumun güvence altında olmasıdır. İstenilen güvencenin sağlanabilmesi ise ancak “Genel Sağlık Sigortası” ile mümkündür. Gelişmiş ülkelerin çoğunda zorunlu sigorta sistemi Türkiye ile karşılaştırıldığında halkın çok daha büyük bir kesimini kapsamına almıştır. Özel sigorta kurumlarının sağlık alanındaki faaliyetleri yine Türkiye ile karşılaştırıldığında daha yaygındır. Fakat şüphesiz özel sigorta sisteminin bir toplumda yaygınlaşması herşeyden önce o toplumun gelir düzeyine ve ilgili konudaki bilinç düzeyine bağlıdır. Bu nedenle ülkemizde Genel Sağlık Sigortasına geçiş konusunda yapılan çalışmalar olumlu bir gelişmedir. Ancak önemli olan örgütlenme ve finansman modelinin gereğince etüd edilmesi ve daha önce denenilen sosyalizasyon uygulamasının başarısızlığına uğramamasıdır. Sağ-Kur olarak adlandırılan bu tasarıya göre, Sağ-Kur sadece finansör bir kurum olacak, böylece hizmet veren kurumlarla finansman kurumları birbirinden ayrılacak, dolayısıyla üyelerinin haklarını hizmet veren kurumlara karşı savunacaktır. Sağlık konusunda yapılan harcamalar bir havuzda toplanacak, aile hekimi -hastane-üniversite hastanesi şeklindeki uygun sevk sistemi kurulacaktır. Tabii bu sevk zincirinin kişilerce kırılmaması için gereken birinci koşul yeterli aile hekimi uzmanının yetiştirilmesi ve yeterli hizmetin ilk basamakta verilebilmesidir. Ayrıca, belirtildiği gibi toplumun % 40’ı dolayındaki sigortasız ve özellikle gelir düzeyi düşük olan kesimden sağlık primlerinin nasıl tahsil edileceği konuları sistemin özellikle finansman yönünden yeterince irdelenmesini gerektirmektedir.

3. KAMU HARCAMALARI AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Bir ekonomide herhangi bir mal veya hizmetin göreceli önemini ortaya koyabilmek için bu mal veya hizmete yapılan harcamalar bir gösterge olmaktadır. İncelenen sektörün payı, bu konuda yapılan toplam harcamaların o ülkenin G.S.M.H., M.G. veya G.S.Y.İ.H.’sına oranı ile ölçülebilmektedir.

Bu çalışmanın çerçevesi gereği sağlık hizmetleri genel ekonominin iki büyük kesiminden biri olan kamu kesimi içinde incelenmektedir. İhtiyaç-hizmet-harcama zincirinin mantığına uygun olarak kamu harcamaları açısından sağlık hizmetleri değerlendirilmektedir.

3.1. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

Birçok çalışmada eğer karşılaştırmalı bir analiz yapılmak isteniyorsa ortaya çeşitli engeller çıkabilmektedir. Özellikle veri olarak kabul edilen bilgilerin elde edilme güçlüğü başta gelmektedir. Ayrıca kullanılan kavramlarda, yapılan sınıflandırmalarda homojenliği sağlamak karşılaşılan bir diğer güçlük olmaktadır. Eğer bazı anketlerden yararlanılmak isteniyorsa, ülkeler arasında birbirine benzer olduğu kabul edilen sosyal gruplara çeşitli davranışları hakkında soru yöneltildiğinde alınan cevapların yeterliliği ve doğruluğu hakkında kuşklar oluşabilmektedir. Bu engeller sağlık harcamalarına ilişkin olarak yapılan karşılaştırmalarda da mevcuttur. Ülkelerdeki istatistiksel verilerin yeterliliği ve doğruluğu, milli hesaplarda kullanılan kavramların homojenliği konunun kapsamı içinde veya dışında kalması gereken kurumsal yapı yeterince değerlendirilmelidir.

1900'li yılların ikinci yarısı kamu yönetimlerinin sağlığa verdiği önemin ve bu konudaki yükümlülüklerinin arttığı bir dönem olmuştur. Tıbbi faaliyetler artmış ve aynı zamanda bu faaliyetlerin fiyatları diğer mal ve hizmetlerin fiyatlarına göre daha hızlı bir şekilde yükselmiştir.

Örneğin, OECD ülkelerinde sağlık harcamaları G.S.Y.İ.H. ya göre % 1,5-2 defa daha fazla artmıştır .Harcamalardaki bu artış analizcilerin dikkatini başından beri çekmiştir. Öyle ki birçok yorumcuya göre bu eğilim devam ederse, 21. YY'ın başlarında tıbbi veya tıp dışı tedavi harcamaları ulusal gelirin tamamını aşacaktır. Ancak bu senaryonun gerçekliği, 80'li yıllara gelindiğinde eşit kalitede sağlık hizmeti sunumuna,

G.S.Y.İ.H. içinde harcama paylarının artırılmadan ulaşılmamasıyla inanılmaz hale gelmiştir⁽⁹⁹⁾. Nitekim Tablo 10'da izlenebildiği gibi Almanya, Kanada, Finlandiya, İtalya, Norveç, İngiltere'de harcama düzeyi aşağı yukarı stabilize olmuştur. Diğer birçok ülkede harcamaların artışı büyük ölçüde yavaşlamıştır. Belçika ve Danimarka'da yarı stabilizasyon gözlenmiştir

Tablo 10-Bazı Ülkelerde Sağlık Harcamalarının Gelişimi (G.S.Y.İ.H. ya yüzdesi)

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamalar			Kamu Sağlık Harcamaları		
	1970	1975	1980	1970	1975	1980
Almanya	5.7	8.4	8.0	4.3	6.6	6.2
Belçika	4.0	5.2	5.9	3.5	4.4	5.4
Kanada	7.2	7.4	7.2	5.1	5.7	5.6
Danimarka	6.1	6.5	7.8	5.2	5.9	6.2
Yunanistan	3.6	3.5	3.8	5.2	2.4	2.9
İrlanda	5.5	7.8	-	4.3	8.4	8.2
İtalya	4.5	7.4	6.5	5.2	6.9	5.8
Hollanda	6.0	7.7	8.3	5.0	5.7	6.2
İngiltere	4.6	5.6	5.7	4.0	5.1	5.2

Kaynak: POULLIER, A.g.k., s.158'den OCDE, Comptes Nationaux, Vol.1, 1983 et Vol.II, 1982.

Fransa'da tıbbi tedavi harcamalarının gelişimini inceleyen bir çalışmada 1982'de yapılan 287 milyar frank harcamanın 1950'dekinin hemen hemen 100 katı olduğu belirtilmiştir. Harcamaların G.S.Y.İ.H.'ya yüzdesi incelendiğinde, 1950'de % 30, 1980'de % 7,5 ve 1982'de % 7,8 olduğu görülmüştür. Bu artışın nedenleri aşağıdaki faktörlere bağlanmıştır⁽¹⁰⁰⁾.

- Demografik ve sosyal gelişim. Yani toplumun yaşa, cinsiyete, mesleki kategorilerine göre durumu.

⁹⁹ Jean-Pierre POULLIER, "Les Depenses de santé en Europe et au Canada", *Revue Française De Finances Publique. Le Prix de la Santé*, 1983, s.157.

¹⁰⁰ Simone SANDIER, "Les Depenses de Soins Medicaux en France", *Revue Française De Finances Publiques. Le Prix de la Santé*, 1983, s.8.

- Talebin artması ve sosyal güvenliğin genişlemesiyle tedaviye giriş yollarının islah edilmesi.

- Yeni tanı ve tedavi tekniklerinin çıkması ve yayılması nedeniyle tedavi prosedürlerinin çeşitlenmesi ve genişlemesi.

- Üretim faktörlerinin maliyetlerinin artması. Yani genel enflasyon hızına ve sosyal yasaların yayılmasına bağlı olarak personel ve materyal fiyatlarının artması.

Fransa'da sadece tıbbi tedavi değil, genel olarak sağlık harcamaları ele alındığında 1987 yılı rakamları itibariyle bu miktar G.S.Y.İ.H.'nin % 9.1'dir. Aynı dönemde bu oran İngiltere'de % 5.9, İsveç'te % 9.4, Kanada'da % 8.4, Japonya'da % 6.6, Belçika'da % 6.2 ve A.B.D.'de % 10.7'dir (101).

Tablo 11'de, bazı gelişmiş ülkelerde toplam sağlık harcamalarının G.S.M.H.'a yüzdesi verilmiştir. Görülmektedir ki 1950 yılında % 2.2 ile % 4.5 arasında olan toplam sağlık harcamalarının G.S.M.H. içindeki oranı, İngiltere dışındaki ülkelerde hızla artarak 1989 yılında % 10'un üzerine çıkmıştır.

Tablo 11-Bazı Gelişmiş Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının G.S.M.H. İçindeki Oranı (%)

Ülkeler	1950	1960	1970	1975	1980	1989
ABD	4.5	5.3	7.2	8.3	9.5	13.6
Kanada	4.0	5.3	7.0	7.5	9.5	11.8
F. Almanya	2.2	4.5	5.7	7.6	9.5	12.7
Fransa	2.8	4.3	6.4	6.9	9.5	13.0
İsviçre	3.0	3.5	5.0	7.0	9.5	-
Hollanda	3.3	4.4	6.3	8.9	11.0	-
İngiltere	3.5	4.1	5.0	6.6	8.5	6.7
İsveç	2.2	4.2	6.6	8.2	9.5	12.0
Japonya	2.7	2.5	3.4	4.8	7.0	8.5

Kaynak: Mehmet TOKAT, **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme**, Ankara (Nisan 1990), Friedrich Ebert Vakfı'nın Ekonomi Forumu'nda Sunulan Tebliğ, s.2'den BARRAL E. "Economie de la Sante", 2ed. DUNOD PARIS, 1980, s.61.

101 Gerand MERMET, **Francoscopie Les Français: Qui Sont-Ils? Qu Vont-Ils?** Paris, 1987, s.58.

A.B.D.'de 1929-1976 yılları arasında yapılan ulusal sağlık harcamalarının miktarı ve bunların G.S.M.H.'ya oranı incelendiğinde Tablo 12'ye göre, 1929'dan 1960'a kadar istikrarlı bir büyüme vardır. Her on yılda yüzde 0.5 oranında bir artış olmuştur. 1960'lardan sonra ise harcamalarda bir sıçrama olmuş ve G.S.M.H.'nın % 5.2'sinden % 7.1'e yükselmiştir. Böylece % 2' lik bir artış görülmüştür.

Tablo 12. ABD' de Sağlık Harcamaları ve GSMH' a Oranı

Yıllar	Sağlık Harcamaları (Milyon \$)	Sağlık Harcamalarının GSMH' a Oranı
1929	3.6	3.6
1940	3.8	4.1
1950	12.0	4.6
1960	25.9	5.2
1970	68.1	7.1
1972	86.7	7.8
1974	106.3	7.8
1976	139.3	8.6

Bu durum analizcilerin dikkatini çekmiş ve 1970'li yılların sonunda sağlık harcamalarının G.S.M.H.'nin % 10'una ulaşacağı tahmin edilmiştir. Nitekim 1980'de bu oranın % 9.5, 1989' da ise % 13.6 olduğu görülmüştür.

İngiltere'de Ulusal Sağlık Sistemi'nin (NHS) harcamalarını ve bu harcamaların G.S.M.H. içinde gelişimini gösteren Tablo 13'e göre 1981'de toplam harcamalar 13.524.000.000 sterlin, kişi başına harcamalar ise 241,5 sterlin olmuştur. Bu ülkede, önceleri hastalara yapılan harcamalar tamamiyle karşılıksız olmuştur. NHS' nin temel felsefesi gereğince hazine tarafından yani genel devlet gelirlerinden karşılanmıştır. Toplumun sağlık düzeyi yükseldikçe, harcamaların gitgide azalacağı düşünülmüştür. Ancak bu düşünce beklendiği gibi gelişmemiştir. Tamamiyle karşılıksız ve yeterli bir hizmetin sunumu daha önce bastırılmış olan talebin de provoke olmasına neden olmuştur. Bunun üzerine 1951 yılında finansman yükünü bölüştürmeye girişen önlemler alınmıştır. Ekonomik olarak aktif olan nüfustan ayrıca bir NHS kesintisi alınmış ve ilaç ödemelerinde sembolik rakamlarla kişilerin katkısı sağlanmıştır. Ancak bu direk ödemeler % 3

dolayında kalmıştır (102). İngiltere’de ulusal sağlık sistemi harcamalarının G.S.M.H.’ya oranı Tablo 13’de görülen otuz yıllık dönemde % 4’le 6 arasında değişmiştir. 1987 yılı itibariyle bu oranın % 5,9 olması harcamaların G.S.M.H. ile sıkı bir şekilde bağlantılı geliştiğini göstermektedir.

Tablo 13-İngiltere’de 1949-1981 Yılları Arasında Ulusal Sağlık Hizmetleri Harcamaları ve G.S.M.H.’a Oranı

Yıllar	GSMH Milyon £	NHS Harcamaları					1949 Sabit Fiyatları Milyon £
		Kamu Milyon £	Hastaların Ödemeleri Milyon £	Toplam Milyon £	GSMH 'ya % 'si	Kişi Başına	
1949	11.136	437	-	437	3.92	8.74	437
1950	11.695	477	-	477	4.08	9.54	463
1959	21.523	792	34	826	3.84	15.88	545
1960	22.880	866	36	902	3.94	17.21	588
1969	40.131	1.733	64	1.797	4.48	32.52	839
1970	44.128	1.979	67	2.046	4.64	36.92	898
1979	167.310	8.844	217	9.061	5.42	162.48	1.301
1980	193.450	11.494	381	11.875	6.14	212.04	1.455
1981	226.907	13.108	416	13.524	5.96	241.50	1.481

3.2. KAMU HARCAMALARINA İLİŞKİN SINIFLANDIRMALAR

ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI

Kamu harcamaları, kamu hizmetlerinin yerine getirilebilmesinin bir koşulu olduğuna göre, bu harcamaların belli kriterlere göre sınıflandırmasını yapmak yoluyla, hangi hizmetlere öncelik verildiği ve bu hizmetlerin maliyetleri hakkında görüş sahibi olmak mümkündür.

Yapılan sınıflandırmaların çoğunda ortak olarak ele alınan üç grup bulunmaktadır: Organik sınıflandırma, işlevsel (fonksiyonel) sınıflandırma ve ekonomik sınıflandırma.

Organik sınıflandırmanın temelini, harcamaların devleti oluşturan idari birimlere göre gruplanması oluşturmaktadır. Organik sınıflandırmada devlet harcamalarının takdimi, kamu hizmetlerinin yönetsel tablosuna göre düzenlenmiştir. Böylece eski bütçeler,

102 GRIFFITHS, A.g.k., s.45.

“Kamu Erki” başlığı altında bakanlıkların, meclislerin, cumhurbaşkanlığının v.s. harcamaları esasına göre sınıflandırılarak oluşturulmuştur. Her bakanlığın içinde çeşitli yönetimlerin ayrımı, ardından bunların herbirine ait personel, yönetim, materyel v.s. harcamaları görülür. Bugün organik sınıflandırma yerini işlevsel sınıflandırmaya bırakmıştır (103).

Bu nedenle, bu çalışmada da, öncelikle toplam kamusal sağlık harcamalarının gelişimi incelendikten sonra, harcamaların işlevsel ve ekonomik sınıflandırmalara göre analizi yapılacaktır.

Çalışmada, Türkiye’de kamu kesiminde sağlık harcaması yapan kurumlardan sadece S.S.Y.B., S.S.K. ve üniversiteler ele alınmıştır. M.S.B.’nin sağlık harcamaları incelendiğinde, 1973’den 1976’ya kadar dört yıl boyunca, sistemli bir program -alt program ve faaliyet/proje sınıflandırmasını izlemek mümkündür. Fakat daha sonraki yıllarda, sağlık harcamaları konusunda, bu sınıflandırma biçimi izlenmemiş ve sağlık harcamalarına, sadece (180) harcama kaleminde rastlanmıştır. Bu nedenle, M.S.B.’nin harcamaları çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Ayrıca, kamu kesiminde yer alan diğer bakanlıkların ve K.İ.T.’lerinin yaptığı sağlık harcamaları, gerek toplam harcamalardaki paylarının düşüklüğü gerek veri toplamadaki güçlükler nedeniyle bu çalışmada değerlendirilmemiştir. kamu sağlık harcamaları kapsamına sadece Sağlık Bakanlığı, S.S.K. ve üniversitelerin bu konuda yaptığı harcamalar alınmıştır.

Yapılan birçok benzer çalışmada olduğu gibi, belirli bir zaman serisi saptama gerekliliği ortaya çıkmıştır. 1973 yılı Plan-Program-Bütçe Sisteminin uygulanmaya başladığı yıldır. Aynı zamanda III. Beş Yıllık Kalkınma Planının başlangıcı 1973 yılına rastlamaktadır.

Çalışmada ele alınan, 1973-1990 arası 18 yıllık dönemin, süre açısından gerekli analizlerin yapılmasına yeterli, ekonomik ve teknik (Bütçe tekniği) yönden incelenebilir olduğu kanısına varılmıştır. Analizler, öncelikle toplam kamu sağlık harcamaları açısından, daha sonra kamu harcamalarına ilişkin sınıflandırmalar çerçevesinde yapılmıştır.

103 Maurice DUVERGER, *Instutions Financières*, Paris, 1960, s.39.

3.2.1. Türkiye’de Ele Alınan Dönemde Toplam Kamu Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık harcamalarının, kamu ve özel kesim arasındaki dağılımı Tablo 14’e göre incelendiğinde, kamunun payı 1981’ de % 66.5 iken sürekli olarak gerileyerek 1987’ de % 51.4’ e düşmüştür. Buna karşılık, özel harcamaların payı, aynı dönemde % 33.5’ ten % 48.6’ ya yükselmiştir.

Tablo 14-Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Oransal Dağılımı

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Kamu Harcamaları	66.5	58.2	57.8	58.0	52.4	52.6	51.4
Özel Harcamalar	33.5	41.8	42.2	42.0	47.6	47.4	48.6
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: TOKAT, A.g.k., s.7.

Tablo 14’e göre, sağlık harcamalarında, özel kesim lehine bir artış meydana gelmiştir ve yapılan sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı kamu, diğer yarısı özel kesim tarafından gerçekleştirilmektedir.

Fert başına düşen sağlık harcamalarına gelince, Tablo 15’de görüldüğü gibi, cari fiyatlarla 1981 yılında 3610 TL’ye, 1990 yılında 214.908 TL’ye yükselmiştir. (Tablo’da bulunan fert başına toplam sağlık harcaması miktarları, fert başına kamu harcaması miktarları ikiye çarpılarak tahmini olarak verilmiştir.) Ancak bu gelişim sabit fiyatlarla öncelenecek olursa, yine aynı tabloya göre, 1987 yılına kadar 3500 TL. dolayında kalmıştır. 1990 yılında ise 1981’deki miktarların iki katının üzerine çıkmıştır.

Tablo 15 - Türkiye’de Kişi Başına Sağlık Harcamaları

Yıllar	Cari Fiyatlarla	Sabit Fiyatlarla (1981 : 100)
1981	3.610	3.610
1982	4.256	3.335
1983	6.070	3.717
1984	8.056	3.284
1985	11.312	3.204
1986	16.578	3.585
1987	27.306	4.266
1988	46.322	4.365
1989	105.058	5.928
1990	214.908	7.947

1981 yılında ortalama dolar kurunun 110 TL. dolayında olduğu düşünülürken, Türkiye’de kişi başına sağlık harcaması miktarının 1987’ ye kadar 30 dolar civarında olduğu, bu miktarın daha sonra artarak 1990 yılında 72 dolara ulaştığı ortaya çıkmaktadır. Ancak bu artışa rağmen, ülkemizdeki kişi başına harcama miktarının, gelişmiş ülkelerdeki 1000 dolardan başlayan miktarlarla karşılaştırıldığında ne derece yetersiz olduğu açıktır.

Kamu kesiminde toplam sağlık harcamalarının kurumlara oransal dağılımını gösteren Tablo 16’ya göre, Sağlık Bakanlığı % 36,6 ile en çok harcama yapan kurum olup, bunu sırasıyla % 23,8 ile SSK, % 15,7 ile Milli Savunma Bakanlığı, % 11,4 ile Üniversite Hastaneleri ve % 4,9 ile Emekli Sandığı takip etmektedir. Bakanlıklar, Bağ-Kur ve K.İ.T.’lerin yapmış olduğu harcamalar % 2-3 arasında değişmektedir.

Tablo 16 -Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Dağılımı (%)

Kurumlar	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Sağlık Bakanlığı	37.6	31.6	35.7	33.8	34.0	32.2	36.6
S.S.K.	22.0	26.2	27.5	29.2	27.0	27.4	23.8
Milli Savunma Bakanlığı	19.9	19.7	16.5	16.7	17.1	16.9	15.7
Üniversite Hastaneleri	14.8	14.5	11.9	12.1	12.5	12.5	11.4
Emekli Sandığı	1.1	1.7	2.0	2.3	3.1	3.8	4.9
K.İ.T.	1.3	1.6	1.7	2.0	2.6	2.3	2.1
Bakanlıklar	3.3	4.5	4.7	3.7	3.8	3.8	3.1
Bağ-Kur	-	-	-	-	-	0.8	2.3
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: TOKAT, A.g.k., s.8.

Çalışmada ele alınan 1973-1990 döneminde, kamu sağlık harcamaları kapsamına S.S.Y.B., S.S.K. ve üniversiteler alınmıştır. Daha önce belirtilen nedenlerden dolayı, M.S.B. kamu kesimi içinde % 15.7 paya sahip olmasına rağmen kapsam dışında bırakılmıştır.

Tablo 17' de kamu sağlık harcamaları cari rakamlara göre düzenlenmiştir. Harcamaların bir önceki yıla göre artış oranları incelendiğinde, 1981 yılına kadar, değişen oranlarda olmakla beraber, genelde artış eğilimi göstermiştir. 1981 yılında, kamu sağlık harcamalarının bir önceki yıla göre artış oranı en düşük seviyededir. 1981 yılından sonra, oranların tekrar artış eğilimine girdiğini ve 1989 yılında dönemin en yüksek oranına ulaştığı görülmektedir.

Tablo 17-(1973-1990) Döneminde Toplam Kamusal Sağlık Harcamaları ve Bir Önceki Yıla Oranla Artışı (%) (Milyon TL.)

Yıllar	Kamu Sağlık Harcamaları (S.S.Y.B + SSK + Üniversiteler)	Artış
1973	4.550	-
1974	6.072	33
1975	8.749	44
1976	10.679	22
1977	15.684	46
1978	27.661	76
1979	47.411	71
1980	80.375	69
1981	82.200	2.2
1982	100.600	22
1983	145.300	38
1984	197.690	42
1985	284.539	43
1986	427.279	50
1987	721.469	68
1988	1.254.811	73
1989	2.917.548	132
1990	6.118.593	109

Kaynak: Tablo 18 ve 3. Bölümde Türkiye'deki kamu sağlık harcamalarına ilişkin diğer tablolar, genel ve katma bütçelere ait kesin hesap yasaları, kesin hesap yasa tasarıları ve S.S.K. yıllık faaliyet raporlarına göre hazırlanmıştır.

Ele alınan 1973-1990 dönemindeki toplam kamu sağlık harcamalarının gelişimini daha gerçekçi değerlendirebilmek için enflasyonun etkilerini ortadan kaldırmak gerekir. Bu amaçla, Tablo 18'de (1968= 100) olarak kabul edilmiş sabit rakamlara göre kamu sağlık harcamaları ve bir önceki yıla göre artış oranları verilmiştir

Tablo 18-Kamu Sağlık Harcamaları ve Bir Önceki Yıla Oranla Artışı (Milyon TL.)

Yıllar	Sabit Rakamlarla Kamu Sağlık Harcamaları (1968 : 100)	Artış (%)
1973	2.297	-
1974	2.388	3.9
1975	2.980	24
1976	3.136	5.2
1977	3.701	18
1978	4.533	22
1979	4.536	0.08
1980	3.735	-17
1981	2.692	-27
1982	2.584	-3.9
1983	2.916	12.8
1984	2.642	-9.3
1985	2.642	0.003
1986	3.029	14
1987	3.696	22
1988	3.878	4.9
1989	5.403	39
1990	7.425	37

Tablo 18'de, 1979 yılına kadar kamu sağlık harcamaları bir önceki yıla göre, değişen oranlarda olmakla beraber, artış eğilimi göstermiştir. 1973-1977 yıllarını kapsayan III. beş Yıllık Kalkınma Planı döneminin sonunda ülkemizde ekonomik bunalım ortaya çıkmıştır (¹⁰⁴). Belirleyicilerinden birinin, fiyat artışları olduğu bu dönem, kamu sağlık harcamaları açısından incelendiğinde, 1978, 1979 ve 1980 yılları oldukça ilginç görünmektedir. Cari rakamlara göre düzenlenen bir önceki tabloda (Tablo 17) belirtilen bu üç yılda, harcamaların bir önceki yıla göre artış oranı, sırasıyla % 76, % 71 ve % 69'dur. Ancak, enflasyon oranlarının çok yükseklerle ulaştığı bu dönemde kamu sağlık

¹⁰⁴ Yakup KEPENEK, *Türkiye Ekonomisi*, B.5, Ankara, 1990, s.144.

harcamaları gerçekte gittikçe gerilemiştir.

Nitekim, Tablo 18’de görüldüğü gibi, 1979’da bir önceki yıla göre hemen, hemen hiç artmamış, 1980 yılında ise % -17’ye düşmüştür.

1970’lerin sonundaki bunalıma çare olmak amacıyla, 1980 yılında “24 Ocak Kararları” olarak bilinen ekonomik istikrar politikaları gündeme getirilmiştir. Ekonomik istikrar politikalarının resmen açıklanan amaçlarının başında, diğer bir çoklarının yanısıra, enflasyonu önlemek geliyordu (105). Bu amaçları gerçekleştirmek üzere alınan önlemlerden birisi de kamu harcamalarının sınırlandırılmasıdır (106). Kamu harcamalarının sınırlandırılacağı konusundaki önlem açısından, “Kamu kesiminin küçültüleceği” konusundaki varsayımın geçerliliği araştırıldığında, Türkiye’de 1980-1985 döneminde, 1980 öncesi döneme oranla bir pay daralması görülmektedir (107).

1980 sonrası kamu kesiminin küçültülmesi amacıyla kamu harcamalarının azaltılması önlemi, kamu sağlık harcamalarında da kendini göstermektedir. Tablo 18’de görüldüğü gibi, 1980-1985 yılları arasında, harcamaların bir önceki yıla göre artış oranı, 1983 yılı sıçraması hariç, negatif değerlere düşmüştür. 1985 yılında kamu sağlık harcamaları bir önceki yıla göre hemen, hemen aynı kalmış, 1985 yılından sonra ise artış eğilimine girmiştir. Ele alınan dönemin en yüksek oranı % 39 ile 1989 yılıdır.

Bu artışın temel nedeni, 1989 Temmuz’unda gerçekleştirilen maaş artışlarıdır (108). Bu tarihte kamu personeline yüksek oranlarda maaş zamları verilmiştir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde belirtileceği gibi, kamu sağlık harcamalarının büyük bölümünü, cari gider niteliğindeki personel harcamaları oluşturmaktadır. Dolayısıyla, diğer kamu personeline olduğu gibi, kamu sağlık personeline verilen yüksek oranlardaki maaş artışları

105 Oğuz OYAN, *Dışa Açılma ve Mali Politikalar. Türkiye: 1980-1989*, B.2, Ankara, 1989, s.51.

106 Tuğrul ÇUBUKÇU, “İstikrar Politikalarının Tutarlılığı”, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.III, S.1-2, 1985, s.106.

107 Ö.F. BATIREL, *Türkiye Ekonomisi ve İstikrar politikaları: 1980-1985*, Marmara Üniversitesi Türkiye Ekonomisi Araştırma Merkezi, Araştırma No.2, İstanbul, 1986, s.18.

108 Beyhan ATAÇ-Engin ATAÇ, “Türkiye’de 1963-1991 Döneminde Personel, Eğitim, Sağlık ve Savunma Harcamalarının Analizi”, *IX. Türkiye Maliye Sempozyumunda Sunulan Tebliğ*, Silifke (6-8 Mayıs, 1993), s.28.

kamu sağlık harcamalarında Tablo 18’de görüldüğü gibi, bir önceki yıla göre % 39’ luk bir artış meydana getirmiştir.

Tablo 18’de, 1980-1985 döneminde, kamu sağlık harcamalarındaki düşüşün genel eğiliminin, 1983 yılı sıçramasıyla bozulduğu görülmektedir. Bilindiği gibi, 1983 yılında, genel milletvekili seçimleri yapılmıştır. Seçim dönemlerindeki rekabet mücadelesinde, en önemli araç kamu ekonomisi olmaktadır. Buna göre, bazı politikacılar, daha fazla oy toplamak için vergilerde bir azalma yaratacakları konusunda söz verirken, bazıları kamu harcamalarını artıracaklarını ileri süreceklerdir. Diğer bazıları ise hem vergileri azaltacaklarını, hem de harcamaları artıracaklarını ifade edeceklerdir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda seçim rekabetinin kamu harcamaları üzerinde genişletici bir etki yaratacağı ileri sürülmüştür (¹⁰⁹). Bu doğrultuda, Tablo 18’de görülen 1983 yılı kamu sağlık harcamalarında, bir önceki yıla göre % 12.8 oranındaki artış, o yılın özel koşullarına bağlanabilir. Yani, 1983 yılında yapılan seçimlerin, kamu harcamalarında meydana getireceği genişleme etkisinin kamu sağlık harcamalarına da yansımalarıyla açıklanabilir.

3.2.1.1. Gayri Safi Milli Hasıla ve Toplam Kamu Sağlık Harcamaları İlişkisi

1973-1990 döneminde yapılan harcamaların G.S.M.H.’a oranlarını gösteren Tablo-19’ a göre, bu pay ortalama % 1.5 dolayında olmuştur.

Türkiye’de, toplam sağlık harcamalarının özel sektör ile kamu sektörü arasındaki dağılımının hemen, hemen yarı yarıya olduğu düşünüldüğünde, toplam sağlık harcamalarının G.S.M.H.’ya oranının 18 yıllık dönemde ortalama % 3 olduğu sonucuna varılabilir. Bu oran gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Örneğin, 1989 yılında toplam sağlık harcamaları Türkiye’de G.S..M.H.’nın % 3.4 civarındayken, bu oran, İngiltere’de 6.7, Kanada’da 11.8, Fransa’da 13.0, A.B.D.’de 13.6’dır.

¹⁰⁹ BeyhanATAÇ “Kamu Kesimi, Politika ve Bürokrasi”, Prof.Dr.Suat Mirza’nın Anısına Armağan, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ya.No.205, C.I, Eskişehir, 1986, s.146.

Tablo - 19-Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının G.S..M.H. 'dan Aldığı Pay (%)

Yıllar	Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH 'a Yüzdesi
1973	1.46
1974	1.42
1975	1.64
1976	1.66
1977	1.81
1978	1.97
1979	2.15
1980	1.81
1981	1.25
1982	1.15
1983	1.25
1984	1.07
1985	1.02
1986	1.08
1987	1.23
1988	1.24
1989	1.71
1990	2.13

Çalışmanın bu kısmında, kamu sağlık harcamalarındaki değişikliklerle, gayri safi milli hasıladaki değişiklikler arasındaki ilişkiyi belirlemek için gelir esnekliği hesaplanmıştır. Diğer bir anlatımla, gayrisafi milli hasılda yüzde bir değişiklik olduğu zaman harcamalarda meydana gelecek değişiklik yüzde olarak ölçülmüştür.

Bu amaçla yapılan regresyon analizinde, STAT VIEW paket programı kullanılmış ve değerlendirmeler bu paket programından elde edilen sonuçlara göre yapılmıştır.

Regresyon analizinde sonuç niteliğinde olan, yani başka değişkenlerin üzerindeki etkilerini incelemek istediğimiz değişkene “bağımlı değişken” denmektedir. Bağımlı değişkendeki değişimleri açıklamak, bu değişimlerin sebeplerini tesbit etmek için ilişki kurulan değişkenlere de “açıklayıcı değişkenler” adı verilmektedir (110). Çalışmadaki regresyon modelinde toplam sağlık harcamaları bağımlı (Y), G.S.M.H. açıklayıcı (X) değişken olarak ele alınmıştır.

110 Uğur KORUM, İstatistik, Ankara, 1972, s.177.

Esnek tahminleri için,

$Y = \alpha + \beta X + u$ biçimindeki ekonometrik model esas alınmıştır.

Bu modele göre esneklik,

$$e_{y,x} = \frac{\frac{\Delta Y}{Y}}{\frac{\Delta X}{X}} = \frac{\Delta Y}{\Delta X} \times \frac{X}{Y}$$

Formülü ile hesaplanmıştır. Burada,

$$\frac{\Delta Y}{\Delta X} = \beta \text{ ' dir}$$

β katsayısının tahmini basit en küçük kareler yöntemiyle yapılmıştır. (β) katsayısı, çalışmadaki örnekte açıklayıcı değişken olan G.S.M.H.'da 1 birim değişiklik olduğu zaman, kamu sağlık harcamalarında meydana gelebilecek değişikliğin tahmin edicisidir. X ve Y değerleri için, değişkenlerin inceleme dönemindeki toplam değerleri alınmıştır.

Bulunan esneklik değeri,

$$e_{y,x} = 0.02 \times \frac{X}{Y} = 1.18 \text{ dir}$$

Yani, G.S.M.H.'da yüzde 1 değişiklik olduğu zaman, kamu sağlık harcamalarında 1.18 değişme meydana gelmektedir. G.S.M.H.'daki değişmeler, kamu sağlık harcamalarında, kendisinde meydana gelenden daha fazla değişiklik meydana getirmektedir. Örneğin, G.S.M.H. yüzde 1 artma şeklinde değişiklik gösteriyorsa, kamu sağlık harcamalarındaki artış daha fazla, yüzde 1.18'dir.

Yapılan regresyon analizinde hipotez aşağıdaki gibi geliştirilmiştir.

H_0 : Kamu Sağlık Harcamaları ve G.S.M.H. arasında ilişki yoktur.

H_1 : Kamu Sağlık Harcamaları ve G.S.M.H. arasında ilişki vardır.

Analizde hesaplanan t istatistiği, Ek 1'de görüldüğü gibi, 23.025 olarak

bulunmuştur. % 5 anlam düzeyine göre t tablo değeri 1.734'dür (111). Bulunan t istatistiği, tablo değerinden büyük olduğu için, Ho hipotezi red edilerek, H1 kabul edilmiş ve değişkenler arasında ilişki olduğuna karar verilmiştir.

Regresyon analizinde, değişkenlerimiz olan X'in Y'yi açıklamadaki başarı derecesinin bir ölçüsü olarak R2 değerleri bulunmuştur. Ek 1'de görüldüğü gibi, R2'nin 0.971 olarak çıkması, bize, açıklayıcı değişkenin bağımlı değişkendeki değişiminin % 97'sini açıkladığını göstermektedir. Yani, kamu sağlık harcamalarındaki değişmelerin, yaklaşık % 97'si G.S.M.H.'daki değişmelerce açıklanmaktadır.

3.2.1.2. Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlararası Dağılımı ve Gelişimi

Toplam kamu sağlık harcamalarının gelişimini değerlendirebilmek için bu harcamaların ilgili kurumlar temelinde incelenmesi gerekmektedir. Daha önce belirtildiği gibi bu çalışmada, ülkemizde, kamu kesiminde yapılan harcamalar toplamında, S.S.Y.B., S.S.K. ve üniversitelerin yaptıkları harcamalar birleştirilmiştir. Adı geçen kurumların toplam harcamalardan aldığı payları gösteren Tablo 20'ye göre S.S.Y.B. birinci sırada gelmektedir. Bunu sırasıyla S.S.K. ve üniversiteler takip etmektedir. 18 yıllık dönem boyunca az, çok değişiklikler olmasına rağmen, 1973 ile 1990 yıllarındaki oranların hemen, hemen aynı olması, kurumların harcama miktarındaki önem sırasının değişmediğini göstermektedir.

111 KORUM, A.g.k., s.104.

Tablo 20-Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlararası Oransal Dağılımı (%)

Yıllar	S.S.Y.B.	Üniversiteler	S.S.K.
1973	48.50	15	36.50
1974	48	15	35
1975	50.50	20	29.50
1976	47	20	33
1977	46.25	20.25	33.50
1978	51	19	30
1979	51.50	20	28.50
1980	50	21	29
1981	46	20.50	33.50
1982	43	19	38
1983	48	18	34
1984	48	15.50	36.50
1985	47.50	14.50	38
1986	46	15.50	38.50
1987	46.25	14.25	39.50
1988	44.50	13.50	42
1989	45	13.50	41.50
1990	47.50	14	38.50

Kurumlararası sağlık harcamalarının bir önceki yıla oranla artışını gösteren Tablo 21'e göre, toplam harcamaların genel eğilimine en benzer gelişme gösteren kurum S.S.Y.B.'dir. Toplam sağlık harcamalarında en yüksek paya sahip S.S.Y.B. genel bütçeye dahil bir kuruluştur ve harcamalarını genel bütçeden tahsis edilen ödeneklerle karşılar. Dolayısıyla harcamaları, ülkenin genel ekonomik ve politik gelişimine en benzer eğilim gösteren kuruluştur.

Kurumlararası kamu harcamalarının G.S.M.H. ile ilişkisini ve gelir esnekliğini bulmak için yapılan regresyon analizi sonucunda elde edilen değerler Ek-2, 3 ve 4'de verilmiştir.

Tablo 21-Kurumlararası Kamu Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle Artışı (%)

Yıllar	S.S.Y.B.		Üniversiteler		S.S.K.	
	Cari	Reel	Cari	Reel	Cari	Reel
1973	-	-	-	-	-	-
1974	31	2.6	47	14	32	3.1
1975	54	32	76	52	18	1.8
1976	15	-1.3	23	5.7	35	16
1977	44	16	47	18	50	20
1978	93	34	64	14	58	10
1979	73	1.2	78	4.5	62	-4.7
1980	62	-20	77	-13	70	-16
1981	-5.9	-33	1	-28	17	-17
1982	13	-9	11	-12	38	8.3
1983	56	22	39	9.1	27	-0.4
1984	36	-8.7	17	-21	49	-0.2
1985	42	-0.6	33	-7.0	49	3.8
1986	44	10	63	25	51	16
1987	69	22	51	9.7	74	26
1988	67	1.2	64	-0.9	84	11
1989	133	39	136	41	130	37
1990	122	45	117	42	93	26

Tablo 22’de, ele alınan dönemde, her bir kurumun yaptığı sağlık harcamaları açısından bulunan esneklik değerlerinin “bir” den büyük değer aldığı anlaşılmaktadır. Büyüklüklerine göre bu harcamalar, üniversiteler (% 1.25), S.S.K. (% 1.20) ve S.S.Y.B. (% 1.14) olarak sıralanabilir. Yani, G.S.M.H.’da yüzde 1 değişiklik olduğu zaman, üniversitelerin yaptığı harcamalarda 1.25, S.S.K.’nın yaptığı harcamalarda 1.20, S.S.Y.B.’nin yaptığı harcamalarda ise 1.14 değişme meydana gelmektedir.

Tablo 22-Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlararası Dağılımına Göre Gelir Esnekliği

	Gelir Esnekliği	t Değeri	R ²
S.S.Y.B.	1.14	20.42	0.96
Üniversiteler	1.25	21.25	0.96
S.S.K.	1.20	27.52	0.97

Yapılan regresyon analizinde hipotez aşağıdaki gibi geliştirilmiştir.

Ho: S.S.Y.B.'nin yaptığı sağlık harcamalarıyla(Y değişkeni), G.S.M.H.(X değişkeni) arasında ilişki yoktur.

H₁ : S.S.Y.B'nin yaptığı sağlık harcamalarıyla G.S.M.H. arasında ilişki vardır.

Bu hipotez, ayrıca, S.S.K. ve üniversitelerin yaptığı sağlık harcamaları için de geliştirilmiştir. Hesaplanan t istatistiği değerleri, Tablo 22'de görüldüğü gibi, 20.42, 21.25 ve 27.52'dir ve t tablo değeri olan 1.734'den büyüktür. Bu durumda Ho hipotezi red edilerek, H₁ kabul edilmiştir ve değişkenlerin arasında ilişki olduğuna karar verilmiştir.

Regresyon analizinde, değişkenlerimiz olan X'in Y'yi açıklamadaki başarı derecesinin bir ölçüsü olarak R² değerleri bulunmuştur. Ek 2,3 ve 4'de görüldüğü gibi, R²'lerin 0.96, 0.96 ve 0.97 olarak çıkması bize, açıklayıcı değişkenin bağımlı değişkenlerdeki değişmelerin sırasıyla % 96, % 96 ve % 97'sini açıkladığını göstermektedir. Yani, S.S.Y.B., S.S.K. ve üniversitelerin yaptığı sağlık harcamalarındaki değişmelerin çok büyük bir yüzdesi G.S.M.H.'daki değişmelerce açıklanmaktadır.

3.2.2.Kamu Harcamalarının İşlevsel Sınıflandırması

Fonksiyonel sınıflandırma ilk kez 1947'de A.B.D.'de yürütmenin yeniden organizasyonu için kurulan Hoover Komisyonu'nun raporu ile dikkatleri çekmiştir. Çeşitli faaliyet alanlarında devletin rolünü tam olarak hesap edebilmek için, harcamalar, gerçekleştirilen değişik fonksiyonların maliyetleri gözönüne alınarak sınıflandırılmaktadır. Örneğin, genel yönetim, ulusal savunma, ekonomik faaliyet, sosyal faaliyet v.s. gibi bölünmektedir (112).

Harcamalar fonksiyonlara göre gruplandırıldığı zaman fonksiyonel bütçeden sözedilmektedir. "Fonksiyonel", "Fonksiyon"dan türemiş bir sıfattır. Fonksiyon; yerine getirmek, gerçekleştirmek anlamındadır. Ancak etkin olan fikir sadece bu eylem, tutum değildir. Aynı zamanda uygulamak, ortaya çıkarmak, gerçekleştirmektir. Fizyoloji bu

112 Maurice DUVERGER, *Finances Publiques*, Paris, 1965, s.42.

terimin kullanımının açıklığı kavuşturulabildiği bir alandır. Örneğin, bir organın fonksiyonu derken, bu organın eylem biçimi, gerçekleştirdiği özel davranış, hareket anlaşılır. Fonksiyonel hastalıklar dendiği zaman ise, ancak dinamik olaylara bağlı olarak çekilen, yani hasara uğramış bir organın anatomik durumuna bağlanamayan hastalıklar anlaşılır.

Bilinçli olarak veya değil devlet sık, sık yaşayan bir varlıkla karşılaştırılmıştır. Fonksiyon bir organda asıl olan eylemdir, aynı zamanda bu organın varlık nedenidir. Bir göz açılabilir, kapanabilir, ağlayabilir ama asıl fonksiyonu görmektir. Bir devletin ordusu ayaklanma yapabilir, resmi geçit yapabilir, yer değiştirebilir ancak asıl fonksiyonu ülkenin güvenliğini sağlamaktır (113). Yani belli bir fonksiyona ne kadar harcama yapıldığını anlayabilmek için bu fonksiyonu yerine getiren idari birim bazında değil, hangi idari birim tarafından yapılırsa yapılan, bu fonksiyonu, diğer bir deyişle hizmeti esas almak gerekmektedir.

3.2.2.1. Ele Alınan Dönemde Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Hizmet Programları Temelinde Dağılımı

1961 yılından bu yana Türkiye’de planlı ekonomi esasları uygulanmaya başlamış, planlama kurumsallaşarak, beş yıllık planlar ve yıllık programlar hazırlanmıştır. Planlı ekonomilerde beş yıllık plan hedeflerine ulaşabilmek için planın yıllık uygulaması olan yıllık programlar ile bütçenin aynı paralelde olması gerekmektedir. Yıllık programlar ancak bütçe ile gerçekleşebileceğine göre plan ve bütçe arasında organik bir ilişkinin olması, bu doğrultuda, planlı bir ekonomide uygulanan bütçenin de program bütçe sistemi olması gerekmektedir. Türkiye’de III. Beş Yıllık Plan Dönemi başlangıcı olan 1973 mali yılında program bütçe sistemi kabul edilerek uygulamaya konmuştur.

113 Jaques EDMOND-GRANGÉ-Louis TROTABAS-C.A.COLLIARD, *Le Budget Fonctionnel en France*, Paris, 1963, s.6.

Uygulamaya esas olan program bütçe modelinin özellikleri şöyle belirlenebilir (114): Bütçe sınıflandırmasında, modelin esas işlevsel sınıflandırmaya gidişi sağlayacak biçimde yapılmıştır. Program, alt-program ve faaliyet projelerden oluşan hizmet programlarının sınıflandırılması ile başlanıp, tüm kamu hizmetlerinin işlevsel sınıflandırmasına gidilecek nitelikte kodlandırılmıştır.

Programlar, ana hizmet kümeleridir. Bir örgütün yürütmekle görevli olduğu hizmetler programlara bölünür. Programların toplanmasıyla, o kuruluşun hizmet yükü belirlenmiş olur (115). Ülkemizde, program sınıflandırması yapılmışsa da, yapılan sınıflandırma tam bir fonksiyonel sınıflandırma anlayışını yansıtmamaktadır. Yapılan sınıflandırma her bir fonksiyonun gerçekleşmesine yönelmiş idari birimleri o fonksiyon başlığı altında birleştirici veya her idari birimin giriştiği programların ilgili fonksiyonlarla ilişkisini kurucu bir yönde değildir. Yani, klasik bütçe kalemlerinin programlar halinde yeniden sınıflandırması yapılmış ve programlar şeklinde düzenlenmesine gidilmiştir. Yapılan şey, madde sayılarını azaltmak ve gruplara toplamaktan ileriye gitmemiştir ve örgüt yapısı takip edilmiştir (116).

Çalışmanın bu bölümünde, program bazında yapılan kamu sağlık harcamalarının kapsamına, sadece S.S.Y.B. ve üniversitelerin harcamaları alınmıştır. S.S.K.'ya ilişkin toplam sağlık harcaması rakamlarının yaklaşık bulunabilmesine karşın, bu kurumun harcamalarını, genel ve katma bütçelerde olduğu gibi, sağlık hizmeti programlarına göre sınıflandırarak değerlendirmek mümkün olmamıştır.

Değerlendirmeler, dört ana hizmet programına göre yapılmıştır.

- Genel Yönetim ve Destek

Genel yönetim ile, üst yönetim ve koordinasyonun gerektirdiği ve maliyetleri diğer hizmet programlarına bölünmeyen hizmetler sınıflandırılmıştır. Destek hizmetleri ile diğer hizmet programlarının amaca ulaşmasını sağlayacak yardımcı hizmetler esas alınmış ve

114 COŞKUN, Devlet Bütçesi, A.g.k., s.142.

115 Gülay COŞKUN, Bütçe Reformu Nedenleri ve Program Bütçe Sistemi, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, Ya. No.150, Ankara, 1976, s.135.

116 FALAY, A.g.k., s.145.

bunların maliyetlerinin bu yıl olmasa bile gelecek yıllarda ilgili diğer hizmet programlarının maliyetleri arasında yer alacağı kabul edilerek sınıflandırılmıştır (117). Bu programın harcama kalemlerini; personel giderleri, tüketim malları ve malzeme alımları, demirbaş alımları, yapı-tesis ve onarım giderleri v.s. oluşturmaktadır.

- Temel Sağlık Hizmetleri ve Sosyalleştirme. Verem, sıtma savaş gibi hastalıklarla mücadele; aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı gibi hizmetlere yapılan giderler bulunmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, bu hizmetlerden koruyuculuğa yönelik olanları ülkemizde sadece S.S.Y.B. yapmaktadır.

- Tedavi Hizmetleri. Yataklı tedavi kurumlarında, tedaviye yönelik yapılan harcamalar yer almaktadır.

- Eğitim ve Araştırma. S.S.Y.B.'nin, Genel Yönetim ve Destek Hizmetleri programının Eğitim Hizmetleri alt-programındaki harcamalar ile üniversitelerin tıp, diş hekimliği, eczacılık fakülteleri, ile hemşirelik gibi sağlık sektörüne ilişkin diğer personeli yetiştiren kurumların, eğitime ve bilimsel araştırmaya yönelik harcamaları bulunmaktadır.

Çalışmadaki bu sınıflandırma, S.S.Y.B. ve üniversitelerin bütçelerindeki program bütçe sınıflandırması esas alınarak, her iki kurumun benzer hizmet türlerinin biraraya getirilmesiyle yapılmıştır.

Tablo 23'de görüldüğü gibi, 18 yıllık dönem boyunca toplam harcamalardan en büyük payı tedavi hizmetleri almaktadır, ardından temel sağlık ve sosyalleştirme hizmetleri gelmektedir. Genel yönetim ve destek hizmetleri ile eğitim hizmetleri, hemen, hemen aynı oranlarda ve zaman, zaman değişimli olarak üçüncü ve dördüncü sıraları almaktadır.

Harcamaların büyük çoğunluğunun tedavi hizmetlerine yapılması devletin temel sağlık hizmetlerindeki asıl sorumluluğu ve rolü politikasının yerine getirilemediğini ortaya koymaktadır. Zaten oldukça yetersiz olan sağlık bütçesinin çoğunun yataklı kurumlarda görülen tedavi harcamalarına tahsis edilmesi, sistemin bir önceki zincirinin, yani ayakta teşhis tedavi ve koruyuculuğa yönelik hizmetlerin yeterince yapılamadığı, bu doğrultuda kaynakların israf edildiği sonucunu doğurmaktadır.

117 COŞKUN, Devlet Bütçesi, A.g.k., s.144.

Tablo 23-Hizmet Türlerine Göre Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%)

Yıllar	Yönetim ve Destek	Temel Sağlık ve Sos.	Tedavi	Eğitim
1973	11	33.50	44	11.50
1974	12	29	46	13
1975	10	29.50	49.50	12
1976	13	29	46	12
1977	12.50	29	46	12.50
1978	10	33	44	13
1979	11	32	44	13
1980	10	30	44	16
1981	14	26.50	48	11.50
1982	13	27	48	12
1983	12	28	48	12
1984	13.50	28	47	11.50
1985	12	28	48	12
1986	12.50	27	49.50	11
1987	12	27.50	48.50	12
1988	10	30.50	48.50	11
1989	6	33	49.50	11.50
1990	8	32	49	11

Tablo 24'de hizmet türlerine göre kamu sağlık harcamaları ve bir önceki yıla göre artış oranları verilmiştir. Görüldüğü gibi, dönem boyunca, her bir hizmet programına yapılan harcamalar, 1981 ve 1982 yıllarındaki gerileme hariç, bir önceki yıla göre artış göstermiştir. Bu artışın en yüksek olduğu yıllar ise 1989 ve 1990 yıllarıdır. 1981 yılında, en fazla azaltılan harcama türü, %-31 oranıyla, eğitime yönelik olanlardır, bunu %-14 ile temel sağlık hizmetleri takip etmektedir.

Tablo 24-Hizmet Türlerine Göre Kamu Sağlık Harcamaları ve Artış Oranı (%)

(S.S.Y.B.+ Üniversiteler) (Milyon TL)

Yıllar	Yönetim ve Destek	Artış	Temel Sağlık ve Sos.	Artış	Tedavi	Artış	Eğitim	Artış
1973	310	-	965	-	1.280	-	336	-
1974	466	50	1.116	20	1.851	44	523	55
1975	628	34	1.826	56	3.009	62	748	43
1976	1.012	61	2.121	16	3.393	12	864	15
1977	1.355	33	3.116	46	4.985	46	1.332	54
1978	1.905	40	6.600	111	8.692	74	2.694	102
1979	3.737	96	11.230	70	15.154	74	4.649	72
1980	6.072	62	17.230	53	25.361	67	9.205	97
1981	7.698	26	14.715	-14	26.748	5.4	6.310	-31
1982	7.756	0.7	16.948	15	30.041	12	7.581	20
1983	11.767	51	26.968	59	46.839	55	10.606	39
1984	17.062	44	35.103	30	59.010	25	14.545	37
1985	22.009	28	48.927	39	85.474	44	20.493	40
1986	32.153	46	71.258	45	130.279	52	30.035	46
1987	52.536	63	120.500	69	211.201	62	51.780	72
1988	71.677	36	218.780	81	348.204	64	80.366	55
1989	108.770	51	558.410	155	841.521	141	196.104	144
1990	294.084	170	1.198.290	114	1.863.528	121	420.265	114

Yapılan harcamaların hizmet türlerine göre dağılımını reel olarak görebilmek için sabit rakamlarla düzenlenen Tablo 25'e göre, 1980-1985 döneminde, bütün hizmet türlerindeki harcamalarda bir gerileme olmakla beraber, dönemin tümü ele alındığında, belli yıllarda değişik eğilimler görülmektedir.

Tablo 25-Sabit Rakamlarla Hizmet Türlerine Göre Kamu Sağlık Harcamaları ve Artış Oranı (%) (S.S.Y.B.+Üniversiteler) (Milyon T.L.)

Yıllar	Yönetim ve Destek		Temel Sağlık ve Sos.		Tedavi		Eğitim	
	Artış	Artış	Artış	Artış	Artış	Artış	Artış	Artış
1973	156	-	487	-	646	-	170	-
1974	183	17	458	-5.9	728	12	205	21
1975	212	15	618	34	1.018	39	253	23
1976	293	38	615	-0.4	984	-3.3	250	-1.0
1977	315	7.5	726	18	1.161	-18	310	23
1978	308	-2.2	1.069	47	1.408	21	436	40
1979	354	14	1.063	-0.5	1.435	1.9	440	0.8
1980	282	-20	800	-24	1.178	-17	427	-2.8
1981	252	-10	482	-39	876	-25	206	-5.1
1982	199	-20	435	-9.7	771	-11	194	-5.7
1983	236	18	541	24	940	21	212	9.2
1984	228	-3.3	469	-13	788	-16	194	-8.4
1985	204	-10	454	-3.1	793	0.6	190	-2.1
1986	227	11	505	11	923	16	212	11
1987	269	18	617	22	1.081	17	265	24
1988	221	-17	676	9.5	1.076	-0.4	248	-6.3
1989	201	-9	1.034	52	1.558	44	363	46
1990	356	77	1.454	40	2.261	45	510	40

Örneğin, genel yönetim ve destek harcamaları 1978 yılında % -2 oranında gerilemiştir. Tablo 26'daki enflasyon oranlarına bakıldığında, 1978'deki % 43'lük enflasyonun etkisi cari harcamalardaki % 40'luk artışla giderilememiştir. Ertesi yıl, yani 1979'da enflasyonun % 71'lik oranlara yükselmesine rağmen, cari harcamaların % 96 artırılması, reel anlamda da harcamaların arttığı biçiminde açıklanabilir. 1975 ve 1976 yıllarında, enflasyon oranları hemen, hemen aynı olmuştur. Temel sağlık, tedavi ve eğitime yönelik harcamalar, bu iki yıl arasında, %0, %-3, %-1 oranlarıyla bir önceki yıla göre hemen,hemen hiç artmamıştır, aynı kalmıştır. Bu örnekler, kamu sağlık harcamalarında, her yıl harcama miktarı saptanırken, enflasyon oranlarının belirleyici bir etken olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 26-Enflasyon Oranları (%)

Yıllar	Oran	Yıllar	Oran
1973	22	1982	27
1974	28	1983	28
1975	16	1984	50
1976	16	1985	43
1977	24	1986	31
1978	43	1987	38
1979	71	1988	65
1980	103	1989	67
1981	41	1990	52

Kaynak: Enflasyon oranları çeşitli kaynaklarda farklılıklar gösterdiği için, G.S.M.H. deflatöründen yararlanılarak bulunmuştur.

Benzer açıklamayla, temel sağlık ve sosyalleştirme harcamalarında, 1974 yılında cari rakamlarla % 20'lik bir artış olmasına karşın, enflasyonun % 22'den % 28'e çıkması reel rakamlarda gerilemeye neden olmuştur. Ertesi yıl, yani 1975'de enflasyondaki gerileme nedeniyle gerçek harcamalarda % 34'lük bir artış olmuştur. 1976 yılında enflasyon oranının hemen, hemen bir önceki yıla göre değişmemesi, harcamalarda da reel anlamda % 0'lık artışa neden olmuştur.

Hizmet türlerine göre kamu sağlık harcamaları ve G.S.M.H. arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için yapılan regresyon analizinin sonuçları EK-5,6,7 ve 8'de verilmiştir.

Tablo 27-Kamu Sağlık Harcamalarının Hizmet Türlerine Göre Gelir Esnekliği

	Gelir Esnekliği	t Değeri	R ²
Genel Yönetim ve Destek	1.15	18.57	0.95
Temel Sağlık ve Sosyalleştirme	1.25	19.91	0.96
Tedavi	1.19	20.21	0.96
Eğitim	0.85	21.36	0.96

Tablo 27’de ele alınan dönemde S.S.Y.B. ve üniversitelerin yaptığı sağlık harcamalarının esneklik değerleri incelendiğinde, eğitime yönelik olanlar hariç “bir” den büyük değerler aldıkları görülmektedir. G.S.M.H.’da yüzde 1 değişiklik olduğu zaman, genel yönetim ve destek hizmetlerine yönelik harcamalarda % 1.15, temel sağlık ve sosyalleştirme harcamalarında % 1.25, tedavi harcamalarında ise % 1.19 değişme meydana gelmektedir. Eğitim harcamalarının esneklik değeri ise % 0.85’dir. G.S.M.H.’da yüzde 1 değişiklik olduğu zaman eğitim harcamalarında 1’den daha az değişme olmaktadır.

Yapılan regresyon analizinde hipotez aşağıdaki gibi geliştirilmiştir.

Ho : Genel Yönetim ve Destek harcamalarıyla(Y değişkeni), G.S.M.H.(X değişkeni) arasında ilişki yoktur.

H1 : Genel Yönetim ve Destek harcamalarıyla G.S.M.H arasında ilişki vardır.

Bu hipotez, ayrıca, Temel sağlık ve sosyalleştirme, Tedavi ve Eğitime yönelik harcamalar için de geliştirilmiştir.

Hesaplanan t istatistiği değerleri Tablo 27’de görüldüğü gibi, 18.57, 19.91, 20.21 ve 21.36’dır. Bu değerler, t tablo değeri olan 1.734’den büyüktür. Bu durumda, Ho hipotezi red edilerek, H1 kabul edilmiştir ve değişkenlerin arasında ilişki olduğuna karar verilmiştir.

Regresyon analizinde, değişkenlerimiz olan X’lin Y’yi açıklamadaki başarı derecesinin bir ölçüsü olarak R2 değerleri bulunmuştur. Ek-5, 6,7 ve 8’de görüldüğü gibi, R2’lerin 0.95, 0.06, 0.96 ve 0.96 olarak çıkması bize, açıklayıcı değişkenin bağımlı değişkenlerdeki değişmelerin sırasıyla, % 95, % 96, % 96 ve % 96’sını açıkladığını göstermektedir. Yani, her bir hizmet programına yapılan harcamalardaki değişmelerin çok büyük bir yüzdesi G.S.M.H.’daki değişmelerce açıklanmaktadır.

3.2.3. Kamu Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırması

Kamu harcamalarının ekonomik sınıflandırması çeşitli biçimlerde yapılmaktadır. Bunlardan başlıcaları;

- Fiili Harcamalar- Transfer Harcamaları
- Cari Harcamalar- Yatırım Harcamaları biçiminde yapılan gruplandırmalardır⁽¹¹⁸⁾

Birinci ayırmda, fiili harcamalar kategorisine girenler yönetim tarafından satın alınmış üretken hizmetlere devlet tarafından yapılan ödemelerdir. (maaş ve ücret ödemeleri, materyel satın alımları gibi) O halde bu harcamalar bir iş, bir mal veya bir hizmetin karşılığı olarak elde edilen gerçek gelirlerin ödenmesidir. Fiili harcamalar sonuçta, ulusal gelire dahil olan gelirlerin yaratılmasına neden olur.

Transfer olarak adlandırılan harcamalar, global geliri değiştirmeksizin, sadece satın alma gücünün sosyal gruplar veya kişiler arasında yer değiştirmesine neden olan harcamalardır. Transferler genellikle karşılıksızdır. Ekonomik dolaşımdan bir mal veya hizmetin alımını gerektirmez. Kamu kasalarından yapılan ödemeler reel kaynakların o an için tüketimi anlamında değildir, kamu sektörünün satın alma gücünün bir diğer sektöre aktarılmasıdır. Böyle bir durumda reel harcamayı gerçekleştiren devlet değil, transferlerden yararlananlardır.

Cari harcamalar ve yatırım harcamaları sınıflandırmasını genel bir şekilde ifade etmek gerekirse, sermaye teşekkülü ile ilgili harcamalar yatırım giderleri, tüketim ile ilgili harcamalar da cari gider olarak kabul edilebilir⁽¹¹⁹⁾. Bu ayırım daha geniş bir açıdan ele alınırsa cari harcamalarla sermaye harcamaları şöyle tanımlanabilir: Bütünüyle ekonominin genel üretkenliğini hali hazırda veya gelecekte geliştirmeye yarayan masraflar sermaye yahut yatırım masrafları; bunun dışında kalan, yani söz konusu üretkenliği doğrudan

¹¹⁸ Hubert BROCHIER-Pierre TABATONI, *Economie Financière*, Paris, 1959, s.5-13.

¹¹⁹ NADAROĞLU, A.g.k., s.165.

doğruya arttırmaya yaramayan masraflar da cari masraflar yahut tüketim masraflarıdır⁽¹²⁰⁾.

Bu durumda kişilerin çalışma gücünü artıran sağlık harcamaları ile bilgilerini, yeteneklerini artıran eğitim harcamaları yatırım gideri olarak kabul edilebilir.

3.2.3.1. Ele Alınan Dönemde Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırma Temelinde Dağılımı

Türk bütçe sisteminde harcamalar 1, 2 ve 3 kodlarına göre ödenek türlerine ayrılmıştır. Sırasıyla, cari, yatırım ve transfer harcaması olarak kabul edilen bu ödenek türlerine göre sağlık harcamalarının ekonomik sınıflandırmasını yapmak mümkündür. Ancak, transferler olarak kabul edilen harcamaların, çoğunlukla gerek S.S.Y.B. bütçelerinde, gerek üniversitelerin bütçelerinde “Hizmet Programlarına Dağıtılamayan Transferler” adındaki program altında toplanmıştır.

Bu program, klasik bütçe sisteminden tam kopmamanın bir sonucudur. “Sermaye teşkili ve transferler” cetvelinin hizmet programları arasında dağıtılamayanlarını veya ayrı bir program olarak yer verilemeyen bazı hizmetleri, bu geçiş dönemi için standartlaştırılmış bir hizmet programıdır. Böylece her kuruluştaki var olanları istenilen standart şekilde görme olanağı sağlamış olacaktır⁽¹²¹⁾. Bu programda, çoğunluğu borç ödemeleri altında toplanmak üzere, mali transferler, sosyal transferler ve borç ödemeleri (geçen yıllardan kalma personel ve diğer cari giderler) bulunmaktadır. Gerek, doğrudan sağlık hizmetine katkısının bulunmaması ve büyük miktarlar olmaması, gerek yıldan yıla istikrarlı gelişen miktarlar olmamasının analizleri güçleştirilmesi ve asıl önemlisi açıklandığı gibi, nereye yerleştirileceği bilinmeyen belli miktarların sadece bir standardizasyona gidilebilmesi için bu programda toplanmış olması nedenleriyle adı geçen harcamalar değerlendirmelere alınmamıştır. Bu nedenle yapılan ekonomik sınıflandırmada sadece cari

¹²⁰ Memduh YAŞA, *Amme Masrafları Miktar ve Strüktür Değişmelerinin Tahlili*, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Ya.No.816, İstanbul, 1959, s.5.

¹²¹ COŞKUN, A.g.k., s.144.

ve yatırım harcamaları vardır. Her ne kadar, transferler ödenek türünün içinde verem savaş derneklerine yardım, fakir hastalara tedavi yardımı gibi değerlendirmeye alınması gerekenler varsa da, bu miktarların, hem son derece az olmaları, hem de onlar için düzenlenecek transferler sütununa diğerlerini de ilave etme zorunluluğunun ortaya çıkacağı endişesiyle transferler tümüyle değerlendirme dışında kalmıştır.

Ayrıca çalışmada sağlık harcamalarını tümüyle yatırım harcaması sayan görüşler ile S.S.K. harcamalarını, hizmet programları sınıflandırmasında olduğu gibi dönem boyunca sağlıklı bir ekonomik sınıflandırma biçiminde elde etmek mümkün olmadığı için kapsam dışında bırakmak tercih edilmiştir

Tablo 28-Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%)

Yıllar	Cari	Yatırım
1973	91	9
1974	91	9
1975	90.50	9.50
1976	89.50	10.50
1977	89	11
1978	92	8
1979	93.50	6.50
1980	93	7
1981	89	11
1982	88	12
1983	89	11
1984	90	10
1985	91	9
1986	90.50	9.50
1987	89	11
1988	88.50	11.50
1989	90.50	9.50
1990	90	10

Tablo 28'de görüldüğü gibi ele alınan dönem boyunca yapılan kamu sağlık harcamalarının ortalama % 90'ı cari harcama, %10'nu yatırım harcaması biçiminde olmuştur.

Tablo 29'da sağlık harcamalarının cari rakamlarla miktarları ve yıllar itibariyle artış oranları verilmiştir. Görüldüğü gibi, 1981 yılı cari harcamaları dışında, genelde, her yıl bir öncekine göre belli oranlarda artış olmuştur. 1989 yılı cari harcamaları %142 ile dönemin en yüksek artış oranına sahiptir. Bu durum, çalışmada daha önce belirtildiği gibi, 1989 yılında kamu personeline yapılan yüksek maaş zamlarının sonucu olarak açıklanabilir.

Tablo 29-Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Kamu Sağlık Harcamaları ve Gelişimi (%)
(Milyon TL.)

Yıllar	Cari	Artış	Yatırım	Artış
1973	2.556	-	224	-
1974	3.545	38	347	54
1975	5.379	54	563	62
1976	6.302	15	745	32
1977	9.287	47	1.166	56
1978	18.081	94	1.428	22
1979	31.962	76	2.213	55
1980	52.926	65	4.012	81
1981	48.631	-8.1	6.024	50
1982	54.334	11	7.612	26
1983	84.202	54	10.436	37
1984	113.579	34	12.759	22
1985	163.714	44	15.820	23
1986	236.933	44	25.064	58
1987	383.509	61	48.671	94
1988	672.315	75	86.850	78
1989	1.630.257	142	171.361	97
1990	3.389.240	107	370.366	116

Tablo'30 da ise, ekonomik sınıflandırmaya göre kamu sağlık harcamaları sabit rakamlarla düzenlenmiştir. Görüldüğü gibi , cari harcamalar, 1980 ve 1985 yılları arasında, 1983 yılı hariç azalmıştır. 1985 yılından sonra tekrar artış eğilimine girmiş ve 1989 yılında en yüksek orana ulaşmıştır.

Tablo 30-Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Sabit Rakamlarla Kamu Sağlık Harcamaları ve Gelişimi (%) (Milyon TL.)

Yıllar	Cari	Artış	Yatırım	Artış
1973	1.291	-	113	-
1974	1.394	8	136	20
1975	1.821	30	190	39
1976	1.827	0.3	216	13
1977	2.163	18	271	25
1978	2.930	35	231	-14
1979	3.027	3.3	209	-9.4
1980	2.459	-18	186	-11
1981	1.593	-35	197	5.8
1982	1.395	-12	195	-0.9
1983	1.690	21	209	7.1
1984	1.518	-10	170	-18
1985	1.520	0.14	146	-13
1986	1.679	10	177	20
1987	1.964	16	249	40
1988	2.078	5.7	268	7.6
1989	3.019	45	317	18
1990	4.113	36	449	41

1980-1985 istikrar döneminde maliye politikası izlenirken kullanılan araçlar şunlardır; kamu tüketimi azaltılacaktır, personel artışından ve diğer cari giderlerden kaçınılacaktır. Ancak eğitim, sağlık araştırma ve iç güvenlik hizmetlerinin cari gider ihtiyaçlarının karşılanmasına öncelik verilecektir (122) Buna rağmen Tablo 30'da görüldüğü gibi bu dönemde 1983 yılı sıçraması hariç sağlık hizmetlerinin cari giderleri de genel politikaya uygun olarak daraltılmıştır. Yatırım harcamaları ise 1978 yılından 1981 yılına kadar, yani dönemin en yüksek enflasyon oranlarının olduğu yıllarda nominal rakamlarla belli yüzdelerle artıyor görünmesine karşın, reel olarak sürekli gerilemiştir. 1981 yılında bir sıçrayış göstermiş olmakla beraber, daha sonra cari harcamalardaki kadar olmasa da gerileme eğilimine girmiştir. 1985 yılından sonra gerek cari, gerek yatırım harcamalarında sürekli olarak bir önceki yıla oranla artış görülmüştür.

122 BATIREL, Türkiye Ekonomisi..., A.g.k., s.14.

Ekonomik sınıflandırmaya göre kamu sağlık harcamaları ve G.S.M.H. arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için yapılan regresyon analizinin sonuçları Ek-9 ve 10'da verilmiştir.

Tablo 31-Kamu Sağlık Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Gelir Esnekliği

	Gelir Esnekliği	t Değeri	R ²
Cari	1.17	22.42	0.96
Yatırım	0.96	24.73	0.97

Tablo 31'de, ele alınan dönemde S.S.Y.B. ve üniversitelerin yaptığı sağlık harcamalarının esneklik değerleri incelendiğinde, bulunan değerler, cari harcamalar için %0.96'dır. G.S.M.H'da yüzde "1" değişiklik olduğu zaman, cari harcamalardaki değişiklik 1'den büyük olmaktadır. Yatırım harcamalarında ise 1' in altında değişme meydana gelmektedir.

Yapılan regresyon analizinde hipotez aşağıdaki gibi geliştirilmiştir.

.Ho : Cari harcamalarla(Y değişkeni), G.S.M.H.(X değişkeni) arasındaki ilişki yoktur.

. H1 : Cari harcamalarla G.S.M.H. arasında ilişki vardır.

Bu hipotez ayrıca yatırım harcamaları için de geliştirilmiştir.

Hesaplanan t istatistiği değerleri Tablo 31'de görüldüğü gibi, 22.42 ve 24.73'tür. Bu değerler, t tablo değeri olan 1.734'den büyüktür. Bu durumda, Ho hipotezi red edilerek H1 kabul edilmiştir ve değişkenlerin arasında ilişki olduğuna karar verilmiştir.

Regresyon analizinde, değişkenlerimiz olan X'in Y'yi açıklamadaki başarı derecesinin bir ölçüsü olarak R2 değerleri bulunmuştur. Ek-9 ve 10'da görüldüğü gibi, R2'lerin 0.96 ve 0.97 olarak çıkması bize, açıklayıcı değişkenin bağımlı değişkendeki değişmelerin sırasıyla, % 96 ve % 97'sini açıkladığını göstermektedir. yani, cari ve yatırım harcamalarındaki değişmelerin çok büyük bir yüzdesi G.S.M.H.'daki değişmelerce açıklanmaktadır.

SONUÇ

Yarı kamusal hizmetlere getirilen en ayırıcı örneklerden biri olan sağlık hizmetleri, yarattığı dışsallıklar nedeniyle kamu kesiminde her zaman varlığını korumuştur. En liberal ülkelerde bile, kamusal niteliğini bütünüyle yitirmemiştir. Özellikle, toplumda hastalanma olasılığını azaltan koruyuculuğa yönelik sağlık hizmetleri, devletin veya diğer kamu otoritelerinin sorumluluğunda olmuştur.

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talebin oluşumu, çoğu zaman, serbest rekabet piyasasındakine benzer biçimde kendini göstermemektedir. Tüketicilerin, talep ettikleri hizmetin türünü ve miktarını kendi kendilerine belirleyebilme güçlüğü, sağlık hizmeti gereksinmelerinin uygun talebe dönüşmesini engelleyebilir. Kişilerin eğitim düzeyi başta olmak üzere, hizmetlerin karşılanma düzeyi, yeri, biçimi gibi değişik etkenler, bu diğer hizmetlerle ikame edilemez ve fiyat esnekliği oldukça sert olan hizmetin talebini etkilemektedir. Sağlık hizmetleri, diğer birçok hizmetle karşılaştırıldığında, son derece hızlı bilimsel ve teknik ilerlemelerin etkisi altındadır ve her zaman nitelikli personel kullanımını gerektirmiştir.

Sağlık hizmetleri organizasyonunun düğüm problemini oluşturun sağlık personeli, tür ve sayısal yönden, ülkelerarası sosyo-ekonomik karşılaştırmalarda her zaman kullanılan bir veri olmuştur. Türkiye, sağlık personeli açısından, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, sayıca oldukça yetersiz durumdadır. Örneğin, bin kişiye düşen doktor sayısı bazı gelişmiş ülkelerde Türkiye'dekinin 3-4 katıdır. Ülkemizde, sağlık

insangücünün illere dağılımında da dengesizlikler vardır. Sağlık personelinin büyük çoğunluğu, özellikle hekimler büyük kentlerde yoğunlaşmıştır. Kamu kesiminde çalışan hekimler, ücretlerini düşük bulmakta ve çeşitli diğer nedenlerle kırsal alanlarda çalışmaktan çekinmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetleri zincirinin pratisyen-uzman biçiminde kurulabilmesini sağlayacak gerekli hekim istihdamında dengesizlikler vardır, bu yönde eğitim ve teşvikler yetersizdir.

Ülkemizde, sağlık hizmetleri piyasasında belirlenen bir diğer olgu ise, yataklı tedavi hizmetlerinin bölgelere dağılımındaki dengesizliktir. Hastane hizmetleri gören kurumların, üç büyük kent dışında organizasyonlarının olmasına karşın bunlar, gerek sayıca, gerek sunulan hizmet yönünden yetersizdir. Bu durum, büyük kent hastanelerine hasta akımına neden olmaktadır.

Sağlıklı insanların oluşturduğu bir toplumun önemi günümüzde giderek daha fazla anlaşılmıştır. İyileştirilen bir hastanın uzayan ömrü nedeniyle kazanılan işgücünün gelir artışı yaratması, sağlık harcamaları gibi, nüfusun kalitesini ve verimliliğini artıran insan sermayesi yatırımlarının önemini artık tartışma konusu olmaktan çıkarmıştır.

Sağlıklı insanların oluşturduğu bir toplum yaratabilmek, ülke çapında, bütün faktörleri hesaba katan politikaların doğması ile mümkündür. Öncelikle, uygun politikaların belirlenmesi ve bu politikaların etkili bir biçimde plânlanması gerekir. Sağlık hizmetlerinde, kullananları olduğu kadar, kullanmayanları da kapsamına alan, tüm toplumun sağlık gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Diğer sektörlerde alınan politik kararlar da toplumun sağlık düzeyini etkilemektedir. Bu anlamda, sağlık hizmetleri plânlamacıları ve politikacılar birbirlerinden bağımsız çalışmamalıdır, bütün sorunlara global olarak yaklaşmalıdırlar.

1960'lı yıllardan bu yana Dünya Sağlık Teşkilatının etkisi altında, bütün ülkelerde, kamu sağlığı plânlaması giderek önem kazanmıştır. Sağlık sektöründe plânlama ile

amaçlanan, kamusal yollarla, rekabet mekanizması içinde bulunmayan bazı düzenleyici kuralları ortaya koymaktır. Devlete, özellikle koruyuculuğa yönelik önlemlerle toplum ve kişiler için sağlık hizmetlerini geliştirmek, tüm halka tedavi edici bakımı, bunun en uygun ağını kurarak, mali öncelikleri düşünmeden sağlamak görevi düşmüştür. Ancak, tüm ülkelerde, sağlık sektöründe kamu yönetimlerinin sınırları tartışılmaktadır. Genel eğilim, temel sağlık hizmetlerinde kamu yönetimlerinin sorumlulukları değişmezken, ikinci basamak hizmetler olarak adlandırılan tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinde bu sorumlulukları daraltma yönündedir. Kamu yönetimlerince sunulan hizmetler arasındaki koordinasyon yokluğu, nitelik ve nicelik açısından yetersizlik gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinin devletçe plânlanması, güdümlenmesi ve geliştirilmesi esas olmakla beraber, liberalleşmeye doğru bir gidiş vardır.

Ülkemizde, 1961 Anayasasında, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, kişilerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşaması ve tıbbi bakım görmesi açısından devlete ödevler düştüğü belirtilmiştir. 1982 Anayasasında ise, sağlık hizmetlerinde özel sektörden söz edilmiş, devlet ve birey çevre sağlığını korumakla görevlendirilmiştir.

Türkiye’de beş yıllık ekonomik kalkınma plânları incelendiğinde, ilk üç plân döneminde ülkedeki sağlık koşullarının düzeltilmesi görevinin kamusal yollarla gerçekleştirilmesinin temel ilke olarak kabul edildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi adlı kanunun etkisiyle temel hedef, tüm yurttaşlara yaygınlaştırılmış sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi, koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesidir. Ancak, bu hedefin yeterince yerine getirilememesi ve özellikle kırsal yörelere gereksinimleri karşılayacak düzeyde sağlık hizmeti götürülebilmesi, tedavi edici hizmetlere olan aşırı talebi devam ettirmiştir.

Üçüncü beş yıllık plân döneminde, çok sayıda kurum tarafından ve dağınık bir biçimde gerçekleştirilen tedavi edici sağlık hizmetlerinin tek bir sistem içinde yürütülmesi öngörülmekle beraber, uygulamada bu yönde bir gelişme olmamıştır.

Dördüncü beş yıllık plânda, genel ilkeler ve politikalar açısından geçmiş

yıllardakinden farklı yaklaşımlar görülmemektedir. Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla, çeşitli yasal düzenlemelerin yapılması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigorta kapsamı dışında kalanların sağlık gereksinmelerinin devlet tarafından karşılanması ilkesel olarak belirlenmiştir.

Beşinci beş yıllık plânda, mevcut kapasitenin daha iyi kullanımı, kurumlararası işbirliğinin sağlanması, hastaların belirli kentlere akışının engellenmesi, bu amaçla bölge hastanelerinin güçlendirilmesi, tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi hedefleri belirlenmiştir. Ancak, fiziki altyapıda sağlanan bazı sayısal gelişmelerin dışında insangücü ve araç-gereç eksiklikleri, bunların dağılımının dengesizliği, kurumlararası koordinasyon ve iş bölümü yetersizliği gibi sebeplerden dolayı hizmetlerde istenilen düzeye ulaşılamamıştır. En olumlu gelişme, ulusal sağlık sigortasına geçişin, bir politika hedefi olarak gösterilmesidir.

Altıncı beş yıllık plânda, bazı somut sağlık sonuç hedeflerinin gösterilmesi diğer plânlardan farklı bir gelişme olmuştur. Herkese, her yerde, eşit, sürekli ulaştırılacak sağlık hizmetleri ilkesinin gerçekleştirilebilmesinin temel dayanağı olarak “ulusal sağlık sigortası” sistemi altıncı plânda da önerilmiştir. Ancak bu konu halen, yönetimi ve mali kaynakları açısından tartışılmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde en önemli paya sahip S.S.Y.B. politika oluşturma ve hizmetlerin koordinasyonu görevinde etkili bir rol oynayamamaktadır. Sağlık hizmetleri birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlarca gerçekleştirilmektedir. Bu yapı, etkili bir koordinasyonu güçleştirmektedir. Ülkemizde, gelişmiş ülkelere paralel olarak, sağlık sektöründe politikaların oluşturulması ve tüm vatandaşların yararlanabileceği bir sağlık sigorta sisteminin işletilmesi açısından bütünleşmeye gidilmelidir. Diğer yandan, hizmetlerin sunulması açısından bölgeselleşmeye gidilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde bölgeselleşmeyle, kaynak kullanımında daha rasyonel davranılabileceği gibi, hizmetlerin daha etkin sunumu ve sorunların daha çabuk ve kolay çözümü gerçekleşebilir.

Günümüzde, tüm ülkelerde sağlık harcamaları giderek yükselen oranlarda artmaktadır. Bu artış, zaman, zaman gayri safi ulusal gelirlerin artışından daha fazla olabilmektedir. Artan sağlık harcamalarının finansmanında, kamu genel bütçesi, zorunlu sigorta, özel sigortacılık ve hizmetbaşı bedel ödeme olmak üzere başlıca dört model kullanılmaktadır. Gelir düzeyi düşük ülkelerde isteğe bağlı sigorta sistemi pek bilinmemektedir. Bu ülkelerde, kamu kurumu olarak örgütlenmiş hastaneler ve diğer sağlık merkezleri toplumun büyük bir kesimine yönelik olarak faaliyet gösterirler. Gelir düzeyi göreceli olarak daha yüksek ülkelerde, devlet tarafından karşılıksız olarak sağlanan hizmetler çoğu zaman tartışma konusu olmaktadır. Bu ülkelerin hepsinde, zorunlu sosyal sigorta rejimi toplumun büyük bir bölümünü içermektedir ve masrafların çoğunu karşılamaktadır. Kişiler, giderlerinin kalan kısmını gönüllü sigorta kasalarından karşılayabilmektedirler.

Ülkemizde, toplumun % 40'ı sosyal güvenlik şemsiyesinin dışındadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça karmaşık bir yapı göstermektedir. Bu durum, sağlık hizmeti veren ve bunları finanse eden kurumların sayıca fazla olmasından ileri gelmektedir. Son yıllarda geliştirilmek istenen sistem "genel sağlık sigortası"dır. Sağ-Kur olarak adlandırılan bu tasarıya göre, Sağ-Kur sadece finansör bir kurum olacak, böylece hizmet veren kurumlarla finansman kurumları birbirinden ayrılacak, üyelerinin haklarını hizmet veren kurumlara karşı savunacaktır. Sağlık konusunda yapılan harcamalar bir havuzda toplanacak, aile hekimi-hastane-üniversite hastanesi biçimindeki uygun sevk zinciri kurulacaktır. Tabii bu sevk zincirinin kişilerce kırılmaması için gereken birinci koşul, yeterli aile hekimi uzmanının yetiştirilmesi ve yeterli hizmetin ilk basamakta verilmesidir. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi, toplumun % 40'ı dolayındaki sigortasız ve gelir düzeyi düşük olan kesimden sağlık primlerinin nasıl tahsil edileceği konuları sistemin özellikle finansman yönünden yeterince irdelenmesini gerektirmektedir.

Ülkemizde yapılan sağlık harcamalarının, yaklaşık yarısı kamu harcaması, diğer yarısı özel harcama biçiminde gerçekleştirilmektedir. Kamu kesiminde, toplam sağlık harcamalarının harcamacı kurumlara dağılımı incelendiğinde, S.S.Y.B. en büyük payı almaktadır. Bunu sırasıyla, S.S.K. ve üniversite hastaneleri takip etmektedir.

Çalışmada ele alınan 1973-1990 döneminde, kamu sağlık harcamalarının G.S.M.H.'ya oranı ortalama % 1,5 dolayında bulunmuştur. Kamu kesiminin, genel sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını yaptığı yaklaşımdan hareketle, Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının, G.S.M.H.'nın % 3'ü dolayında olduğu sonucuna varılmıştır. Kişi başına sağlık harcamaları incelendiğinde bulunan miktar, gelişmiş ülkelerin ortalamasının çok altında olmuştur. 1981 yılı sabit rakamlarıyla, kişi başına sağlık harcaması 1987 yılına kadar 3.500 TL dolayında kalmış, daha sonra bir artış eğilimine girerek, 1990 yılında, 1981 yılı miktarlarının iki katının üzerine çıkmıştır.

Ele alınan dönemde, kamu sağlık harcamalarının bir önceki yıla göre artış oranları sabit rakamlara göre incelendiğinde, 1979 yılına kadar değişen oranlarda, fakat artan bir eğilim görülmüştür. 1979 yılında kamu sağlık harcamaları, bir önceki yıla göre hemen, hemen hiç artmamış, 1980 yılında ise negatif eğilime girmiştir. 1980 yılı, dönemin en yüksek enflasyon oranının olduğu yıldır. Bu yılda alınan "24 Ocak Kararları" olarak bilinen ekonomik istikrar politikasının hedeflerinin başında enflasyonu önlemek geliyordu. Alınan önlemlerin birisi de kamu harcamalarının sınırlandırılmasıydı. Kamu harcamalarındaki daraltıcı politika paralelinde, Türkiye'de 1980-1985 döneminde, 1983 yılı sıçraması hariç, kamu sağlık harcamalarında bir azalma görülmektedir. 1983 yılındaki sıçrama, o yılın özel koşullarına, yani genel seçimlerin yapıldığı yıl olmasına bağlanabilir. 1985 yılından sonra kamu sağlık harcamalarının bir önceki yıla göre artış oranı tekrar yükselmeye başlamış ve 1989 yılında en yüksek orana ulaşmıştır. Bu artış, 1989 yılında kamu personeline yapılan yüksek maaş artışlarının sonucu olarak yorumlanmaktadır.

Kamu sağlık harcamalarının hizmet programlarına göre dağılımı, S.S.Y.B. ve niversiteler temelinde incelendiğinde, en büyük payı tedavi hizmetlerine yönelik harcamaların aldığı görülmektedir. Bu durum devletin asıl sorumluluğunun temel sağlık hizmetlerinde olduğu politikasına ters düşmektedir. Zaten oldukça yetersiz olan sağlık bütçesinin büyük bölümünün, yataklı kurumlarda görülen tedavi harcamalarına tahsis edilmesi, sistemin bir önceki zincirinin, yani ayakta teşhis, tedavi ve koruyuculuğa yönelik hizmetlerin yeterince yapılamadığı, bu doğrultuda kaynakların israf edildiği sonucunu ortaya koymaktadır.

S.S.Y.B. ve niversiteler temelinde yapılan sağlık harcamalarının, cari ve yatırım harcamalarına göre sınıflandırması yapıp incelendiğinde, harcamaların % 90'ının cari, kalan % 10'unun ise yatırım harcaması olduğu görülmüştür.

Çalışmada, kamu kesiminde yapılan sağlık harcamalarındaki değişikliklerle, G.S.M.H.'daki değişiklikler arasındaki ilişkiyi saptamak, diğer bir deyişle harcamaların gelir esnekliğini belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizleri, toplam kamu sağlık harcamaları, her bir kurumun yaptığı sağlık harcamaları, hizmet türlerine göre ve ayrıca ekonomik sınıflandırma temelinde sağlık harcamaları açısından yapılmıştır. Elde edilen t değerleri geliştirilen hipoteze göre, sağlık harcamalarıyla G.S.M.H. arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bulunan esneklik değerleri, yatırıma ve eğitime yönelik olanlar dışında "bir" in üzerinde bulunmuştur. Bu sonuçlar, G.S.M.H.'ın, diğer ekonomik ve siyasal etkenlerin yanısıra, kamu sağlık harcamalarının gelişimini etkilediğini ortaya koymaktadır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- ABEL-SMITH Brian** : **Étude Internationale des Dépenses de Santé**, OMS, Genève, 1969.
- AKALIN Güneri** : **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ya.No.486, Ankara, 1981.
- AKDOĞAN Abdurrahman** : **Kamu Maliyesi**, Gazi Üniversitesi Yayınları, B.3, Ankara, 1989.
- AKDUR Recep** : “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Karşılaştırılması”, Ankara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi, Araştırma No.35, ,Ankara, 1988.
- AKIN Ülgen-** : **Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından**
AKSOY Serap **Bir Yaklaşım**, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ya.No.332, Ankara, 1985.
- ATAÇ Beyhan** : “Kamu Kesimi, Politika ve Bürokrasi”, **Prof.Dr.Suat Mirza’nın Anısına Armağan**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ya.No.205, C.I, Eskişehir, 1986.
- ATAÇ Beyhan** : “Türkiye’de 1963-1991 Döneminde Personel,
ATAÇ Engin Eğitim, Sağlık ve Savunma Harcamalarının Analizi”, IX.Türkiye Maliye Sempozyumun da Sunulan Tebliğ, Silifke (6-8 Mayıs, 1993).

- AUJALEU Eugéne : "La Formation des Personnels de Santé dans les Pays du Tiers Monde en Afrique", **Revue Tiers-Monde. Politiques et Planifications de la Santé**, Tome XIV, No.53 (Janviers-Mars, 1973).
- BARRAL P.Etienne : **Economie de la Santé: Faits et Chiffres**, Paris, 1978.
- BATIREL Ömer Faruk : **Maliye Politikası ve Gelişmekte Olan Ülkeler**, İstanbul, 1984.
- BATIREL Ömer Faruk : **Türkiye Ekonomisi ve İstikrar Politikaları: 1980-1985**, Marmara Üniversitesi Türkiye Ekonomisi Araştırma Merkezi, Araştırma No.2, İstanbul, 1986.
- BAYKAN Nevres : **Toplum Hekimliği**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, Ya.No.379, Ankara,1979.
- SUNGUR Celâl
- BİLGİN Yaşar
- BROCHIER Hubert- : **Économie Financière**, Paris1959.
- TABATONI Pierre
- BROWN R.G.S. : **The Changing National Health Service**, London and Boston, 1973.
- BULUTOĞLU Kenan : **Kamu Ekonomisine Giriş**, B.3, İstanbul, 1981.
- COŞKUN Gülay : **Devlet Bütçesi**, Ankara, 1986.
- COŞKUN Gülay : **Bütçe Reformu Nedenleri ve Program Bütçe Sistemi**, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, Ya.No.150, Ankara, 1976.

- ÇINAR Ünver : "Hasta Kabul Sistemi ve Simülasyon Metodu", **O.D.T.Ü.Gelişme Dergisi**, C.III, 1971.
- ÇUBUKÇU Tuğrul : "İstikrar Politikalarının Tutarlılığı", **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, **Osman Okyar'a Armağan**,C.III, S.1-2, 1985.
- DÉSTANNE DE BERNIS Gérard : "La Planification Sanitaire: Questions Introductives", **Revue Tiers-Monde Politique et Planification de la Santé.**, Tome XIV, No.53 (Janviers-Mars, 1973).
- DIVİTÇİOĞLU Sencer : **Mikro İktisat**, İstanbul Üniversitesi Yayını, Ya.No.1935, İstanbul, 1974.
- DUE John : **Maliye** (Çev:Sevim Görgün-İzzettin Önder), İstanbul Üniversitesi Yayını, Ya.No.1241, B.3, İstanbul, 1967.
- DUVERGER Maurice : **Institutions Financières**, Paris, 1960.
- DUVERGER Maurice : **Finances Publiques**, Paris, 1965.
- EDMOND-GRANGÉ Jaques- : **Le Budget Fonctionnel en France**,
TROTABAS Louis Paris, 1963.
- COLLIARD C.A.
- ERDOĞAN Alptekin : **Sağlık Hizmetlerinin Liberalleştirilmesi ve Özel Sektör Yapısında Geliştirilmesi**, D.P.T. Raporu, 15 Mayıs, 1986.
- EREN Nevzat : **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Ankara, 1985.

- FALAY Nihat : **Program Bütçe ve Sıfır-Esaslı Bütçe Sistemleri**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Ya.No.3480, İstanbul, 1987.
- FİŞEK Nusret : **Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1969.
- GIRARD Jean-François : "L'Action Administrative et les Objectifs Sanitaires", **Revue Française D'Administration Publique**, No.43 (Juillet-Septembre, 1987), Paris.
- GRIFFITHS Adrian : "Le Service National de la Santé Britannique. Organization, Financement, Ressources", **Revue Française de Finance Publique Le Prix de la Santé**, 1983.
- GÜVEN Ercan : **Sosyal Sigortalar. Genel Uygulama İlkeleri ve Sigorta Kolları**, Eskişehir İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayını, Ya.No.149/91, Eskişehir, 1976.
- HEREKMAN Aykut : **Kamu Maliyesi (Devlet Faaliyetleri ve Finansman Teknikleri)**, C.I,B.2, Ankara, 1988.
- KOÇEL Tamer, : **İşletme Yöneticiliği**, İstanbul Üniversitesi Yayını, Ya.No.3177, İstanbul, 1984.
- KORUM Uğur : **İstatistik**, Ankara, 1972.
- LINDGREN Bjöm : "Les Coûts de la Maladie: Methode et Résultats", **Revue Française de Finances Publiques. Le Prix de la Santé**, 1983.
- MERMET Gérard : **Francoscopie. les Français: Qui Sont-Ils? Ou Vont-Ils?**, Paris, 1987.

- MORTAN Kenan- : **Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**, Ankara, 1984.
 TOKGÖZ Tandoğan
- NADAROĞLU Halil : **Kamu Maliyesi Teorisi**, B.2, İstanbul, 1976.
 OYAN Oğuz : **Dışa Açılma ve Mali Politikalar. Türkiye: 1980-1989**, B.2, Ankara, 1989.
- ÖZALP İnan : **Yönetim ve Organizasyon**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ya.No.42, C.I, Eskişehir, 1986.
- PETERS G.H. : **Cost-Benefit Analysis and Public Expenditure**, Published By The Institute of Economic Affairs, 1973.
- POULLIER Jean-Pierre : "Les Dépenses de Santé en Europe et au Canada", **Revue Française de Finances Publiques. Le Prix de la Santé**, 1983.
- RO Kong-Kyun : "Health Care Economics: An Overview", **Economics In Health Care**, ((Lewis . Week and Howard J. Berman (ed.)) 1977.
- ROSCH Georges et la Division : **Éléments de Economique Médicale**, d'Economie Médicale du Credoc, Paris, 1973.
- SALORT Marie-Martie : **La Santé**, Hatier, Paris, 1977.
- SANDIER Simone : "Les Dépenses de Soins Médicaux en France", **Revue Francaise de Finances Publiques Le Prix de la Santé**, 1983.
- SEÇİM Hikmet : **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ya.No.130, Eskişehir, 1985.

- SICAULT Georges : “Les Différentes Orientations de la Politique de Santé”, **Revue Tiers-Monde Le Planification et Politique de la Santé.**, tome XIV, No.53 (Janvier-Mars, 1973).
- SÖNMEZ Sinan : **Toplumsal Gereksinmeler Kaynak Dağılımı ve Pareto Optimumu**, Gazi Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1983.
- TEKİN Fazıl : “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı Sorunu”, **III. Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Gebze, 1987.
- TOKAT Mehmet : **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme**, Friedrich-Ebert Vakfının Ekonomi Forumu’nda Sunulan Tebliğ, Ankara (Nisan, 1990).
- TOKGÖZ Erdiñç : “Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme”, **Hacettepe Üniversitesi İdari Bilimler Dergisi**, C.I, S.2 (Haziran, 1979).
- TOKGÖZ Erdiñç : “Sosyal Gelişmede Sağlık”, **II. Türkiye İktisat Kongresi**, D.P.T. Yayınları, C.III, İzmir, 1981.
- TOSUN Kemal : **İşletme Yönetimi**, Ankara, 1982.
- VARLIER Oktay : “Kişisel Gelir Dağılımına Farklı Yaklaşımlar”, **ODTÜ Gelişme Dergisi**, C.IX, S.3-4, 1982.
- VELİCANGİL Sıtkı : **Halk Sağlığı Bilimi**, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, Ya.No.46, İstanbul, 1985.
- YAŞA Memduh : **Amme Masrafları Miktar ve Strüktür Değişmelerinin Tahlili**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Ya.No.816, İstanbul, 1959.

YILMAZ Yılmaz

- : **Taşra Hastalarının Büyük Şehir Hastanelerini Kullanma Nedenleri**, Doktora Tezi, Ankara,1978.
- : **Community Health and Medical Care**, Edited by Anthony R.Kovner-Samuel P.Martin, New York, San Francisco, London, 1978.
- : **Cumhuriyet Gazetesi**, 9 Şubat,1989.
- : **Cumhuriyet Gazetesi**, 13 Kasım, 1991.
- : **D.P.T., Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü. Mevcut Durum Raporu**, Ankara, 1989.
- D.P.T., Türkiye Sosyal Göstergeler**, Ya.No.2233, Ankara, 1990.
- : **D.P.T., Kabul Gören Rasyoların Işığında Türkiye’de Sağlık Personeli ile Yardımcı Sağlık Personeli Arasındaki Uyum veya Uyumsuzluğun İstatistikî Test Edilmesi**, Ankara, 1990.
- : **D.P.T., Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu**, Ya.No.2274, Ankara, 1991.
- : **D.P.T., Sağlık Hizmetlerinin Çağdaşlaştırılması ve Sağlık İşletmeciliğinin Rasyonelleştirilmesi İlkeleri**, 10 Mart 1990.
- : **D.P.T., Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977**, Ankara, 1972.
- : **D.P.T., Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983**, Ankara, 1979.

-
- : **D.P.T., Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Plâni 1985-1989**, Ankara, 1984.
-
- : **D.P.T., Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994**, Ankara, 1989.
-
- : **DÜNYA BANKASI, Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü, Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması**, Dünya Bankası Raporu (18 Mart, 1986).
-
- : **D.S.Ö., 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Plâni**, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1982.
-
- : **Milliyet Gazetesi**, 13 Kasım, 1991.
-
- : **O.M.S., L'Économie Sanitaire, Rapport Sur Un Séminaire Moscou (25 Juin-5 Juillet, 1968)**, Copenhague.
-
- : **O.M.S., Chaiers de Santé Publique, Coût et Financement des Services Médico-Sanitaires**, Genève, 1963.
-
- : **O.M.S., Chaiers de Santé Publique, Méthodes Modern de Gestion et Organisation des Services de Santé**, Genève, 1974.
-
- : **O.M.S., Chaiers de Santé Publique, Concepts et Informations Pour la Planification et la Gestion Nationales des Services de Santé**, Genève, 1977.
-
- : **O.M.S., Chaiers de Santé Publique, Pauvreté Développement et Politique de Santé**, Genève, 1979.

-
- : O.M.S., Bureau Regional de l'Europe, **La Planification Sanitaire Envisagée Dans le Cadre du Développement National**, Copenhague, 1974.
-
- : O.M.S., Bureau Regionale de l'Afrique, **Planification Sanitaire Nationale, Rapport Sur Une Conference Atelier**, Brazzaville (1-11, Juin, 1970)
-
- : O.M.S., Bureau Regionale de l'Europe, **La Santé Publique en Europe. La Coordination des Services de Santé et des Services Sociaux Dans Quatre Pays: Autriche, Italie, Pologne et Suède**, Copenhague, 1979.
-
- : RG., T.12.1.1961, S.1075.
-
- : RG., T.14.12.1983, S.18251.
-
- : S.B., **Özet Sağlık İstatistikleri**, 1989.
-
- : S.S.Y.B., **Yataklı Tedavi Kurumları 1987 Yılı Bülteni**, Ya.No.523, Ankara, 1988.
-
- : S.S.Y.B., **Sağlık Çalışmalarında 40 Yıl**, Ankara, 1964.
-
- : S.S.Y.B., **İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü Teşkilatı ve Görevleri**,
-
- : S.S.Y.B. Yayını, Ya.No.508, Ankara, 1984.
-
- : S.S.K., **1973-1990 Yılları Faaliyet Raporları** .
-
- : Türk Eczacılar Birliği, **Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı Türk Eczacılar Birliği Yayınları**, Ankara, 1987.

-
- : WHO, **Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues**, Geneva, 1978.
-
- : WHO, Regional Office for Europe, **The Planning of Health Services**, Copenhagen, 1980.
-
- : WHO, **World Health Statistics**, Vol.27, No.4, 1984.

Ek - 1. Toplam Kamu Sağlık Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : Toplam Kamu Sağlık Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.971	269891.012	39.017

Beta Coefficient Table

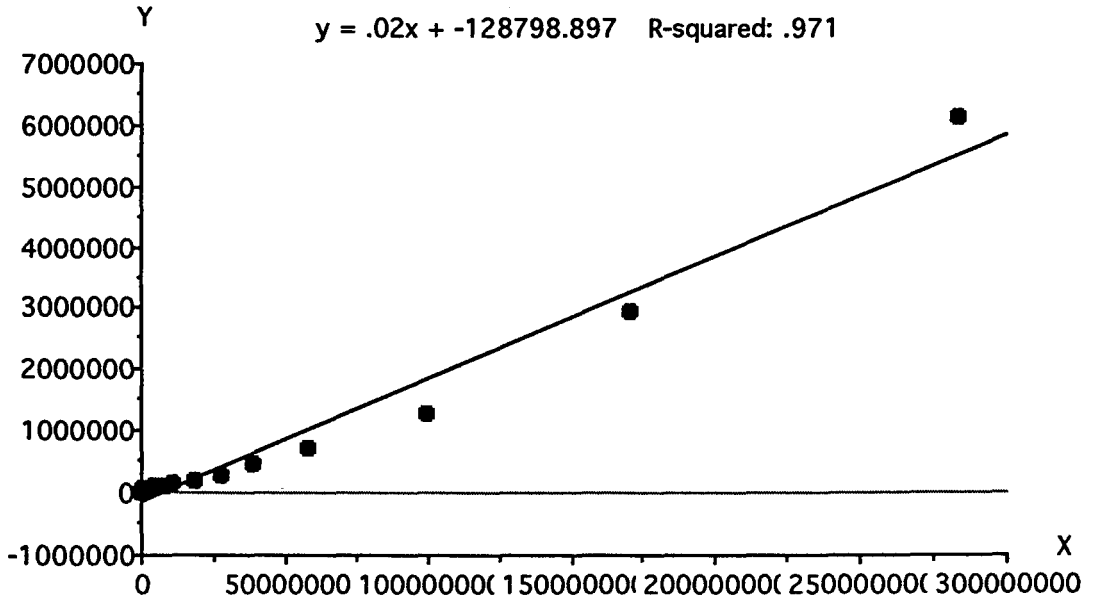
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-128798.897	72915.786	5.317E9	-1.766
SLOPE	.02	.001	7.574E-7	23.025

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	3.862E13	3.862E13	530.147
RESIDUAL	16	1.165E12	7.284E10	p ≤ .0001
TOTAL	17	3.978E13		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
1.056E12	12	6	.906



Ek - 2. S.S.Y.B.Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : S.S.Y.B. Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.963	142940.544	44.355

Beta Coefficient Table

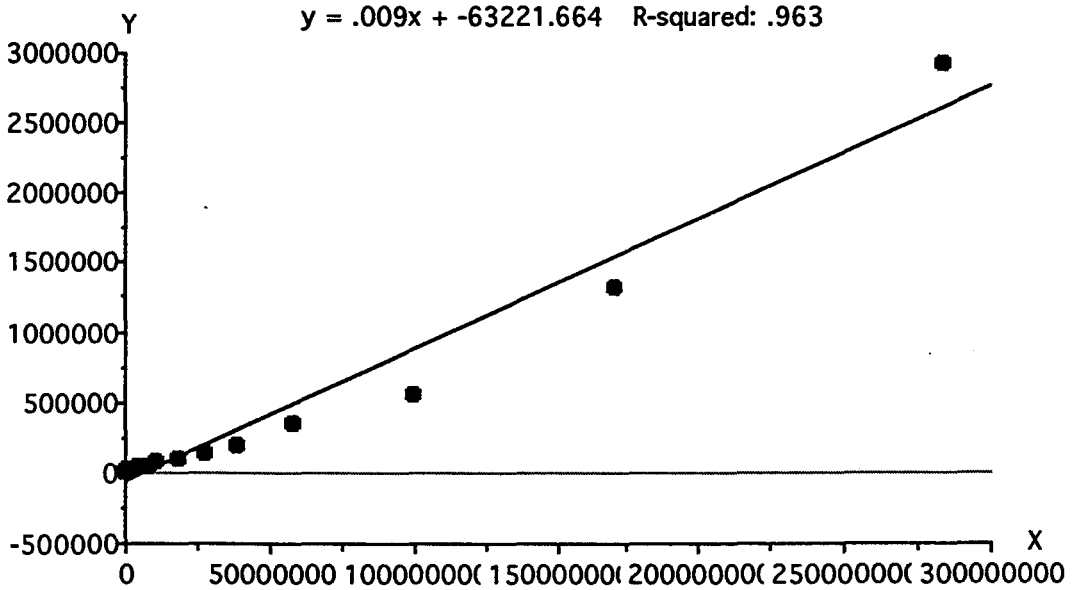
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-63221.664	38617.892	1.491E9	-1.637
SLOPE	.009	.0004609	2.124E-7	20.424

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	8.523E12	8.523E12	417.149
RESIDUAL	16	3.269E11	2.043E10	p ≤ .0001
TOTAL	17	8.85E12		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
3.35E11	12	6	1.025



Ek - 3. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : Üniversitelerin Sağlık Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.966	40640.435	41.425

Beta Coefficient Table

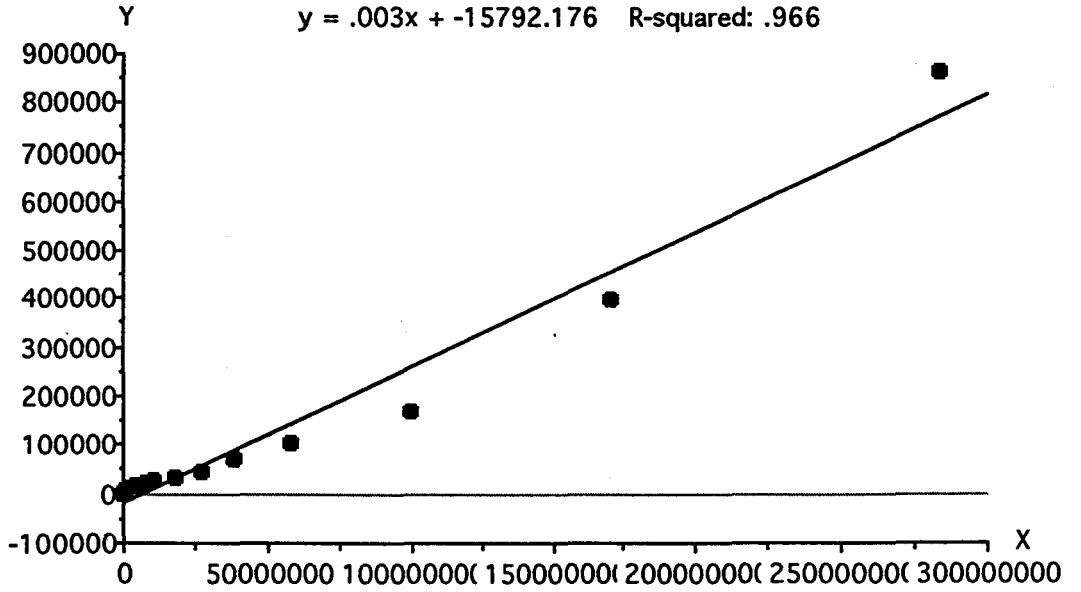
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-15792.176	10979.725	120554371.769	-1.438
SLOPE	.003	.000131	1.717E-8	21.225

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	7.441E11	7.441E11	450.5
RESIDUAL	16	2.643E10	1.652E9	$p \leq .0001$
TOTAL	17	7.705E11		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
2.663E10	12	6	1.008



Ek - 4. SSK Sağlık Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : SSK Sağlık Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.979	88363.215	32.568

Beta Coefficient Table

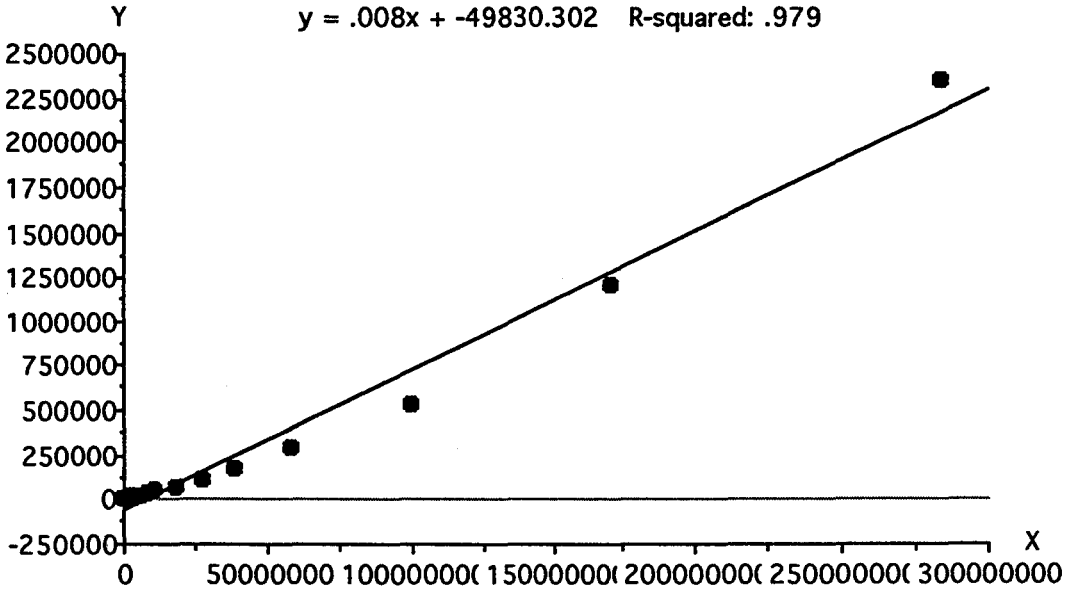
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-49830.302	23872.871	569913962.925	-2.087
SLOPE	.008	.0002849	8.118E-8	27.525

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	5.916E12	5.916E12	757.632
RESIDUAL	16	1.249E11	7.808E9	$p \leq .0001$
TOTAL	17	6.041E12		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
8.851E10	12	6	.708



Ek - 5. (Üniversiteler+S.S.Y.B.) Genel Yönetim ve Destek Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : (Üniversiteler+S.S.Y.B.) Genel Yönetim ve Destek Harcamaları
X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.956	15393.372	43.227

Beta Coefficient Table

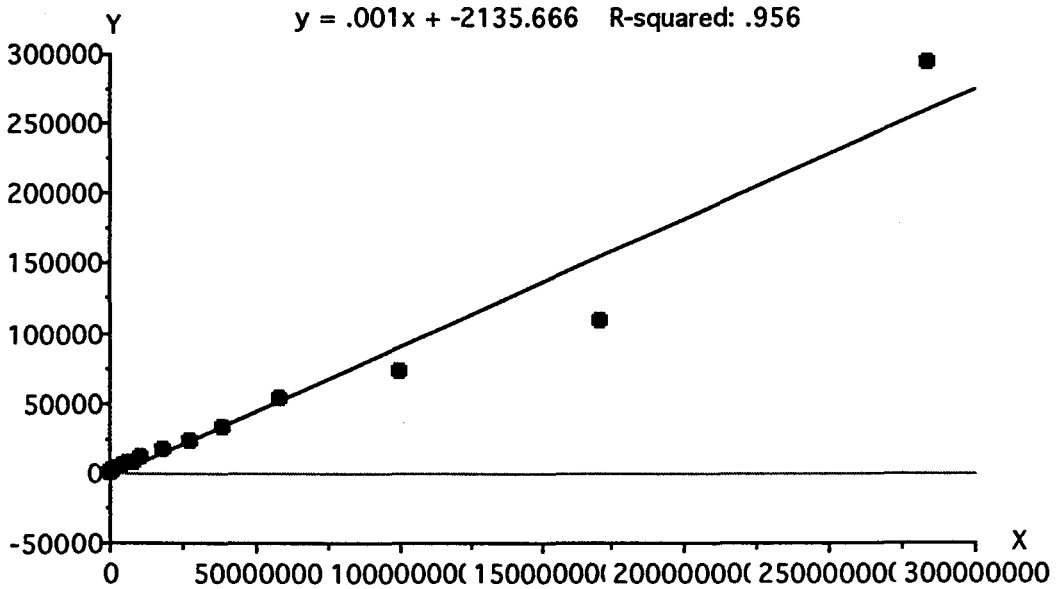
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-2135.666	4158.789	17295527.25	-.514
SLOPE	.001	.00004964	2.464E-9	18.571

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	8.172E10	8.172E10	344.88
RESIDUAL	16	3.791E9	236955900.62	$p \leq .0001$
TOTAL	17	8.551E10		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]: e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
7.673E9	14	4
		2.024



Ek - 6 (S.S.Y.B.+Üniversiteler) Temel Sağlık ve Sosyalleştirme Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : (S.S.Y.B+Üniversiteler Temel Sağlık ve Sosyalleştirme Harcamaları
X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.961	60536.125	46.286

Beta Coefficient Table

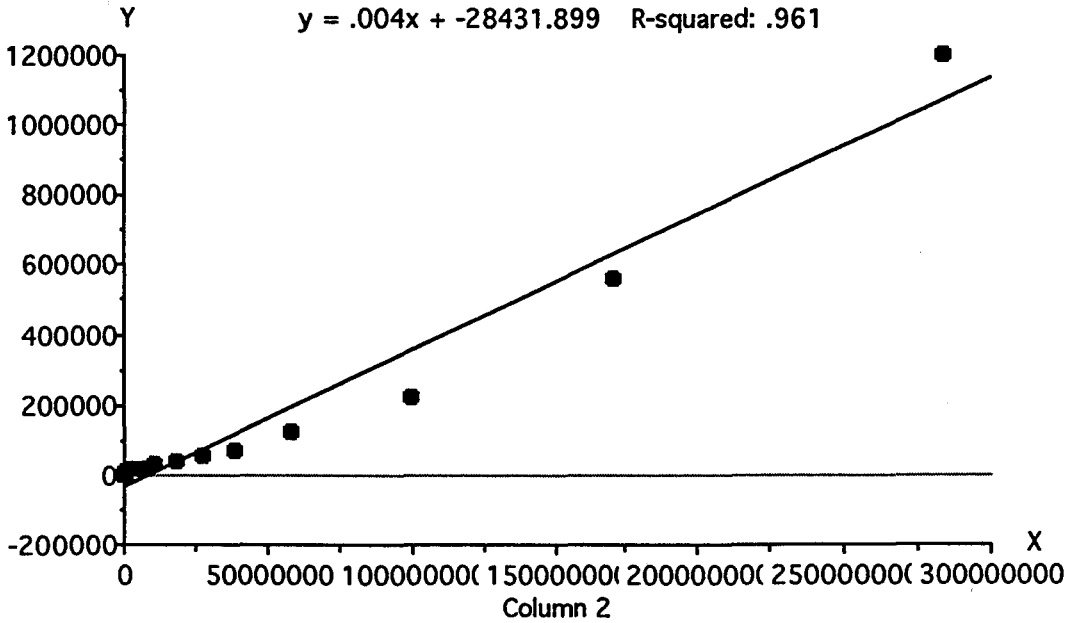
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-28431.899	16354.895	267482584.758	-1.738
SLOPE	.004	.0001952	3.81E-8	19.919

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1.454E12	1.454E12	396.767
RESIDUAL	16	5.863E10	3.665E9	$p \leq .0001$
TOTAL	17	1.513E12		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	$e \geq 0$:	$e < 0$:	DW test:
5.031E10	12	6	.858



Ek - 7. (S.S.Y.B.+Üniversiteler) Tedavi Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : S.S.Y.B.+Üniversiteler) Tedavi Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.962	92295.756	44.821

Beta Coefficient Table

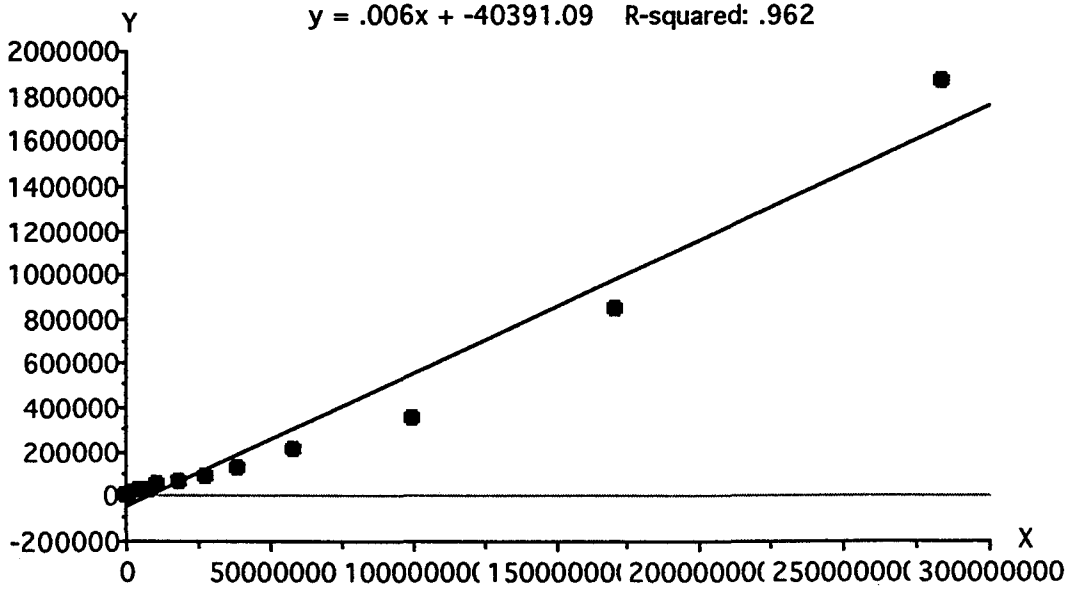
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-40391.09	24935.316	621769968.722	-1.62
SLOPE	.006	.0002976	8.857E-8	20.211

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	3.48E12	3.48E12	408.494
RESIDUAL	16	1.363E11	8.519E9	$p \leq .0001$
TOTAL	17	3.616E12		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
1.373E11	12	6	1.007



Ek - 8 (S.S.Y.B.+Üniversiteler) Eğitim Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : (S.S.Y.B.+Üniversiteler) Eğitim Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.966	19792.564	41.502

Beta Coefficient Table

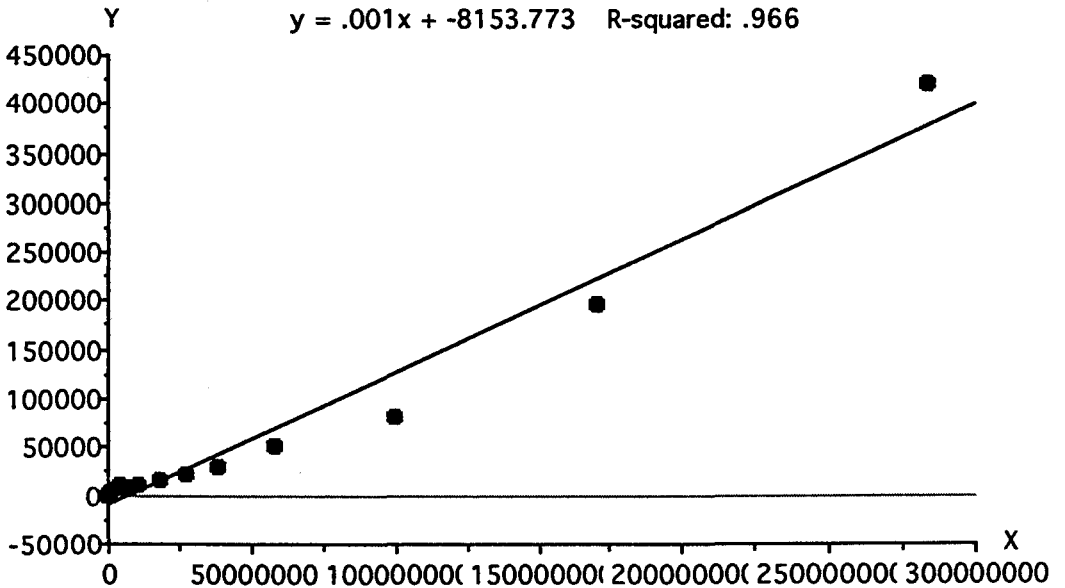
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-8153.773	5347.308	28593701.664	-1.525
SLOPE	.001	.00006382	4.073E-9	21.368

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1.789E11	1.789E11	456.603
RESIDUAL	16	6267929257.9	391745578.619	$p \leq .0001$
TOTAL	17	1.851E11		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
6.213E9	12	6	.991



Ek - 9. (S.S.Y.B. +Üniversiteler) Cari Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : (S.S.Y.B.+Üniversiteler) Cari Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.969	153370.468	39.971

Beta Coefficient Table

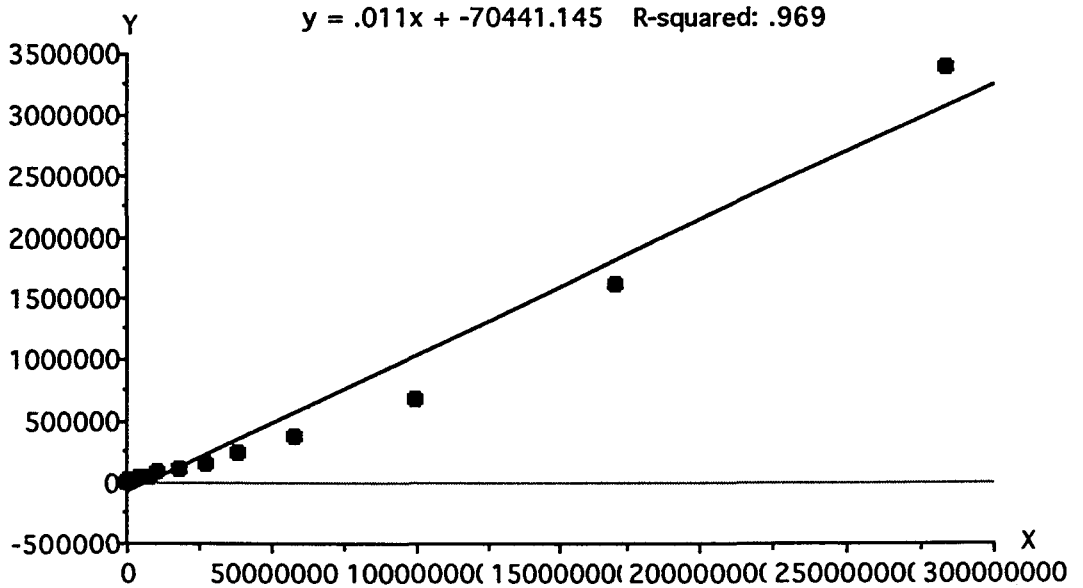
Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-70441.145	41435.719	1.717E9	-1.7
SLOPE	.011	.0004945	2.446E-7	22.426

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1.183E13	1.183E13	502.914
RESIDUAL	16	3.764E11	2.352E10	p ≤ .0001
TOTAL	17	1.221E13		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
3.276E11	12	6	.87



Ek - 10. (S.S.Y.B.+Üniversiteler) Yatırım Harcamaları ve GSMH İlişkisi

Simple - Y : S.S.Y.B.+Üniversiteler) Yatırım Harcamaları X : GSMH

DF:	R-squared:	Std. Err.:	Coef. Var.:
17	.975	15208.285	35.753

Beta Coefficient Table

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Variance:	T-Value:
INTERCEPT	-7123.457	4108.785	16882112.543	-1.734
SLOPE	.001	.00004904	2.405E-9	24.73

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1.414E11	1.414E11	611.555
RESIDUAL	16	3.701E9	231291947.58	$p \leq .0001$
TOTAL	17	1.451E11		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
4.053E9	12	6	1.095

