



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MALİYE ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**EĞİTİM VE SAĞLIK HARCAMALARININ KAMU
MALİ POLİTİKALARI ÇERÇEVESİNDE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fatih Mehmet YILDIRIM

175013013

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Çağrı ESENER

BANDIRMA 2020

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

EĞİTİM VE SAĞLIK HARCAMALARININ KAMU
MALİ POLİTİKALARI ÇERÇEVESİNDE
DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Mehmet YILDIRIM
175013013

Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Çağrı ESENER

Bandırma 2020

ETİK BEYAN SAYFASI

TÜRKİYE CUMHURİYETİ BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (29/07/2020)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı Soyadı

Fatih Mehmet YILDIRIM

ÖZET

EĞİTİM VE SAĞLIK HARCAMALARININ KAMU MALİ POLİTİKALARI ÇERÇEVESİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih Mehmet YILDIRIM

Yaklaşık son yarım asırlık süreçte, ticari anlamda ülkeler arası sınırların ortadan kalkmasıyla küresel rekabet düzeyi giderek artmış, ülkeler kendilerine avantaj sağlayacak arayışlar içerisine girmişlerdir. Tüm bu arayışlar, insanoğlunun varoluşundan bugüne kadar önemini koruyan, beşerî sermaye olarak adlandırılan insan gücü kaynağının oluşmasına doğrudan etki eden eğitim ve sağlığa atfedilen önemi daha da artırmıştır. Yine bu gelişmelere paralel olarak eğitilmiş ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum, günümüzde ülkeler için iktisadi refahın öncül bir davetçisi ve sosyal gelişmişliğin ise temel bir göstergesi haline dönüşmüştür. Bu durum, önemi gün geçtikçe artan bu iki unsura ayrılan kaynakların uluslararası göstergelere göre değerlendirilmesi hususunu da beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada Türkiye ve seçilmiş OECD üye ülkelerinde uzun dönem kamu eğitim ve sağlık harcamaları ile eğitim ve sağlıkla ilgili temel bazı göstergeler, uluslararası veriler kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre Türkiye, kamu tarafından eğitim ve sağlığa ayrılan kaynakların Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYH) içerisindeki payında, belirli yıllarda bazı olumlu gelişmeler yaşansa da seçilmiş OECD üye ülkeler ortalamasının gerisinde kalmıştır. Ayrıca eğitim ve sağlıkla ilgili temel bazı göstergelerde de (Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı (PISA), 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı gibi) beklenen başarı ve oran gerçekleşmemiştir. Bu çerçevede, daha yüksek iktisadi ve sosyal gelişmişliğe ulaşılması açısından politika yapıcıların, her iki olguya ayrılan kaynakların hangi düzeyde olması gerektiği ve ayrılan kaynakların etkin ve verimli kullanılması hususunda uluslararası düzeyde, çalışmada ele alınan örnek bazı ülke deneyimlerinden çıkarımlar yapabileceği değerlendirilebilir.

Anahtar Sözcükler: Eğitim Harcamaları, Sağlık Harcamaları, Yarı Kamusal Mal ve Hizmetler, OECD, Türkiye.

ABSTRACT

EVALUATION IN THE FRAMEWORK OF PUBLIC FINANCIAL POLICIES OF EDUCATION AND HEALTH EXPENDITURES

Approximate in the last half century, with the disappearance of the borders between the countries in the commercial sense has increased gradually the level of global competition and the countries have entered into searches that will give them an advantage. All these pursuits have further increased the importance attributed to education and health, which has preserved its importance since the existence of mankind and has a direct impact on the formation of a human resource called human capital. Again in parallel with these developments, a society made up of educated and healthy individuals has become an important inviter of economic prosperity and a basic indicator of social development today's for countries. This situation brought with it the issue of evaluating according to international indicators the resources allocated to these two elements, whose importance is increasing day by day. In this study, in Turkey and selected OECD member countries long-term education and health spending and health and education related to some basic indicators were examined using international data. According to the results obtained, Turkey in share in the GDP of the resources allocated to the education and health from public, it fell behind of selected OECD countries average although there have been some positive developments in certain years. In addition, in some of the basic indicators related to education and health (such as the International Student Assessment Program (PISA), the number of physicians and nurses per 1000 people) did not reach the expected success and rate. In this context, it can be evaluated that in order to reach higher economic and social development, policy makers can deduce from the experiences of some sample countries, which are discussed at the international level, on the level of resources allocated to both cases and the effective and efficient use of the resources allocated.

Keywords: Education Expenditures, Health Expenditures, Semi-Public Goods and Services, OECD, Turkey.

ÖNSÖZ

Beşerî sermaye olarak adlandırılan eğitim ve sağlık insan gücünün gelişimini etkilemesi nedeniyle önemlidir. Bireylere ve topluma birçok dışsal fayda sağlayan her iki olgunun küreselleşme ile birlikte önemi daha da artmıştır. Bireylerin yaşam standartlarını ve beklentilerini doğrudan iyileştiren eğitim ve sağlık hizmetleri, verimliliği ve üretim sürecini arttırmakta; iktisadi ve sosyal gelişmişliğe de doğrudan katkıda bulunmaktadır. Bu yüzden, birbiriyle doğrudan olumlu ilişkisi bulunan ve birbirlerini destekleyen eğitim ve sağlık harcamalarının uluslararası göstergelere göre değerlendirilmesi ihtiyacı doğmaktadır.

Benim için gelecek adına atılmış büyük bir adım olan bu çalışmanın olgunlaşması ve tamamlanmasında bilgi ve tecrübelerini bana aktaran danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Çağrı ESENER'e sonsuz teşekkür ediyorum. Eğitim hayatım boyunca desteklerini ve varlıklarını hissettiğim canım aileme minnettarım. Gerek lisans gerek yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her konuda yol gösterici olan değerli hocam Doç. Dr. Özgür BİYAN'a saygı ve şükranlarımı sunuyorum.

Fatih Mehmet YILDIRIM

Bandırma/BALIKESİR

.....2020

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK BEYAN SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar.....	ix
ŞEKİLLER.....	xi
GRAFİKLER.....	xii
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
BİR YARI KAMUSAL MAL VE HİZMET OLARAK EĞİTİM	
1. EĞİTİM KAVRAMI VE EĞİTİMİN ÖNEMİ	3
1.1. Eğitim Kavramı	3
1.2. Eğitimin Önemi	3
2. EĞİTİMİN MALİYETİ VE FAYDALARI	6
2.1. Eğitimin Maliyetleri	6
2.1.1. Eğitimde Maliyet Kavramı	6
2.1.2. Eğitimin Bireysel ve Toplumsal Maliyeti – Doğrudan ve Dolaylı Maliyeti	8
2.1.3. Eğitimin Parasal ve Fırsat Maliyeti.....	9
2.2. Eğitimin Faydaları	10
2.2.1. Eğitimde Fayda Kavramı.....	10
2.2.2. Eğitimin Bireye Faydaları	12
2.2.3. Eğitimin Toplumsal Faydaları	13
3. FİNANSMAN VE SUNUM AÇISINDAN EĞİTİM HİZMETLERİ.....	15
4. EĞİTİMİN KAMUSAL VE İKTİSADİ NİTELİĞİ.....	21
4.1. Eğitimin Kamusal Niteliği	21
4.2. Eğitimin İktisadi Niteliği	23

4.2.1. Eğitimin Tüketim Niteliği	24
4.2.2. Eğitimin Yatırım Niteliği.....	25
5. EĞİTİM BÜTÇESİ.....	27
6. EĞİTİM HARCAMALARI KAVRAMI VE EĞİTİM HARCAMALARININ KAMU HARCAMALARI İÇERİSİNDEKİ YERİ.....	29
6.1. Eğitim Harcamaları Kavramı	29
6.2. Eğitim Harcamalarının Kamu Harcamaları İçerisindeki Yeri	30
6.2.1. İdari Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları.....	31
6.2.1.1. Organik Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları	31
6.2.1.2. Fonksiyonel Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları	31
6.2.2. Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları	32
İKİNCİ BÖLÜM	
BİR YARI KAMUSAL MAL VE HİZMET OLARAK SAĞLIK	
1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARININ TANIMI	35
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	37
3. SUNULUŞLARI BAKIMINDAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	41
4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRLERİ	44
4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	44
4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	46
4.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	46
4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	47
4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	49
5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	50
5.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	52
5.1.1. Doğrudan Finansman (Cepten Ödemeler).....	53
5.1.2. Özel Sağlık Sigortası.....	54
5.1.3. Sosyal Sigorta Sistemi.....	57
5.1.4. Vergilerle Finansman	58
6. SAĞLIK HARCAMALARI KAVRAMI VE SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ ARTIŞIN BELİRLEYİCİLERİ	60
6.1. Sağlık Harcamaları Kavramı.....	60

6.2. Sağlık Harcamalarındaki Artışın Belirleyicileri.....	62
6.2.1. Ortalama Yaşam Süresindeki Artış.....	62
6.2.2. GSYH ve Kişi Başına Düşen Gelirde Meydana Gelen Artış	63
6.2.3. Eğitim Seviyesinde Meydana Gelen Yükselme.....	64
6.2.4. Kentleşme	65
6.2.5. Teknolojik Gelişmeler	66
6.2.6. Toplumsal Değer Yargılarında Değişme	68
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİNDE EĞİTİM VE SAĞLIK HARCAMALARI.	
1. EĞİTİM HARCAMALARI VE EĞİTİMLE İLGİLİ TEMEL GÖSTERGELER.....	69
1.1. Türkiye ve OECD Üye Ülkelerinde Eğitim Harcamaları.....	69
1.2. Diğer Temel Göstergelere Göre Eğitim Harcamaları.....	79
2. SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIKLA İLGİLİ TEMEL GÖSTERGELER...	86
2.1. Türkiye ve OECD Üye Ülkelerinde Sağlık Harcamaları.....	86
2.2. Diğer Temel Göstergelere Göre Sağlık Harcamaları	93
3. EĞİTİM VE SAĞLIK HARCAMALARININ BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLDİĞİ TEMEL GÖSTERGELER	98
SONUÇ.....	104
KAYNAKÇA.....	109

TABLÖLAR

Tablo 1.1. Eğitimde Kişisel ve Toplumsal Maliyetlerin Doğrudan ve Dolaylı Maliyetler Ayırımında İncelenmesi	9
Tablo 1.2. Eğitimin Bireysel ve Toplumsal Faydaları	11
Tablo 1.3. OECD Ülkelerinde Eğitim Finansman Türleri	17
Tablo 1.4. Eğitimde Finansman Yaklaşımlarının Temel Gereçekleri ve Sınırlılıkları ..	18
Tablo 1.5. Türkiye’de Eğitim Harcamalarının Kaynak, Finansman ve Hizmet Sunumu Açısından Değerlendirilmesi	20
Tablo 2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Etmenler	48
Tablo 2.2. Türkiye’de Yıllar İtibariyle Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları...	67
Tablo 2.3. Kurumlara Göre Tıbbi Cihaz Sayıları, 2018	67
Tablo 3.1. 1997-2005 Yılları Arasında MEB Bütçesinin Konsolide Bütçe ve GSYH İçerisindeki Payı	70
Tablo 3.2. 2006-2019 Yılları Arasında MEB Bütçesinin Merkezi Yönetim Bütçesi ve GSYH İçerisindeki Payı	71
Tablo 3.3. 1997-2005 Yılları Arasında Türkiye’de Toplam Eğitim Bütçesinin GSYH ve Konsolide Bütçe İçerisindeki Payı	72
Tablo 3.4. 2006-2019 Yılları Arasında Türkiye’de Toplam Eğitim Bütçesinin GSYH ve Merkezi Bütçe İçerisindeki Payı	73
Tablo 3.5. Yıllar İtibariyle OECD Ülkelerinde Toplam Kamu Eğitim Harcamasının GSYH İçerisindeki Payı	74
Tablo 3.6. Satın Alma Gücü Paritesine Göre OECD Ülkelerinde Öğrenci Başına Eğitim Harcamaları (PPP-USD), 2016	78
Tablo 3.7. Yılları İtibariyle Eğitim Aşamalarında Okul, Öğrenci, Öğretmen ve Derslik Sayıları	80
Tablo 3.8. Öğretim Yılları İtibariyle Eğitim Aşamalarına Göre Okullaşma Oranı	82
Tablo 3.9. 2018 Yılı PISA Verilerine Göre OECD Üye Ülkelerinde Okuma Becerisi, Matematik ve Fen Bilimleri Puan Ortalamaları	85
Tablo 3.10. 1999-2015 Yılları Arasında Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH ve Konsolide Bütçe İçerisindeki Payı	87
Tablo 3.11. 2006-2018 Yılları Arasında Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH ve Konsolide Bütçe İçerisindeki Payı	87
Tablo 3.12. Yıllar İtibariyle OECD Üye Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı	89
Tablo 3.13. Satın Alma Gücü Paritesine Göre OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları (PPP-USD), 2017	92
Tablo 3.14. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları, Sağlık Bakanlığı	93

Tablo 3.15. Türkiye’de İkinci Ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayıları, 2018.....	94
Tablo 3.16. Türkiye’de İkinci Ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı, 2018.....	95
Tablo 3.17. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2018	95
Tablo 3.18. OECD Üye Ülkelerinde 1000 Kişiyeye Düşen Uzman Doktor ve Hemşire Sayıları, 2017	96
Tablo 3.19. İnsani Gelişmişlik Endeksi ve Bileşenleri, 2018.....	98
Tablo 3.20. Küresel Bilgi Endeksi 2019	100



ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Finansman Yöntemleri	52
Şekil 3.1. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında Yıllar İtibariyle Kamu Eğitim Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı.....	76
Şekil 3.2. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında Yıllar İtibariyle Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı.....	90



GRAFİKLER

Grafik 3.1. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında 1995-2016 Yıllarında Kamu Eğitim Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payının Ortalaması	77
Grafik 3.2. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında 1995-2018 Yıllarında Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payının Ortalaması	91



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
AR-GE	: Araştırma Geliştirme
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EKO	: Ekokardiyografi
FATİH	: Fırsatları Artırma ve Teknolojiyi İyileştirme Hareketi
G7	: Grup 7
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PISA	: Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Platformu
PPP	: Satınalma Gücü Paritesi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
US	: Ultrason
USD	: Amerikan Doları
WB	: Dünya Bankası
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

GİRİŞ

Rekabet düzeyinin giderek arttığı yeni küresel ekonomik ortamda ülkeler, bu sürece uygun ve kendilerine avantaj sağlayacak politikalar geliştirmeye çalışmaktadırlar. Böyle bir ortamda, insanoğlunun varoluşundan bu yana her dönemde önemini koruyan ve toplumların gelişmişlik göstergelerinde ilk sıralarda olan eğitim ve sağlığın önemi de giderek artmaktadır. Yaratmış olduğu pozitif dışsallıklardan ötürü, oluşturulacak diğer kamu mali politikaları üzerinde de olumlu etkiler yaratan eğitim ve sağlık, bireylere ve bu bireylerden oluşan topluma iktisadi, sosyal, siyasal ve benzeri birçok avantaj sağlamaktadır. Aynı zamanda her iki olguya ayrılacak kaynaklar, izlenecek politikalar ve yapılacak yatırımların pozitif getirileri ile toplum refahında artış arasında önemli bir ilişki söz konusudur.

Beşeri sermayenin yapı taşlarından olan eğitim, bireye fiziksel ve zihinsel olarak avantaj sağlamayı ve bireyi hem kendisine hem de bulunduğu topluma faydalı hale getirmeyi amaçlamaktadır. Doğrudan bireye yönelik olsa da uzun dönemde tüm topluma faydası olan eğitim, toplumların ihtiyaç duyduğu nitelikli iş gücünü yaratma, sürdürülebilir bir iktisadi kalkınmayı gerçekleştirme, refah düzeyini ve kalitesini artırma gibi önemli getiriler sunmaktadır. Eğitimli bir toplumu oluşturmak ve bu toplumun avantajlarından faydalanmak, eğitime yeterli düzeyde kaynak ayrılmasına ve bu kaynakların etkin ve verimli kullanılmasına bağlıdır. Eğitime ayrılan kaynakların genel ifadesi olan eğitim harcamaları, eğitim hizmetine yapılan tüm harcamaları kapsamaktadır. Bir yarı kamusal mal ve hizmet olarak eğitimin Türkiye’de sunulması ve finansmanı ise genel olarak merkezi yönetim tarafından gerçekleştirilmektedir.

Beşeri sermayenin bir diğer yapı taşı olan sağlık, bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve benzeri her açıdan tam bir iyilik hali içerisinde olmasıdır. Sağlığın sunulması ve korunması ise sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Bireylerin ve toplumların istenilen refah düzeyine ulaşmaları adına sağlıklı olmaları gerekmektedir. Tıpkı eğitimde olduğu gibi, sağlıklı bireyler toplum oluşturmak amacıyla sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların miktarı ile bu kaynakların etkin ve verimli kullanılması önemlidir. Bireylerin ve toplumun sağlığının muhafaza edilmesi ve iyileştirilmesi için gerçekleştirilen harcamaları ifade eden sağlık harcamaları, yeterli düzeyde olduğunda, etkin ve verimli kullanıldığında, yaşam kalitesini ve süresini pozitif yönde

etkilemektedir. Sağlık harcamaları artışında birçok farklı faktör bulunmaktadır. Bu faktörler genellikle gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek seviyelerdedir.

Her ne kadar yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına dâhil olsalar da sosyal devlet anlayışının hâkim olduğu ülkelerde, yüksek düzeyde kamu tarafından sunulan, önemi gün geçtikçe artan eğitim ve sağlığa dair literatürde ayrı ayrı yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmalarda genellikle eğitim ve sağlık, ekonomik büyüme, kamu harcamaları gibi olgularla nedensellik ilişkisine tabi tutulmaktadır. Ancak birbirleriyle doğrudan ilişkileri bulunan, iktisadi ve sosyal gelişmişliğe ulaşmada bir arada değerlendirilen bu iki unsuru birlikte ele alan çalışma sayısının çok az olması göze çarpmaktadır. Çalışmamızın amacı, ortak paydada değerlendirilen her iki unsura kamu tarafından ayrılan kaynakları, eğitim ve sağlıkla doğrudan ilişkili olan bazı temel göstergeleri OECD ülkeleri ve Türkiye nezdinde analiz etmektir. Bu bağlamda çalışmamızda, OECD göstergelerine göre kamu eğitim ve sağlık harcamaları ile GSYH ilişkisi ile OECD ve çeşitli uluslararası kuruluşların göstergelerine göre eğitim ve sağlıkla ilgili bazı temel göstergeler değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışmada seçilen ülkeler, göstergelerde baz alınan yıllarda verisi bulunan tüm OECD ülkeleridir. Şekilsel ve grafiksel düzlemde gösterilen verilerde ise çeşitli ülke gruplamalarına gidilmiş; Türkiye'nin ideal olarak değerlendirilen ülke grubu, olması arzu edilen OECD ortalaması ve coğrafik olarak benzeştiği ülke gruplarına göre kıyaslaması yapılmıştır.

Çalışma şu şekilde organize edilmiştir. Birinci bölümde, eğitim kavramı açıklanmış ve eğitime dair bazı önemli kavramlar ile eğitim harcamalarının kamu harcamaları içerisindeki yeri incelenmiştir. İkinci bölümde, öncelik sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerinin ne anlama geldiğine değinilmiş, sağlık hizmetlerinin türleri ve finansmanı ifade edilmiştir. Bu bölümde ayrıca sağlık harcamaları kavramı ile sağlık harcamalarının artış nedenlerine yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümü olan üçüncü bölüm ise üç ana başlığa ayrılmıştır. İlk olarak Türkiye ve OECD ülkelerinde eğitim harcamaları ve eğitimle ilgili bazı temel göstergeler değerlendirilmiş, ikinci olarak sağlık harcamaları ve sağlıkla ilgili bazı temel göstergelere yer verilmiş, üçüncü olarak ise eğitimin ve sağlığın birlikte yer aldığı bazı temel göstergeler analiz edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

BİR YARI KAMUSAL MAL VE HİZMET OLARAK EĞİTİM

Beşerî sermayenin en önemli fonksiyonlarından olan eğitim, bireylere ve topluma sağlamış olduğu dışsal faydalardan dolayı küreselleşen dünyada giderek önemli hale gelmektedir. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin en önemli göstergelerinden olan eğitim, bireyin içinde bulunduğu toplumda kabiliyet, davranış ve diğer tutum biçimlerini geliştirdiği aşamaların tamamı olarak adlandırılabilir.

Bu bölümde öncelikle eğitim kavramı açıklanmış ve eğitimin önemine değinilmiştir. Daha sonra eğitimin maliyet ve faydaları ele alınmış, bir sonraki başlıkta ise finansman ve sunum açısından eğitim hizmetleri açıklanmıştır. Bölümün sonunda kamusal mallar açısından eğitim değerlendirilmiş ve eğitim harcamalarının kamu harcamaları içerisindeki yeri analiz edilmiştir.

1. EĞİTİM KAVRAMI VE EĞİTİMİN ÖNEMİ

1.1. Eğitim Kavramı

“Eğmek” fiilinin kökünden türetilen eğitim kelimesi, “eğmek” ve “biçim vermek” anlamlarını kapsamaktadır (Kızıloluk, 2007: 22). Literatürde eğitim kavramına dair farklı tanımlamalar mevcuttur. Durkheim’e göre eğitim, sosyal yaşama henüz hazır olmayan genç bireylere, yetişkinler tarafından uygulanan etkidir (Durkheim, 1956: 67). Alman filozof ve eğitimci olan Herbart eğitimi, kendine özgü bireysel bir potansiyel ile doğan bireye, zamanla karakter kazanmasını sağlayan akılcıl bir süreç olarak ortaya koymuştur (Blyth, 1981: 70). Kant ise eğitimi, bireyin sahip olduğu yeteneklerin tamamının mükemmel bir şekilde gelişmesi olarak ifade etmiştir (Rather, 2004: 6).

Ünlü düşünürler tarafından tanımlanan eğitime dair literatürde Türk yazarlar tarafından yapılmış tanımlarda mevcuttur. Oğuzkan (1974: 6) eğitimi; bir ülkede yaşayan tüm yurttaşlara bir takım fiziksel ve zihinsel yetenekleri edindirmek olarak ifade etmiştir. Eğitim; daha önceden kararlaştırılmış hedeflere göre, bireylerin davranışları üzerinde bazı gelişmeler sağlamayı planlayan etkinlikler dizisidir.

Hoşgörür ve Gezgin (2005: 2) eğitimi, toplumsal yaşama adım atmaya hazırlanan yeni neslin ihtiyaç duyacağı birçok şeyi elde etmesine yardım etme etkinliği

ve bununla birlikte bireyin olası bir etkilenme süreciyle veya kendiliğinden davranışlarında arzu edilen değişimi ortaya çıkarma uğraşı olarak tanımlamaktadır.

Söyler (2008: 59) için eğitim; isteğe bağlı olarak bir sanat veya bilim alanında yetişme, kendini eğitime ve ilerletme eylemi olarak kelime anlamına sahipken, modern anlamda ise davranış değişimi ile kişisel kabiliyetlerin birey ve toplum açısından birtakım yönlerden dengeli ve uygun bir şekilde geliştirilmesidir.

Bir başka tanımda ise eğitim; temelinde kişiliğin gelişmesi bulunan, bireyin gelecekteki hayatına yön verecek gerekli kabiliyet, bilgi ve davranışları elde etmesine yardımcı olan bir süreç olarak ifade edilmiştir (Tezcan, 1985: 4). Bu süreç içerisinde örgün ve yaygın eğitim, iş başında eğitim, hizmet içi eğitim ve mesleki eğitimin tamamı daha önce edinilmiş olan öğrenme yeteneklerinin üzerine inşa edilmektedir. Dolayısıyla edinilen bu deneyim bir sonraki öğrenmenin temellerini oluşturmaktadır (Dünya Bankası, 1980: 47).

Söz konusu süreç içerisinde görülen eğitim türleri açıklanacak olursa bunlardan ilki olan örgün eğitim, öğretmenler tarafından genellikle bir öğretim kurumunda (okul gibi) düzenli olarak sunulan, bilgilerin çeşitli araç gereçler kullanılarak öğrencilere aktarılması ve öğretilmesi çabalarının tümüdür. Öte yandan yaygın eğitim, eğitim sürecini oluşturan tüm materyaller ile bunlar haricinde aile veya bir yakın çevrede, bireysel yetenekleri iyileştirme gibi yollarla yapılan öğrenme, öğretme, beceri ve bilgi edindirme çabalarının tamamını kapsamaktadır (Akyüz, 2012: 2). İş başında eğitim, çalışanların teknik gelişmelerini hızlandırmak ile işgücünü çevreye ve işine alıştırmak için uygulanan eğitimidir (Tezcan, 1985: 81). Hizmet içi eğitim ise kişinin iş ilişkisinin başladığı andan, bu ilişkinin sonlandığı tarihe kadarki geçen sürede, çalışma performansını gerekli düzeye çıkarması için gerekli bilgi ve davranışları edinmesi adına almış olduğu eğitimidir (Can, Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2016: 191).

Eğitime dair yapılan tanımlamaları çoğaltmak mümkündür. Görüldüğü gibi eğitim birçok yazar tarafından farklı bakış açılarıyla çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Yapılan tanımlamaların bir sonucu olarak eğitim; bireye zihinsel, fiziksel ve toplumsal anlamda avantajlar sağlamayı ve bireyi faydalı hale getirmeyi amaçlamaktadır.

Eğitimin bireye yönelik mi yoksa topluma yönelik mi olduğuna dair farklı görüşler ortaya konmuştur. Eğitim, Durkheim ve Kant tarafından kişisel yönde açıklanırken, H. Spencer ve Herbolt tarafından ise kişisel yönü olmakla birlikte toplum hayatına dönük faaliyetler olarak ifade edilmiştir. Yapılan tanımlamalardan yola çıkarak eğitim her ne kadar bireye yönelik yapılsa da toplumsal yönü daha ağır basan bir hizmet olmaktadır (Ortaç, 2003: 239).

1.2. Eğitimin Önemi

Eğitim, hem geleneksel hem de modern ekonominin ihtiyaç duyduğu becerileri teşvik ederek, tecrübesiz ve becerilerden yoksun olan insanları üretken 'insan sermayesine' dönüştürmekte ve bireyleri yalnızca ekonomide değil, aynı zamanda evde de daha üretken kılar. Hem teknik eğitim hem de genel eğitim dâhil olmak üzere eğitim; nüfusun, özellikle işgücünün verimliliğini arttırma kabiliyeti ile ekonomiye katkıda bulunur. Bu da bireylerin kazancında artışa neden olur (Tilak, 1989: 11).

Eğitim, topluma birçok açıdan fayda sağlayan, kalkınmaya katkı sağlayacak gerekli nitel ve nicel iş gücünün yetiştirilmesine destek olan etkili bir araçtır. Eğitim bu bakımdan, toplumun beşeri sermaye etkinliğini artıran önemli bir unsurdur. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe işsizlik riskinin de buna paralel olarak düşmesi, eğitimin bir başka önemli katkısı olarak görülmektedir. Diğer yandan, eğitim; yaratmış olduğu pozitif dışsallıklar nedeniyle mikro boyutta bireye, makro boyutta ise toplum ve ülkeye getiriler sunmaktadır (Çalışkan vd., 2013: 32).

Eğitim; en temel özelliği olan birey, toplum ve firmaların geleceğine yapmış olduğu yatırımla diğer birçok faaliyetten ayrılmaktadır. Bu özelliği ve ekonomik ve sosyal hayatta meydana getirdiği dönüşümle, refah seviyesi ve hayat standartının artırılmasında birinci derecede rol üstlenmektedir. Ekonomik anlamda verimlilik artışı ve büyüme gibi pozitif etkileri bulunan eğitim, sosyal anlamda ise gelir dağılımının iyileştirilmesi, yoksulluk ve işsizlikle mücadele, sosyalleşme gibi önemli politika dallarının temelinde yer almaktadır. Bireylere ve topluma yapmış olduğu yatırımlar neticesinde stratejik önemi artan eğitimin, tüm koşulları göz önüne alınarak iyileştirilmesi ve eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması, siyasal mekanizmanın öncelikli hedefleri arasına girmiştir (Saygılı, Cihan ve Yavan, 2006: 15).

Daha iyi bir yaşam düzenine ulaşma uğraşı olan eğitim; kalkınmanın en etkili araçlarından biridir. Gelecekte olması arzu edilen yere ulaşmak için gerekli şartları sağlamak, toplumu belirlenen hedeflere yöneltecek kişi ve grup davranışlarını oluşturmak ve bu süreçte meydana gelecek olumsuzlukları değiştirmek ancak eğitim ile gerçekleştirilebilir. Aynı zamanda istenilen kalkınmanın gerçekleştirilebilmesi için gereken nitelikte ve sayıda bireyin yetiştirilmesi de eğitimle mümkündür. Bunların yanı sıra eğitim, bireylerin kabiliyetlerine göre yetiştirmelerini sağlayacak ve bireylerin yaratıcılığını ve verimliliğini artıracak olan fırsat eşitliği ve sosyal adalet unsurlarını yerine getiren en etkili araç ve bireye ve topluma birçok açıdan yararı bulunan en önemli sosyal hizmettir (DPT, 1963: 441).

Doğru ve sistemli bir eğitim, kişinin yeteneklerini saptamasına ve yaşam içerisinde kendini o alana doğru yönlendirmesini sağlamaktadır. Eğitimin üç temel amacından söz edilebilir. Bunlar; yakın amaçlar, uzak amaçlar ve genel amaçlardır¹. Bu hedefler bireysel ve toplumsal mânâda birtakım faydalar yaratmaktadır. Eğitim bu açıdan, sosyal olarak güçlü bir toplum oluşturmaya yardımcı olurken, meydana getirmiş olduğu eğitilmiş insanların yarattığı üretim gücüyle de iktisadi anlamda kuvvetli bir ülkenin oluşturulmasına katkı sunmaktadır. (Taş ve Yenilmez, 2008: 159).

2. EĞİTİMİN MALİYETİ VE FAYDALARI

2.1. Eğitimin Maliyetleri

Her hizmette bir maliyet söz konusu olduğu gibi, eğitim hizmetinin gerçekleştirilmesinin de bir maliyeti bulunmaktadır. Eğitim maliyeti kısaca, eğitim aktiviteleri yerine getirilirken yapılan harcamalar olarak ifade edilebilir. Bu başlıkta eğitimin bazı değişkenlere göre maliyetleri incelenmektedir.

2.1.1. Eğitimde Maliyet Kavramı

Maliyet, bir tanıma göre ekonomik değer içeren bir mal veya hizmetin üretilmesi için yapılan harcamaların genel toplamını ifade ederken, diğer bir tanıma göre ise;

¹Yakın Amaçlar, fikri ve vicdanî hür, disiplinli, kendine güvenen, bilimsel düşünce gücüne sahip, çalışkan, milli değerlerine bağlı, kendisine ve ülkesine fayda sağlayacak her türlü gelişmeyi takip eden bireyler yetiştirmektir. Refah devleti olma, kalkınma ve gelişme, gelir düzeyini yükseltme ise eğitimin uzak amaçlarıdır. Toplumun sosyal ve siyasal emellerinin eğitim alanına yansıtılması anlamına gelen genel amaçlar ise toplumun genel eğitim felsefesini ifade etmektedir. (Taş ve Yenilmez, 2008: 158-159).

işletmenin, yürütmüş olduğu faaliyetine dair ürün yahut hizmeti gerçekleştirebilmesi için kullanmış olduğu üretim faktörlerinin parasal değerleri toplamıdır (Afşar, 2011: 69). Eğitim maliyeti ise, eğitim hizmetinin yerine getirilmesi için kullanılan girdilerin ekonomik değeridir. Buna göre farklı kişi ve kurumların eğitim hizmetini gerçekleştirmek üzere yapmış oldukları harcamalar, fırsat maliyetleriyle birlikte, eğitim maliyetlerini oluşturmaktadır (Tural, 2002: 113).

Maliyet kavramı, yalnızca birey için değil toplum ve ülke açısından da söz konusu olabilir. Eğitim talebinin her geçen gün arttığı Türkiye’de eğitim hizmetinin maliyeti de artmaktadır. Hizmete olan talepte meydana gelen artışlar ve bu artışları karşılamak için geliştirilen politikalar, eğitim harcamalarının ve maliyetlerinin birincil derecede belirleyicisidir. Eğitim hizmetinin maliyetini etkileyen tek değişken talepte meydana gelen büyüme değildir. Bahsedilen bu faktörün dışında eğitimde kullanılan teknolojiler, eğitim sisteminin yapısı ve işleyişi, öğretmen ücretlerinin yapısı, kapasite kullanım oranları ve benzeri eğitim hizmetinin maliyetini etkileyen başlıca unsurlar olarak sıralanabilir (Çalcalı, 2009).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO)’nın paylaşmış olduğu verilerine göre, tüm dünyada II. Dünya Savaşı’nın akabinde eğitim talebinde yüksek düzeyde bir sayısal genişleme meydana gelmiştir. 1960-1980 döneminde öğrenci sayısı mevcut durumun neredeyse ikiye katına ulaşmıştır. Meydana gelen bu talep artışının büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmiştir. Diğer yandan bu dönemde, eğitimde meydana gelen sayısal genişlemeye paralel olarak kamu eğitim harcamalarında da yaklaşık 10 katlık bir artış yaşanmıştır. Ancak gelişmekte olan ülkeler bu artıştan yalnızca %12 pay alabilmiştir. Bir taraftan eğitim talebindeki hızlı genişleme, diğer taraftan savaşın etkisini henüz tam anlamıyla atlatamamış ülkelerin yaşamış oldukları finansman darboğazı, gelişmekte olan ülkeleri eğitim maliyetlerinin azaltmak için çözüm yolları aramaya itmiştir. Türkiye, Arjantin, Polonya gibi birçok gelişmekte olan ülke; okul sürelerinin kısaltılması, okula başlama yaşının yükseltilmesi, mevcut sınıf kapasitelerinin artırılması, tüm eğitim tesislerinin tam kapasite kullanımı, personel maliyetlerinin azaltılması gibi maliyet düşürücü çözüm yollarına başvurmuşlardır (Kavak ve Ekinci, 1994: 65).

2.1.2. Eğitimin Bireysel ve Toplumsal Maliyeti – Doğrudan ve Dolaylı Maliyeti

Bireysel maliyet, kişilerin yatırım veya tüketim amacıyla eğitim için yapmış oldukları ödemelerdir. Eğitime dair materyallere yapılan ödemeler, ulaşım giderleri, eğitim kurumlarına yapılan ödemeler, eğitimin devam ettirilmesi için temin edilen konut ve benzeri harcamalar eğitimin bireysel maliyetleridir (Ünal, 1996: 238).

Bireysel anlamda katlanılan bir diğer maliyet ise fırsat maliyetidir. Fırsat maliyeti zamanın kullanım değeriyle ilişkilidir. Eğitim hizmetinden yaralanan bireyin, hizmeti almaması durumunda çalışıp ekonomik bir kazanç elde edeceği varsayılmaktadır. Bunun sonucunda o zaman dilimi boyunca elde edilecek ekonomik kazanç eğitimin bireysel olarak fırsat maliyetini meydana getirmektedir (Afşar, 2011: 74).

Eğitim hizmetlerinin sunulmasında devletin yüklendiği maliyetler, toplumsal maliyetler başlığı altında değerlendirilmektedir. Devlet tarafından kamu gelirleri yoluyla karşılanan toplumsal maliyetler, devletin eğitim hizmetinin gerçekleştirilmesi amacıyla tüm üretim unsurlarına yaptığı ödemelerin toplamını oluşturmaktadır. Bu bağlamda devletin eğitim hizmetinin sunumu esnasında katlandığı cari, yatırım ve transfer harcamalarının tamamı da bu kapsamda ele alınmaktadır (Afşar, 2011: 74).

Doğrudan maliyetler, eğitim hizmetinin sunulma sürecine emeği ile katkıda bulunan tüm eğitim personelinin ücret ve maaşları, eğitim dışında değerlendirilebilecek zaman ile eğitimin görülmesinde kullanılan fiziksel faktörlerin değerlerinin toplamıdır. Dolaylı maliyetler toplum ve birey açısından değerlendirildiğindeyse, toplum açısından vazgeçilen vergi öncesi gelir iken, birey için vergi sonrası gelir olmaktadır (Tural, 2002: 119). İfade edilen tüm bu maliyet unsurları Tablo 1.1’de detaylı bir şekilde gösterilmiştir.

Tablo 1.1. Eğitimde Kişisel ve Toplumsal Maliyetlerin Doğrudan ve Dolaylı Maliyetler Ayrımında İncelenmesi

	Kişisel Maliyetler	Toplumsal Maliyetler
Doğrudan Maliyetler	Eğitim Hizmetinden Doğrudan Yararlanana Yapılan Harcamalar • Ailenin ödediği harçlar • Ulaşım harcamaları • Kitap, kırtasiye ve okul giysisi için yapılan harcamalar	Eğitsel Niteliklerin Üretiminde Kullanılan Tüm Kaynaklar • Öğretmenler ve diğer okul personelinin zamanı (maaş ve yan ödemelerle ölçülür) • Değişken girdilerin maliyeti (ısınma, aydınlanma, kitap, defter ve diğer malzemeler) • Diğer değişken maliyetler (okul giysisi, ulaşım, yemek). Bunlar kimi zaman ailelerce karşılanır • Yatırım maliyeti (bina ve donanım değeri kira bedeli ile ölçülür)
Dolaylı Maliyetler Fırsat Maliyeti	Aile ya da Öğrencinin Vazgeçtiği, Vergi Düşükten Sonraki Gelir • Vazgeçilen kazanç • Aile işinde/çiftliğinde vazgeçilen üretimin değeri	Vazgeçilen Vergi Dâhil Gelirler • Toplumsal dolaylı maliyetler kişisel dolaylı maliyetlerden vazgeçilen vergi tutarı kadar yüksektir

Kaynak: Tural, 2002: 120.

Tablo 1.1’de eğitimin doğrudan ve dolaylı maliyetleri gösterilmiştir. Tablo 1.1’e göre kişisel olarak doğrudan maliyetler, hizmetten yararlanana yapılan harcamalar iken toplumsal olarak, hizmeti verenler ve hizmetin verildiği yerlere yapılan harcamaları ifade etmektedir. Dolaylı maliyetler ise kişi açısından vazgeçilen geliri, toplum açısından ise vazgeçilen vergi dâhil gelirleri göstermektedir.

2.1.3. Eğitimin Parasal ve Fırsat Maliyeti

Parasal maliyetler fiyatın nispi yapısında oluşan değişimin sonucunda meydana gelen maliyetler olarak tanımlanabilir (Yıldız, 2000). Parasal maliyetler genel anlamda muhasebesel maliyetler olarak ifade edilir. Bu bağlamda eğitim maliyesinde parasal maliyetin tespit edilmesi görece daha kolaydır. Eğitim hizmetinin sunulması esnasında yapılan tüm harcamaların toplanmasıyla parasal maliyet elde edilmektedir (Tural, 2002: 115).

Ekonomi bilimi açısından ise bir mal ya da hizmetin üretimi esnasında kullanılan girdiler için katlanılan maliyetler kadar, onların kullanım etkinliği de ayrı bir öneme sahiptir. Bu bağlamda eğitime ayrılan tüm parasal, fiziki ve beşeri kaynakların optimal düzeyde etkin bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Bir ihtiyacın karşılanması için kullanılan kaynakların başka alanlarda kullanılamaması bir takım fayda kayıplarını

beraberinde getirmektedir. Burada fırsat maliyet kavramı ortaya çıkmaktadır (Afşar, 2011: 71). Eğitim hizmetlerinin sonucunda bireysel ve toplumsal olarak karşılaşılan gelir kayıplarının tamamına fırsat maliyeti adı verilmektedir (Yıldız, 2000).

Fırsat maliyeti kavramının parasal maliyet kavramından çok daha geniş olduğu görülmektedir. Bunun sebebi, ekonomide kaynakların sınırlı olması nedeniyle belirli bir alana tahsis edilen kaynakların diğer tüm alternatif fırsatlardan vazgeçilmesi durumudur. Örneğin; yeni bir üniversite inşa etmenin fırsat maliyeti, yeni bir teknik okul veya yeni ilk ve ortaokul inşa etme gibi vazgeçilen alternatif projelerdir (Woodhall, 1987a: 393). Tıpkı diğer maliyet unsurlarında olduğu gibi eğitimde fırsat maliyeti hem toplumu hem de bireyi etkilemektedir. Eğitimde fırsat maliyeti toplum açısından ele alındığında, eğitim hizmeti için sarf edilen tüm kaynakların, diğer kullanım alanlarında değerlendirilememesi bir fayda kaybı oluşturmakta, birey açısından ise, ekonomik kazanç elde edilebileceği iş hayatında çalışmamaktan dolayı vazgeçilen tüm getirileri ve boş zamanı tanımlamaktadır (Afşar, 2011: 71).

2.2. Eğitimin Faydaları

Eğitim, bir maliyet oluştursa bile kişiler için kısa dönemde toplum için ise uzun dönemde önemli getiriler sağlamaktadır. Bu kısımda eğitimin faydalarına ayrıntılı bir şekilde yer verilmektedir.

2.2.1. Eğitimde Fayda Kavramı

Eğitim yalnızca büyüme ve kalkınmayı değil, toplumların ve bireylerin refahı ile ilgili birçok sürece de pozitif katkılar sağlamaktadır. Bireylerin verimliliğini artırmada önemli rol oynayan eğitim, sosyal ve siyasi açıdan da önemli etkiler yaratmaktadır. Türkmen (2002: 45-61)'e göre eğitimin dokuz net çıktısından söz etmek mümkündür. Bu çıktılar; gelirden meydana gelen artış, daha sağlıklı bireyler ve toplum, doğurganlıkta düşüş, demokratikleşme, siyasal iktidarda istikrar, yoksulluk ve işsizlikte azalma, çevre bilincini artırma, suç oranlarında azalma meydana getirme ve hem toplumsal hem de mülkiyet suçlarında düşüştür.

Eğitime yapılan yatırımın geri dönüşünün hesaplanmasında harcamaların faydaları, bireysel ve sosyal olarak ele alınmaktadır. Bireysel fayda, eğitilmiş bireyin kendisinden daha düşük eğitime sahip olan bireyden daha fazla gelir elde etmesidir.

Toplumsal fayda ise, eğitimin gayri safi milli hasıla (GSMH)'ya ve topluma kazandırdığı olumlu etkilerdir (Taş ve Yenilmez, 2008: 173).

Eğitimin getirileri, eğitimden yararlanan birey ve aile gibi karar vericilerin elde ettiği faydaların ötesinde, topluma yönelik getirilerdir. Bu getiriler, alınan eğitim sonucunda meydana gelen kazanç artışları gibi maddi ve maddi olmayan faydaların ilerisindedir. Örneğin; demokrasinin süregeldiği bir toplum, yurttaşlarının yaşamdan beklentilerini ve özgürlüklerini, minimum seviyede suç işlemeyi, daha fazla eğitimi, daha çok gazete ile kitabı ve yazılmış eseri içermektedir. Bir toplumun bireylerinde matematiksel okur-yazarlık seviyesi ne kadar yüksek olursa, bunun sonucunda ekonomi ve ona bağlı piyasalar daha faydalı hale gelmekte ve daha iyi işlemektedir. Eğitimin getirmiş olduğu gelir düzeyi artışı sadece bireysel yararlar sağlamamakta, aynı zamanda, toplumun ihtiyaç duyduğu kamu hizmetleri için gerçekleştirilen harcamaları da artırarak toplumsal fayda oluşturmaktadır. Bunun sonucunda kamu refahının maliyetleri düşmektedir (Büyükaslan, 1995).

Görüldüğü üzere, eğitimin hem bireylere hem de topluma birçok faydası bulunmaktadır. Eğitimin bireysel ve toplumsal faydası Tablo 1.2.'de ayrıntılı bir şekilde gösterilmektedir.

Tablo 1.2. Eğitimin Bireysel ve Toplumsal Faydaları

Eğitimin Bireysel Faydaları	Eğitimin Toplumsal Faydaları
1.Artan verimlilik (kazançlar veya diğer çalışma çıktılarına olumlu yansıma) 2.Özel etkiler (daha iyi bireysel sağlık, boş zamanların tadını çıkartma, iş bulma ve diğer bireysel tercihlerde artan verimlilik)	1.İşçi verimliliğinde olumlu etkiler (eğitilmiş işçilerin, iş arkadaşlarının verimliliğini artırması) 2.Geniş teknolojik olanaklar (bilim, tıp, endüstri ve diğer alanlarda yeni bilgilerin keşfi ve kullanılması) 3.Toplumsal Etkiler (daha fazla sosyal eşitlik, daha güçlü milliyetçilik duygusu, daha yavaş nüfus artışı vb.)

Kaynak: Mignat and Tan, 1996: 4.

Tablo 1.2'deki sınıflandırmadan da görüldüğü gibi eğitimin bireyler ve toplum üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır. Bireyler eğitim hizmetinde doğrudan etkilenecek, kişisel gelişimlerini gerçekleştirmektedir. Toplumsal açıdan ise eğitim, yaratmış olduğu sosyal dışsallıkla birlikte toplumun kalkınmasına fayda sağlamaktadır.

Bir toplumun mevcut insan kaynağının, özellikle sosyal iyileşme yoluyla ekonomik kalkınma üzerindeki etkisi ve ekonomik kalkınmaya katkısı son derece büyüktür. Bu özellik, eğitimin yalnızca bireye değil aynı zamanda topluma da yarar

sağladığının bir göstergesidir. Literatürde eğitimin sosyal faydaları, bireylerin topluma eğitim sayesinde adaptasyonu olarak tanımlanmıştır. Ancak eğitimin sosyal faydaları; bireyin gelir seviyesinin yükselmesi, suç oranlarının düşmesi, yönetime katılma yoluyla daha çok demokratikleşme ve kişisel sağlığın korunması olarak özetlenebilir (Ereş, 2005: 2).

2.2.2. Eğitimin Bireye Faydaları

Hovvar Cl R. Bowen (1943) ve Weisbrod (1962, 1964)'un öncülük ettiği çalışmalar, eğitimin faydalarının tanımlanmasında belirleyici olmuştur. Bu araştırmalar sonucunda eğitimin faydaları iki ana başlık altında toplanmıştır. Bunlardan ilki, eğitimin topluma bir bütün olarak getirileri, ikincisi ise bireyin; çevresine, ailesine ve çalışma ortamına dönük sağlamış olduğu yararlarıdır (Büyükaslan, 1995).

Çalışkan, Karabacak ve Mecik (2013: 31)'e göre bireyin kişisel gelişimine katkı sağlaması, bireyi toplumsallaştırması gibi fonksiyonları yerine getirmesi için eğitimin; bireyin kişisel yetenek ve becerilerini uyumlu bir şekilde geliştirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda eğitim; bireyi sorumluluk bilinciyle donatılmış olarak topluma kazandırmalı, bireyi çok boyutlu ve değişken bir hayata hazırlamalıdır.

Eğitimin bireyler üzerindeki faydaları eğitilen kişiler üzerinde sağlamış olduğu doğrudan faydalardır. Çalışkan (2007: 39)'a göre eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin, daha düşük seviyede eğitim almış kişilere göre üç önemli avantajı bulunmaktadır. Bunlar; daha yüksek gelir elde etme şansı, daha az işsiz kalma riski ve yüksek işgücü hareketliliğidir.

Eğitimin bireysel faydaları, eğitilmiş bireyin doğrudan elde ettiği faydalar olarak topluma yansımaz. Bu faydalar, istihdamı, verimliliği ve bireylerin gelecekte istihdam fırsatları elde etme yeteneğini artırarak, eğitilmiş bireyin daha fazla gelir elde etmesine olanak tanımaktadır. Bunun sonucu olarak da eğitilmiş birey daha fazla mal ve hizmetten yararlanmaktadır. Maddi yönü ağır basan bu faydalar, özel maliyetler ile kıyasa tabi tutulmakta ve kişinin özel getirisi olarak açıklanmaktadır (Gölpek, 2012: 46).

Mitra (2011: 3)'ya göre eğitimin faydaları üzerine araştırmalar, ilk ve orta öğretim boyunca kaliteli eğitim alan ve mezun olabilen bireylerin, kendilerine kazanç sağlayacak bir iş bulma, düzenli bir aile yaşantısına sahip olma ve üretken birer

vatandaş olma ihtimallerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu bireylerin suç işlemesi ve sosyal yardım alma olasılığı da daha düşüktür.

Eğitimin bireylere getirdiği en önemli faydalardan birisi de istihdam edilme olanağının artmasıdır. Mincer (1991: 1-2)’e göre eğitim seviyesi yükseldikçe buna paralel olarak işsizlik de düşmekte ve bunun sonucunda “işsiz kalma süresi” de kısalmaktadır. İşsiz kaldıklarında daha kısa sürede iş bulabilen yüksek eğitilmiş çalışanlar bu sayede işsizliğin bireysel maliyetini de düşürmektedir. Ayrıca bu çalışanların iş değiştirme oranları daha düşüktür. Başka bir söylemle, eğitim seviyesi yükseldikçe kişiler mevcut çalışma yerlerinde daha fazla kalmakta ve çalışma hayatları boyunca daha az iş değiştirmektedir. Bununla birlikte bu bireyler yeni teknolojilere daha kolay ayak uydurmakta ve bu da beraberinde, birey için daha uzun çalışma hayatı yaşamaktadır.

Eğitimin kişilere sağlamış olduğu faydalar içerisinde belki de en önemlisi kişisel gelir seviyelerindeki artıştır. Bunun esas sebebi, her bir eğitim seviyesinin bireye emek piyasasında ekonomik getirisi daha fazla olan bir iş bulma konusunda sağlamış olduğu katkıdır (Türkmen, 2002: 47).

2.2.3. Eğitimin Toplumsal Faydaları

Eğitim nasıl ki bireylere doğrudan fayda sağlıyor ise bu eğitilmiş bireylerin oluşturmuş oldukları toplumlar da dolaylı olarak eğitimden faydalanmaktadır. Bu fayda toplum adına eğitimin sağlamış olduğu sosyal getiriler ve pozitif dışsal fayda olarak adlandırılabilir. Eğitimin topluma sağlamış olduğu faydaları açıklamadan önce sosyal getiri ve dışsallık kavramlarının ne olduğunu açıklamak gerekmektedir. Gölpek (2012: 48) sosyal getiriyi, bireyin doğrudan kendine mal edemediği, toplumdaki diğer fertlere de etki eden yararlar olarak ifade etmiştir. Bu faydalar topluma, vergi gelirlerinde meydana gelen artış ve toplum içerisindeki eğitilmiş bireylerin üretimde verimliliği artırması yoluyla milli gelirin yükselmesi şeklinde yansıyacaktır.

Dışsallık ise, bir ekonomik birimin (tüketici ve üretici) yürütmüş olduğu faaliyetinin, diğer ekonomik unsurlar üzerinde yaratmış olduğu olumlu veya olumsuz etkiler olarak ifade edilmiştir. Bir üretim veya tüketim eyleminin sonucu olarak görülen bu etkiler benzer diğer faaliyetler üzerinde etkiler yaratmaktadır.

Eğitimin bireyin gelirini doğrudan artırıcı etkisinin yanı sıra, dolaylı olarak toplumun diğer fertlerinin gelirlerini artırmak gibi önemli bir işlevi de bulunmaktadır. Eğitimin dışsallıkları olarak ifade edilen bu tür yararların ortaya konması, eğitime ayrılacak olan payın tespit edilmesinde hem birey hem de kamu açısından önemli bir işlev arz etmektedir. Eğitim yalnızca büyüme ve kalkınma için değil aynı zamanda bunları destekleyen daha geniş bir süreç için de hayati önemlidir. Eğitimin yüksek seviyelerde kazanç, sağlıklı bir toplum, bebek doğum ve ölüm oranlarında düşme gibi toplum adına birçok katkısı vardır (Türkmen, 2002: 45). Büyükaslan (1995) bir bütün olarak eğitimin toplum açısından dışsal faydalarını şu şekilde sıralamaktadır:

- *Eğitim, demokraside etkinliği sağlamak ve demokratik kurumlar yaratmak için gereklidir:* Eğitim hükümet ve diğer kurumlardaki özgürlüklerin korunmasının anahtarıdır ve devletin temel sorumluluklarından biri olmalıdır.
- *Eğitim, piyasalarda etkinliği sağlamak ve olası teknik değişikliklere uyum için gereklidir:* İktisadi istikrarsızlıklarla başarılı olarak mücadele edebilme yeteneği ancak eğitimle kazanılabilir. Modern ekonomilerde eğitimin önemli getirilerinden biri, eğitilmiş insanları çoğaltmasıdır.
- *Eğitim, suç oranlarında düşme ve ceza sistemi giderlerinde azalma sağlar:* Spiegleman (1968) çalışmalarında eğitim görmüş genç nüfusun suç işlemeye daha uzak olduğunu ortaya koymuştur.
- *Eğitim, gelir düzeyi düşük olanlara sağlık yardımı ve işsizlik yardımında azalma meydana getirir:* Bir evin ekonomik olarak geçimini üstlenen bireyin eğitimi ile yoksulluk düzeyi arasında güçlü bir negatif ilişki vardır. Garfinkle ve Howeman yapmış oldukları çalışmalarda, hane reisinin eğitim durumu ile buna bağlı olarak yoksullara yapılan yardım ve sağlık harcamaları arasında güçlü bir negatif ilişki olduğunu ortaya koymuştur.
- *Eğitim, toplum hizmetleri sunan kuruluşlara gönüllü katılımları artırmaktadır:* Eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte bireyler, toplumun yararına olan birtakım faaliyetleri gerçekleştiren kuruluşlara gönüllü olarak katılmaktadırlar.

Şener (1987: 14), temel eğitim hizmetinin toplumsal dışsal faydalarını; ekonomik kalkınma üzerindeki olumlu etkisi, istikrarlı ve etkin bir siyasi karar alma mekanizması sağlaması, suç işleme oranını düşürmesi ve mükelleflerin vergi yüklerini

hafifletmesi olarak ifade etmiştir. Aynı zamanda eğitim hizmetleri, pek çok ülke tarafından etkin bir politika aracı olarak da kullanılmaktadır. Bir ülkenin vatandaşlarına uygun eğitimler verilerek, o ülkedeki ırkçı ve mezhep çatışmaları gibi dinsel sorunlar da kolaylıkla çözümlenebilir.

Eğitimin toplum üzerinde yaratmış olduğu dışsal faydalardan bir diğeri de toplumdaki gelir dağılımını düzeltici etkisidir. Verimlilik artışı ile eğitim seviyesinin yüksek olması arasında güçlü bir bağın bulunmaktadır. Artan verimliliğin istihdamda herhangi bir azalma meydana getirmemesi nedeniyle ücret artışı meydana gelmekte ve en düşük gelir elde eden kesimin ücretleri yükselmektedir. Bir başka ifadeyle, devlet tarafından eğitimin yaygınlaştırılması bir yandan milli geliri artırırken, bir yandan da gelir dağılımını iyileştirmektedir. Ayrıca, eğitim görmüş bireylerin iş bulmalarının kolay olması sebebiyle bu bireylerin istihdam maliyetleri de buna paralel olarak çok daha düşük olmaktadır. Gelirlerde meydana gelen bu artış devletin tahsil etmiş olduğu vergi gelirlerinin de artmasına yol açmaktadır (Türkmen, 2002: 50).

Eğitim yalnızca eğitilenlere daha yüksek gelir sağlamamakta, aynı zamanda teknolojik ilerlemeyi hızlandırmakta, keşifleri, iktisatî verimlilikleri² ve lisansları artırmaktadır. Bütün bunların etkisiyle de toplumun verimliliği yükselmektedir. Eğitimin faydası oldukça geniştir. Kişiler genel olarak kendilerinin eğitim görmesinden toplumun elde ettiği kazançları dikkate almamaktadır. Devlet ise eğitim hizmetinin sunarken dış faydaları da göz önüne almakta ve bu nedenle eğitim alan kişilere ekonomik destek vermektedir (Bulutoglu, 2008: 252).

3. FİNANSMAN VE SUNUM AÇISINDAN EĞİTİM HİZMETLERİ

Eğitim hizmetleri belirli maliyetler gerektiren acil, önemli ve süreklilik isteyen hizmetler sınıfındadır. Hizmeti yürütecek iş gücü, fiziksel ortam, gerekli materyaller gibi ihtiyaçları süreklilik arz eden eğitim sistemi, tüm toplumun ortak sorumluluğundadır. Bunun yanı sıra sistemin kalitesi de sağlanan bütçe ve olanaklarla paralel olarak gelişmektedir (Üstün, 2004: 261). Ayrıca, eğitim hizmetlerinin sunulmasında, gelişen teknoloji ile birlikte birçok açıdan güncelleme yapılması

²Yaratıcı güç ve bilinen araç, gereçlerle bir buluş yapana, buluşundan bir süre sadece kendisinin faydalanması adına devletin vermiş olduğu belge (Türk Dil Kurumu).

kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu yüzden eğitim; yüksek verim gerektiren, dinamik ve değişken bir yükümlülüktür (Titiz, 2004: 26).

Modern dönemde devletin en önemli işlevlerinden biri olan eğitim, bireylerin kişisel gelişiminden ve istihdamından, toplumsal statüsüne kadar birçok alanda etkili olmaktadır. Eğitimin temel kamu politikası haline gelmesi ve ağırlıklı olarak kamu tarafından sunulması birçok yarar sağlamasına rağmen, bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında ise eğitim hizmetlerinin piyasaya veya rekabete açık olması gelmektedir (Al, 2014: 127).

Eğitim; sağlamış olduğu anlık faydalardan ötürü tüketim; diğer yandan ise kişilerin ilerleyen yaşamlarındaki üretim ve kazanç potansiyellerini belirlediği için bir tür yatırım olarak da ifade edilebilir. Bu nedenle eğitim hizmetinin ilerleyen süreçte gelir dağılımını belirlemedeki rolü, bu hizmetin adalet veya fırsat eşitliği kavramları ile ilişkisini güçlendirmektedir. Ülkeler büyüme, yatırım ve tüketim gibi ciddi alanlarda etkileri bulunan eğitim için gerekli düzeyde kaynak ayrılmasını sağlayacak mekanizmalar oluşturmak ve ayrılan bu kaynakları etkin bir şekilde kullanmak zorundadır (Aslan, 2002: 225).

Eğitime ayrılan kaynakları eğitimin finansmanı olarak adlandıran Tural (2002: 27) bu kavramı; eğitimin öngördüğü hedef ve amaçlara ulaşmak adına gerekli olan parasal kaynakları sağlama ve sağlanan bu kaynakları eğitimde eşitlik ve etkinlik ölçütleri temelinde dağıtma süreci olarak tanımlamıştır.

Eğitim finansmanı, yalnızca eğitim hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gereken maddi kaynakların elde edilme süreci değil, aynı zamanda bu kaynakların çeşitli coğrafik bölgeler, nüfuslar, eğitim tür ve düzeyleri ile sosyo-ekonomik olarak farklı düzeylerdeki bireyler ve gruplara dağıtımıdır. Eğitime dair kararların alınmasıyla başlayan bu süreç, farklı tür ve düzeydeki eğitsel amaçlara ve toplumlara göre değişiklik gösterebilir (Tuzcu, 2006: 159).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde eğitime bir yandan kamu kesimi, bir yandan da özel kesim tarafından önemli kaynaklar ayrılmaktadır. Eğitime ayrılacak kaynaklara dair belirlenmiş herhangi bir ölçüt yoktur. Ancak kaliteli bir eğitim finansmanı sistemi, bir yandan gerekli olan parasal kaynak birikimini sağlamakta, diğer

yandan ise eğitimin niteliğinin ve yararlarının toplumun bireyleri arasında dağıtımını en uygun duruma getirerek verimliliği ve adaleti de geliştirmektedir (Tural, 2002: 181). Tablo 1.3'te Türkiye ve seçilmiş OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkelerinde eğitimin finansman türleri gösterilmektedir:

Tablo 1.3. OECD Ülkelerinde Eğitim Finansman Türleri

Ülke	Finansman Yöntemi
Almanya	Eyalet Yönetimi + Yerel Yönetimler
Avusturya	Eğitim ve Kültür Bakanlığı + Eyalet Yönetimleri + Yerel Yönetimler
Belçika	Eğitim Bakanlığı + Yerel Yönetimler + Sivil Toplum Örgütleri
Danimarka	Eğitim Bakanlığı + Yerel Yönetimler
Finlandiya	Eğitim Bakanlığı + Yerel Yönetimler
Fransa	Eğitim Bakanlığı + Yükseköğrenim Araştırma Bakanlığı
Hollanda	Eğitim, Bilim ve Kültür Bakanlığı + Yerel Yönetimler
İngiltere	Yerel Yönetimler + Özel Kuruluşlar + Okul Yönetimleri
İrlanda	Merkezi Fonlar + Yerel Kaynaklar
İspanya	Eğitim Bakanlığı + Özerk Bölgeler ve Yerel Kaynaklar
İsveç	Eğitim Bakanlığı + Yerel Yönetimler
İtalya	Eğitim Bakanlığı + Yerel Yönetimler + Sivil Toplum Örgütleri
Lüksemburg	Eğitim ve Mesleki Öğretim Bakanlığı + Komünler + İşverenler
Portekiz	Eğitim Bakanlığı + Yerel Yönetimler + İşverenler
Yunanistan	Eğitim Bakanlığı + Sivil Toplum Örgütleri + Katkı Payı ve Bağışlar
Türkiye	Eğitim Bakanlığı + YÖK + Katkı Payı ve Bağışlar

Kaynak: Tuzcu, 2006: 161.

Tablo 1.3'teki sınıflandırmada, ülkelerin eğitim finansmanlarının, merkezi ve yerel yönetimlerce paylaşıldığı görülmektedir. Türkiye'deki gibi finansmanın ağırlıklı olarak genel bütçeden yapıldığı ülkeler arasında Fransa, Hollanda ve İrlanda bulunmaktadır. Buna karşılık eğitim finansmanının yerel yönetimler tarafından karşılandığı ülkeler arasında ise Almanya, Avusturya, Belçika ve İngiltere yer almaktadır.

Eğitimin finansmanında genel kabul görmüş üç temel yaklaşım vardır. Bunlardan ilki finansmanın kamu bütçesinden sağlanması (kamu ya da vergilerle finansman) yaklaşımıdır. İkincisi eğitimden yararlanan öğrenci ve ailelerden sağlanmasıdır (özel ya da harçlarla finansman). Üçüncüsü ise bir şekilde eğitimden yararlanan her kesimin kaynak sağlayıcısı olması gerektiğini ileri süren (karma finansman) yaklaşımıdır (Tural, 2002: 192). Tablo 1.4'te eğitime finansman sağlayan yaklaşımların avantajları ve dezavantajları ayrıntılı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 1.4. Eğitimde Finansman Yaklaşımlarının Temel Gerekçeleri ve Sınırlılıkları

Eğitimde Kabul Görmüş Finansman Yaklaşımları	Temel Esasları	Sınırlılıkları
Eğitimde Kamu Finansmanı Eğitimin finansmanı, vergilerle kamu yönetimi tarafından sağlanır.	- Toplumun tüm kesimi için fırsat ve olanak eşitliğini yükseltir. -Dışsal faydaları dikkate alır. -Eğitim ve işgücü piyasası hakkında bilgi edindirerek iyi kararlar alınmasının temelini oluşturur. -Ölçek ekonomisine uygun eğitim planlaması yapılmasını kolaylaştırır.	- Kamusal kaynaklar daraldığında eğitimde nitelik düşer. - Sistemi sorgulama ve değerlendirme olanağı sunmaz. - Bireysel tercihler dikkate alınmayabilir.
Eğitimde Özel Finansman Eğitim hizmetinden doğrudan yararlanan öğrenciler ve aileleri, hizmetin bedelini ödeyerek sisteme parasal kaynak sağlar.	-Eğitimden yararlanan tüm kesimlerin eğitime ilgi düzeylerini yükseltir. -Bir kaynaktaki daralma, diğeri ile telafi edilerek nitelik düşürülmez. -Hem etkinlik hem de eşitliğe katkıda bulunur.	-Eğitimde eşitsizlikler artar -Bireysel yararlar odaklı eğitime yönelim başlar; dışsal yararlar ihmal edilir.
Eğitimde Karma Finansman Eğitime kamu kesimi ve öğrenciler ve aileleriyle birlikte, işletmelerin ve gönüllü kuruluşların da parasal katkıları sağlanır.	-Bedel ödeme kullanımında etkinliği artırır. -Eğitim sürecini yargılama ve sorgulama olanağı verir. -Bireysel tercihler dikkate alınır.	-Hangi kesimin maliyetlere hangi düzeyde katkıda bulunacağını belirlenmesi güçtür. -Bu sistemi kurma ve yönetme maliyetleri yüksektir.

Kaynak: Tural, 2002: 193.

Tablo 1.4'e göre eğitimde kamu finansmanı, devletin eğitim hizmetlerinin vergiler yoluyla finanse etmesidir. Bu finansman yaklaşımının; eşitlik ve adalet sağlaması, doğru ve etkin eğitim planlamasının yapılması gibi faydaları bulunmaktadır. Buna karşılık bu finansman yaklaşımının, kaynakta bir azalma meydana geldiğinde eğitimde kalitenin düşmesi, bireysel tercihlerin dikkate alınmaması gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bir diğer finansman yaklaşımı olan eğitimde özel finansman, hizmetten yararlananların hizmetin bedelinin doğrudan ödemeleridir. Bu finansman yaklaşımının en önemli avantajı eğitime olan ilginin yükselmesidir. Eşitsizliği artırması ve dışsal yararları ihmal etmesi ise bu finansman yaklaşımının dezavantajlı yönlerini oluşturmaktadır. Son finansman yaklaşımı olan karma finansman ise kamu kesimi ile özel kesimin bir arada bulunmasıdır. Bireysel tercihleri dikkate alması ve bedel ödemede etkinliği artırması gibi avantajları bulunan bu finansman yaklaşımının, maliyette hangi kesimin ne kadar rol üstleneceği, sistemi kurma ve yönetmede yüksek maliyet oluşması gibi de dezavantajları vardır.

Eğitime olan talebin gün geçtikçe artması, bu talebi karşılayacak olan kaynakların önemini de artırmaktadır. Eğitimin finansmanında kamu ve özel sektörün payının hangi düzeyde olması gerektiği, ülkelerin ekonomik durumlarına ve gelişim düzeylerine, tercihlerine, talep edilen eğitim hizmetinin büyüklüğüne ve eğitimin seviyesine göre değişiklik gösterebilir (Gümüş ve şişman, 2012: 76).

Eğitime devlet müdahalesinin en bilinen hâli eğitim hizmetlerinin doğrudan kamu kesimi tarafından sunulmasıdır. Bunun en temel sebebi ise pozitif dışsallıklardır. Eğitime devlet müdahalesini savunanların temel gerekçesi, eğitimin yalnızca hizmeti alan bireye değil bireyin dâhil olduğu topluma da yarar sağlamasıdır (okgezen ve Terzi, 2008: 2). Diğer yandan dışsallık argümanına göre, pozitif dışsal faydası yüksek olan eğitim hizmetinde, hizmetin sunumu piyasa sistemine bırakıldığında sosyal olarak gerekli olandan daha az eğitim hizmeti üretilecek ve/veya tüketilecektir. Bu durumda ise etkinlik sağlanamayacaktır (Aslan, 2002: 231). Eğitimin devlet tarafından sunulmasının nedenleri şu şekilde ifade edilebilir (Lott, 1987):

- Demokrasi ile eğitimin önemli bir ilişkisi vardır. Eğitim düzeyi yüksek tutulduğu takdirde demokrasi daha etkin olmaktadır.
- Suların azaltılmasına dair yapılmış olan ve birçok kişi tarafından kabul gören bir araştırmada, suç miktarı ve eğitim arasında ters yönlü bir ilişki olduğu bu nedenle eğitimin bir kamu malı olduğu kabul edilmektedir.
- Eğitimin ekonomik büyüme ile doğrudan ilişkili olması, eğitimin devlet tarafından sunulmasına örnek teşkil etmektedir.
- Eğitimcilere ve kapitalistlere refah transferinin sağlanması için eğitim hizmeti devlet tarafından sunulmaktadır.
- Eksik sermaye piyasalarından dolayı çocukların yetiştirme ve eğitim masraflarına katlananlar sonraki yıllarda katlandıkları maliyetten çok daha azını elde etmektedir. Bu da eğitimin devlet tarafından sunulması gerektiğini gösteren bir örnektir.

İfade edilen tüm bu argümanların, eğitime kamu müdahalesinin ve kamu sübvansiyonlarının haklı nedenlerini oluşturduğuına inanılmaktadır. Eğitime kamu müdahalesi hususunda bir tartışma bulunmamakla birlikte problem, yapılan müdahale ve uygulanan sübvansiyonların biçimi ve ölüsünün ne olacağıdır. Diğer bir ifadeyle,

kamu kesimi ile özel kesim arasındaki finansman dengesinin hangi noktada optimal olacağı sorundur (Aslan, 2002: 231).

Ekonomide piyasaların etkinliğini, verimliliğini ve gelişimini doğrudan etkileyen eğitim harcamalarına bütçe türleri yönünden bakıldığında, eğitim için kaynak yaratmada temel olarak konsolide bütçe, döner sermayeler ve bütçe dışı fonlar görülmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı ve üniversiteler ise kurumsal anlamda ifade edilen bütçe türlerinden bir kaçını kullanarak öne çıkan kurumlardır. Bu iki kurum eğitim hizmetinin sunumunu, sektörün kaynak yapısı içerisinde olan bütçeleri kullanmak suretiyle kendi örgüt düzenleri içerisinde yerine getirmektedirler (Yılmaz, 2007: 182).

Eğitim harcamalarında kamu fonlarının ne düzeyde olduğu, bu fonlara kaynak yaratan veya finansmanını gerçekleştiren kamu kurumları açıkça belirlenmelidir (Yılmaz, 2007: 184). Tablo 1.5'te kaynak ve finansman sağlayan kurumlar ile hizmet sunan kurumlar açısından Türkiye'de eğitim harcamaları gösterilmektedir.

Tablo 1.5. Türkiye'de Eğitim Harcamalarının Kaynak, Finansman ve Hizmet Sunumu Açısından Değerlendirilmesi

Kaynak Sağlayanlar	Finansman Sağlayanlar	Hizmeti Sunanlar
I. Kamu Kaynakları - Merkezi Yönetim - Yerel Yönetimler - Diğer Kamu	I. Genel Yönetim A. Merkezi Yönetim - Milli Eğitim Bak. - Üniversiteler - Döner Sermayeler - Diğer Bakanlıklar ve fonlar gibi B. Yerel Yönetimler - Belediyeler - İl Özel İdareleri C. Diğer - Sosyal Güvenlik Kur. gibi	I. Okul Öncesi Eğitim Kur. A. Kamu B. Özel
		II. İlköğretim Kurumları A. Kamu B. Özel
		III. Ortaöğretim Kur. A. Özel B. Kamu
		IV. Üniversiteler A. Kamu B. Özel
II. Özel Kaynaklar - Hanehalkları - Özel Kurumlar - Vakıf, fon ve dernek gibi kar amacı olmayan kurumlar	II. Özel Sektör - Vakıf, Fonlar - Özel Kurumlar - Hanehalklarının kendi bütçesi (ceplerinden yapılan)	V. Yaygın Eğitim A. Kamu B. Özel
		VI. Özel Eğitim Okulları A. Kamu B. Özel
III. Uluslararası Kaynaklar		

Kaynak: Yılmaz, 2007: 185.

Tablo 1.5'e göre Türkiye için eğitim harcamalarının mevcut finansman ve kaynak yapısı durumu ile hizmetin gerçekleştirilmesi arasındaki ilişkiye dair genel bir çerçeve, OECD ve Dünya Bankası'nın eğitim harcamalarına dair geliştirmiş oldukları standart

göstergeler kullanılarak ortaya konmaya çalışılmıştır. Buna göre eğitim harcamalarına kaynak ve finansmanı sağlayanlar yapı olarak aynı kuruluşlar olabileceği gibi birbirinden ayrı da olabilir. Ancak sonuç olarak tüm bu kaynakların gitmiş olduğu yer eğitim hizmetinin durumunu gösteren eğitim seviyeleridir (Yılmaz, 2007: 184).

4. EĞİTİMİN KAMUSAL VE İKTİSADİ NİTELİĞİ

4.1. Eğitimin Kamusal Niteliği

Kamu sektörü yapmış olduğu harcamalar sonucunda adalet, savunma, eğitim, sağlık gibi mal ve hizmetler üretmektedir. Kamu ekonomisinin üretmiş olduğu ifade edilen bu mal ve hizmetler kamusal mallar olarak adlandırılmaktadır. Üretilen bu bazı mal ve hizmetler nitelikleri gereği bölünebilir iken bazıları ise bölünemezler. Eğitim hizmetinin ne derecede kamusal bir fonksiyon barındırdığının ortaya konabilmesi için ilk olarak kamusal malların belirgin özelliklerini ifade etmek gerekmektedir.

Kamusal mallara dair bilinen ilk tanım Samuelson tarafından yapılmıştır. Samuelson 1954 yılında kaleme aldığı “Kamu Harcamalarının Saf Teorisi” adlı makalesinde kamusal malları; bir bireyin tüketimi neticesinde başka bir bireyin tüketiminde azalmanın yaşanmadığı ve ortak olarak faydalanılabilen mallar olarak tanımlamıştır (Samuelson, 1954: 387). Kamusal mallarda kendi içersisinde gruplara ayrılmaktadır. Bunlardan ilki tam kamusal mal ve hizmetlerdir³. Tam kamusal mal ve hizmetlerin en belirgin özellikleri küçük parçalara bölünememeleridir. Bu malların bir diğer özelliği sağlamış oldukları yararın toplumsal olarak ortak olması nedeniyle bu yararın pazarlanamaması, bölünememesi ve fiyatlandırılmamasıdır. Aynı zamanda bu mallarda faydadan kimsenin mahrum bırakılamaması tüketimde dışlanamama özelliğini de ortaya çıkarmaktadır. Birlikte tüketim özelliğinin sonucunda bu mallarda bireyler arasında tüketim rekabetinin olması da söz konusu değildir (Edizdoğan vd., 2013: 25-28)

Kamu kesiminin üretmiş olduğu bir diğer mal ve hizmet grubu ise yarı kamusal mal ve hizmetlerdir⁴. Eğitim ve sağlık harcamalarının da içersinde bulunduğu bu mal ve hizmetler ilk görünüşte kamusal mala benzemelerine rağmen pazarlanmaları ve

³Savunma, adalet gibi hizmetler tam kamusal mal ve hizmetlere örnek olarak verilebilir.

⁴ Eğitim ve sağlık hizmetleri, parklar yarı kamusal mal ve hizmetlere örnek olarak verilebilir.

tüketiciye fiyat yolu ile aktarılmaları mümkündür (Nadaroğlu,1983: 60). Bir yandan içsel bir yandan da dışsal fayda paydıklarından, topluma faydaları kamusal mallarda olduğu gibidir. Ancak bireye sağladığı fayda açısından bakıldığında bu malların faydası, özel malların sağladığı faydaya benzemektedir. Faydadan mahrum bırakma ve tüketimde rekabetin söz konusu olduğu bu malların en temel özelliği topluma sağlamış oldukları ek sosyal faydadır. Bu ek sosyal faydanın ölçülmesi mümkün olmadığından bu malların sadece özel ekonomi tarafından üretilmesi mümkün değildir. Üretim özel ekonomiye bırakıldığında ancak özel faydanın giderilebildiği seviyede olacak, sosyal açıdan eksik üretim söz konusu olacaktır. Bu çerçevede ifade edilen mal ve hizmetlerin meydana getirdiği “dışsal fayda” kamu kesiminin de bunların üretiminde rol almasına sebep olmaktadır (Edizdoğan vd., 2013: 29,30).

Eğitim hizmetlerini de kamusal mal çerçevesinde değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan ilki Mutlu (1998)’nin çalışmasıdır. Mutlu (1998: 249)’ya göre birçok ülkede savunma hizmetlerinden sonra gelen eğitim, ülkeler için en önemli harcama kalemlerinden bir tanesidir. Eğitimi ülkeler açısından en önemli harcama kalemleri arasında yapan neden, hizmetin değerlendirilmiş mal ve hizmetlerin en geleneksel örneklerinden biri olmasıdır. Bir ülkenin yurttaşlarının almış oldukları eğitim ve sağlık standartları, refahları üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. İktisadi gelişmenin sağlanması ve reel milli gelirin artırılmasında, toplumdaki eğitim düzeyinin artması ve buna bağlı olarak üretim ve yönetimde etkinliğin sağlanması gerekmektedir. İfade edilen bu sebeplerle, özellikle gelişmekte olan ülkelerde eğitim hizmetleri kamusal mal niteliğine yaklaşmaktadır.

Şener (1987: 11)’e göre eğitim hizmetlerinin tam kamusal ve yarı kamusal anlamda değerlendirilmesini değiştiren etkenlerden ilki, eğitim tür ve kademelerine göre ortaya çıkan sosyal ve özel faydalardır. Eğitim hizmetlerinin başlangıç aşamalarında sosyal faydası özel faydasından daha büyük iken, eğitim seviyesi ve süresi yükseldikçe hizmetin özel getirisi de buna paralel olarak giderek yükselmektedir. Lise ve lisans eğitimi, özel getirisi daha yüksek olan bir tür karma mal (mixed goods) kategorisinde bulunmaktadır. Özel faydanın en fazla görüldüğü eğitim grubu ise mesleki ve teknik öğrenimdir. Ancak özel getirisi ne kadar fazla olursa olsun, yine de eğitim hizmetlerinin kamusalılık tarafı ortadan kalkmamaktadır. Örneğin; teknik ve mesleki öğrenim

sırasında keşfedilen yeni üretim metotları, kaynak kullanımında tasarruf sağlamakta ve, sosyal fayda da artmaktadır.

McMahon (2010: 260) eğitimi; meydana getirdiği dışsal sosyal faydalar (toplum açısından dışsallıkları) tarafıyla kamusal mal, kişilere sağlamış olduğu özel faydalar tarafıyla da özel mal kategorisine dâhil etmektedir.

Devrim ve Tosuner (2014: 98)'e göre bir ekonomik mal olarak eğitim sahip olduğu bazı özellikler nedeniyle, kamu ekonomisi literatüründe “yarı kamusal mal” olarak ifade edilmektedir. Eğitim, barındırmış olduğu “bölünebilirlik” ve “pazarlanabilirlik” özellikleri ile gerçekten özel bir mal görünümünde olmasına rağmen, yaratmış olduğu dışsal fayda etkisiyle bağlantılı olarak bir kamusal mal görünümündedir.

Toplumların iktisadi ve sosyal gelişmişlikleri, eğitim hizmetinin sunumunda maddi bir karşılığının alınıp alınmayacağı, alınacaksa da bu bedelin ne olacağı hususlarında belirleyici olmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde eğitim düzeyi ve gelir seviyesinin görece düşük olması, eğitim hizmetinin sunumunda herhangi bir bedelin alınmaması sonucunu doğurabilir. Böyle bir uygulamaya gidilmesi veya ücretin marjinal maliyetin aşağısında belirlenmesi durumunda finansman vergilerle sağlanacaktır. Eğitim hizmetleri vergilerle finanse edildiğinde toplumun katlanmış olduğu maliyet, eğitim hizmetlerinden bir bedel karşılığı faydalanılmasında meydana gelecek olan toplumsal maliyetten her zaman daha aşağıda gerçekleşmektedir (Ortaç, 2003: 240).

4.2. Eğitimin İktisadi Niteliği

İktisatta en önemli ayırım tüketim ve yatırım arasında yapılan ayırımdır. Sınırları her zaman belirli olmamakla beraber bütün harcamalar tüketim veya yatırım harcaması olarak gruplandırılabilir. Tüketim, doğrudan kısa ömürlü faydalar sağlayan mal ve hizmetlerin satın alınması veya kullanılması anlamına gelmektedir. Yatırım ise uzun süre boyunca fayda sağlayan varlıkların elde edilmesini ifade etmektedir. Örneğin; gıda harcamaları tüketim olarak sınıflandırılırken, uzun yıllar boyunca fayda sağlayacak bina veya teçhizata yapılan harcamalar yatırım harcaması olarak sınıflandırılabilir (Woodhall, 1987b: 1).

Ekonomik hayatın içerisinde bulunanlar daha çok, gelir getiren binalar, fabrikalar ve makineler gibi fiziksel sermayeye yapılan yatırımlara yoğunlaşmaya meyillidir. Buna karşın, eğitim ve öğretim de tıpkı yeni makinelere yapılan yatırımın, aynı zamanda fiziki sermayenin üretkenliğini arttırdığı gibi, bilgi ve kabiliyet gibi değerler meydana getirerek insan gücünün üretkenliğini artırmaktadır (Woodhall, 1987b: 1).

Eğitim harcamalarının yatırım mı tüketim mi olduğuna dair günümüze kadar süregelen teorik tartışmalar, harcamaların bazı özellikler yönünden yatırım bazı özellikler yönünden ise tüketim olduğunu belirtmektedir (Çömlekçi, 1971: 76). Bu ayrımı daha net ifade etmek açısından takip eden başlıklarda eğitim tüketim ve yatırım olarak ayrı ayrı ele alınmaktadır.

4.2.1. Eğitimin Tüketim Niteliği

Eğitim hizmetleri kişiye kaliteli yaşamla ilgili temel bilgi ve beceriler kazandırmaktadır. Bu durum Marshall tarafından, eğitimin tüketim niteliği olarak açıklamaktadır (Şener, 1987: 11). Eğitim harcamaları insan ihtiyaçlarını karşılayan özellikleriyle ele alındığında bu harcamalar tüketim harcamaları olarak kabul edilebilir. Bireyin hayatı boyunca sürekli olarak faydalandığı eğitim, kullanıldıkça herhangi bir tükenmenin yaşanmadığı ve insanın sürekli öğrenmeye devam etmesiyle daha da çok faydalandığı bir maldır. Bireylerin eğitim giderleri, teknoloji ve sanayileşmenin gelişmesiyle yalnızca maddi olarak değil manevi olarak da farklılaşmaktadır (Tezcan, 1985: 102).

İnsanlar tüketim niteliğindeki bilgi ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına ortak zevklere sahip oldukları kişilerle birlikte dernekler kurabilmektedir. Oluşturulan bu dernek üyelerinin bu çerçevede kazanmış oldukları eğitim ulusal geliri artırıcı nitelikte olmamakla beraber toplumun mutluluğuna katkıda bulunmaktadır. Eğitim bu açıdan, işten arta kalan zamanı değerlendirerek, yaşamdan daha çok zevk alma ve eğitimi bizzat alırken oluşan kişisel faydasından dolayı tüketim malı olarak değerlendirilebilir. Eğitimin tüketim malı mı yatırım malı mı olduğunun belirlenmesinde malın kullanım amacı da belirleyici olabilmektedir. Genel çerçevede tüketim malı olarak kabul gören pek çok malın kullanılış amacına göre yatırım malı özelliğine sahip olabileceği, diğer

yandan yatırım malı özelliğine sahip olan malın da nitelik olarak tüketim malı olabileceği görülmektedir (Demir, 2006: 12-14).

4.2.2. Eğitimin Yatırım Niteliği

Bazı araştırmalar, gelişmekte olan ülkelerde insan sermayesine yapılan yatırımın fiziksel sermayeye yapılan yatırıma oranla daha karlı geri dönüş sağladığını, gelişmiş ülkelerde ise tam tersi durumun söz konusu olduğunu ortaya koymuştur. Yine yapılan araştırmalarda eğitime yapılan yatırımın genellikle fiziksel sermayeye yapılan yatırımları tamamladığı ve onları daha üretken hale getirdiği ortaya konmuştur. Bu araştırmaların hiçbiri hangi eğitim türlerinin veya düzeylerinin verimlilik veya büyüme üzerinde en fazla etkiye sahip olduğunu göstermemektedir. Ancak eğitim harcamalarının saf tüketimden ziyade verimli bir yatırım olarak değerlendirilmesi gerçeğini ortaya koymaktadır (Psacharopoulos ve Woodhall, 1985: 21-22).

Bir ülkenin ekonomik sistemi içerisinde ihtiyaç duyduğu vasıflı insan gücünün yetişmesinde, öğrenim görenler kadar aileler ve toplumlar da etkilidir. Toplum vergiler vasıtasıyla öğrenim harcamalarına katılırken, aileler de eğitim alan çocuklarının ihtiyaçlarını karşılayarak öğretim harcamalarına katılmaktadır. Birer tasarruf sahibi konumunda olan bu kimseleri diğer tasarruf sahiplerinden ayıran nokta, öğrenim gören çocuklarına yapmış oldukları harcamanın aynı zamanda bir yatırım olmasından kaynaklanmaktadır (Çömlekçi, 1971: 76).

Eğitimin yatırım harcaması olarak ele alınmasının bir diğer sebebi, eğitim alan bireylerin bu süreçte edindikleri bilgi ve becerilerini, ekonomik yapı içerisinde etkinlik ve verimliliği artıracak şekilde değerlendirmeleridir. Bu sayede ekonomide üretim artmaktadır (Demir, 2006: 12). Bunun yanında bilgi de; iktisat literatüründe bir üretim faaliyetine konu olan ve üretilmesi için belirli bir zaman, emek, sermaye gerektiren (ekmek, elbise, otomobil vb.) mallar için ifade edilen “kıt mallar” grubuna dâhil olmaktadır. Bilgiye sahip olmanın da zaman ve parasal maliyeti vardır. Ekonomiye katılanlar gerekli bilgileri öğrenmek ve öğrendikleri bilgileri kullanmak zorundadır. Toplum üyelerine kazandırılan bilgiler insana yapılan bir yatırımdır. Çünkü insanlar bilgiye sahip oldukça daha üretken olmakta ve tüketim fırsatlarını da daha iyi kullanmaktadır (Bulutoğlu, 2008: 249).

Zorunlu eğitimin alınabilmesi için aileler çocuklarına belirli bir yaşa kadar, defter, kitap gibi özel harcamalar yapmaktadır. Çocuklarının daha iyi eğitim almasını isteyen bazı aileler ise özel okulları tercih etmekte ve özel ders yoluna gitmektedir. Görünüşte tüketim harcaması olarak nitelendirilseler de bu harcamalar tam olarak yatırım harcamalarıdır. Okula devam zorunluluğu belirli bir yaşa kadar olmakla birlikte, bazı aileler çocuklarına kanunun öngördüğünden daha fazla eğitim vermektedir. Ancak bu ailelerin iktisadi amacı ve kişinin toplumda meydana getireceği iktisadi etkiler göz önüne alındığında, bu tarz yatırımların bir kısmı tüketim harcaması kategorisine dâhil edilebilmektedir (Shaffer, 1961: 1027).

Eğitime dair tüketim-yatırım ayrımı, eğitim türlerine dair bir ayrım yapmanın güçlüğünden ötürü, eğitim kademelerine göre yapılmıştır. Temel ve genel orta öğretim tüketim, teknik-mesleki ortaöğretim ve yükseköğretim yatırım grubuna dâhil edilmektedir. Din eğitimi, toplumun tamamı tarafından kabul edilen davranışları oluşturduğu ve vatandaşların çalışma morallerini artırarak üretim kapasitelerine etki ettiği takdirde yatırım olarak kabul edilmektedir. Daha iyi asker yetiştirmeyi hedef alan askeri eğitim de yatırım olarak kabul edilebilmektedir. Askeri eğitimin toplum açısından yatırım olarak kabul edilmesi için ise, askeri eğitimden sivil hayata dönenlerin verimliliğinde bir artış sağlaması gerekmektedir (Çömlekçi, 1971: 77).

Ömrü diğer tüm dayanıklı tüketim mallarından fazla olan eğitim, aynı zamanda birkaç kez kullanımla bitmemekte, eksilmemekte ve insan yaşamı devam ettiği sürece yararlanılmaktadır. Bu sebeplerden dolayı eğitim harcamalarının hepsini bireysel tatmin sağlamak amacıyla yapılmış bir tüketim harcaması olarak adlandırmak doğru bir yaklaşım olmayacaktır (Serin, 1979: 58).

Eğitim yoluyla bilgi düzeyini artırmak ve yeteneklerini geliştirmek isteyen, bu sayede gelecekte elde edeceği gelirin seviyesini daha yüksek düzeyde tutmayı arzu eden bireylerin yapmış oldukları harcamaları tamamen tüketim kapsamında değerlendirmek doğru olmayacaktır. Bu tür harcamaların herhangi bir üretim malına yapılan harcamadan çok farkı yoktur. Bireye, gelirini artırıcı etki yaparak fayda sağlayan eğitimin yaratmış olduğu bu gelir artış etkisi, yalnızca hizmetin kullanıldığı, harcamanın gerçekleştirildiği mevcut yıl ile sınırlı kalmayacaktır. Yatırımın en temel özelliği, cari yıl içerisinde yapılan harcamaların faydasının, daha sonraki yıllarda da devam etmesi

gerekliliğidir. Bu anlamda yatırım, üretim stoğunun artırılmasıdır. Buna göre eğitimin yatırım niteliği, hizmetin parasal faydalarının uzun dönemde kişisel ve milli gelir artışını olumlu etkilemesidir.

Neticede eğitim, ne tam yatırım ne de tam tüketim niteliğindedir. Eğitim tipleri için bir ayırım yapmanın zorluğunda ötürü, temel ve klasik düzeyde yapılan harcamalar eğitimin *tüketim* niteliğini, gelecekte kişiye ve topluma fayda sağlayacağı ve kişiyi teorik açıdan donatması düşünüldüğünde ise yükseköğretim, mesleki eğitim ve teknik eğitime yapılan harcamalar eğitimin *yatırım* niteliğini ortaya koymaktadır.

5. EĞİTİM BÜTÇESİ

Eğitim bütçesinin detaylarına değinmeden önce bütçe kavramını açıklamak gerekmektedir. Bütçe konusunda genel kabul gören tanım Fransız maliyeci Edgar Allix'in yapmış olduğu tanımdır. Allix'e göre bütçe, belli bir zaman periyodunda devletin gelir ve giderlerini tahmini bir şekilde olarak ortaya koyan ve gelirlerin elde edilmesi ile giderlerin gerçekleştirilmesine izin veren bir tasarruftur (Edizdoğan, Çetinkaya ve Gümüş, 2013: 357). Figen (2004: 3) bütçeyi, denkleştirme olarak ifade etmiştir. Günlük hayat içerisinde bireyler, hangi ihtiyaçları için ne kadar kaynak ayıracıklarını belirleyerek bir denkleştirme yapmaktadır. Örneğin; aile reisi aylık gelirini, öğrenci günlük, haftalık harçlığını ya da özel ekonomi ve kamu ekonomisi yıllık gelirlerini ilgili sürelerdeki giderleri ile karşılaştırıp denkleştirme yapar. Coşkun (2004: 11)'a göre ise bütçe, kamunun ilerleyen zaman dilimi içerisindeki gelir ve giderlerini tahmin edip, bunların yürütülmesi ve uygulanmasına olanak tanıyan hukuki bir dokümandır.

Tüm bu tanımlardan yola çıkılarak bütçe; belirli bir zaman sürecini içine alan finansal bir plan olarak tanımlanabilir. Hukuki açıdan, devletin gelirlerini toplamasına ve giderlerini gerçekleştirmesine izin veren bir kanundur. Mali açıdan, devletin yürütmeyi düşündüğü çeşitli politikalarının bir göstergesidir. Planlama ve programlama açısından, gelir ve gider tahminlerini ortaya koyan bir belgedir. Bireyler ve toplum açısından ise devletin kendilerine olacak katkıları ya da kendilerinin devlete sağlayacakları katkıları öngören bir nitelik taşır (Akdoğan, 2017: 338).

Türkiye’de 26 Mayıs 1927 tarihinde kabul edilen ancak günümüze geçerli olmayan 1050 sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu’nda bütçe “kanun” olarak ifade edilirken 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununda⁵ bir dönem içerisindeki gelir ve giderlerle ilgili yapılan tahmin ile bunların gerçekleştirilmesine dair esaslar içeren “belge” olarak tanımlanmıştır. Söz konusu kanunlardaki bütçe tanımlarının farklı olmasının sebebi, 5018 sayılı Kanun’da bütçe tanımının “devlet bütçesi” kapsamında değil “kamu bütçesi” kapsamında ele alınmış olmasıdır. 5018 sayılı kanunda daha geniş bir çerçevede ele alınan bütçede, bütçeleri “kanun” olarak sonuçlanmayan kurum ve kuruluşlar (mahalli idareler, sosyal güvenlik kurumları) da bu tanıma dahil edilmiş ve bütçe bu kurum ve kuruluşların bütçe anlayışlarını da anlatacak şekilde “belge” olarak tanımlanmıştır (Edizdoğan vd., 2013: 357).

Bütçe, bir kanun olarak; öngörülen gelir ve giderlerin uygulanmasına ve yürütülmesine yetki ve izin verir. Bununla birlikte devletin bütçede yer verilen kamu gelir ve giderleri aracılığıyla sosyal ve iktisadi amaçlarını gerçekleştirdiği düşünüldüğünde, bütçe bir mali program özelliği taşımaktadır. Bütçe devletin bir mali yıl içinde ekonomiye yapacağı müdahalenin sınırlarını ortaya koyan bir hukuk belgesidir. Bu bakımdan bütçe mali hükümlerin en önemlisi konumundadır ve gerekli titizlik gösterilerek azami dikkatle hazırlanması gerekmektedir (Akdoğan, 2017: 338-340).

Bütçe kavramını tam olarak idrak etmek adına genel bütçe, özel bütçe ve düzenleyici ve denetleyici kurum bütçesi kavramlarının bilinmesinde de fayda vardır. 5018 sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu’nda genel bütçe, I sayılı cetvelde ifade edilen ve devlet tüzel kişiliğinin barındırdığı kamu kurumlarının bütçeleri olarak tanımlanmıştır. Yine aynı kanunda özel bütçe, II sayılı cetvelde bulunan ve bir bakanlığa bağlı veya bir bakanlık nezdinde kamu hizmeti gerçekleştirmek üzere kurulan ve giderleri genel bütçe dışında özel gelirlerle karşılanan bütçeler olarak ifade edilmiştir. Son olarak düzenleyici ve denetleyici kurum bütçesi ise, III sayılı cetvelde yer alan, kanunla veya Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle kurul, kurum veya üst kurul şeklinde teşkilatlanan her bir düzenleyici ve denetleyici kurumun bütçesidir.

⁵ 25326 Sayılı 24.3.2003 Tarihli Resmi Gazete.

Bu kavramlar eğitim bütçesi açısından değerlendirildiğinde; temel eğitim (okulöncesi, ilk ve ortaöğretim) bütçelerinin genel bütçe; yükseköğretim kuruluşlarını meydana getiren üniversitelerin bütçelerinin ise özel bütçe kapsamında olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Esasen eğitim bütçesi bir planlama uğraşıdır. Bu planlamanın esas sebebi, eğitimin kapsamının çok geniş olmasıdır. Eğitim, ekonomik gelişmenin temel kaynağı olarak kabul edilmektedir. Eğitim harcamaları genel tabiri ile kamu ve özel sektörün bütçelerinden, eğitim hizmeti ile ilgili yapılan tüm harcamalardır. Eğitim bütçesi ise başlangıçta yapılmış olan planlamanın bir parçası mahiyetinde değerlendirilip, bir eğitim kurumunun gerçekleştirmesi gereken proje, plan ve programlara harcayacağı maddi kaynağı ve bunların gelir karşılıklarını gösteren bir tasarım olarak ifade edilmektedir (Akın, 2009: 9-10).

Eğitime ayrılan kaynakların hangi düzeyde olacağı ve ayrılan kaynakların kullanılacağı eğitim programları ile eğitim hizmetleri hususlarına ilişkin karar verme süreci, eğitimde bütçeleme en geniş tanımı olarak ifade edilmektedir (Tural, 2002: 285). Eğitime aktarılacak kaynağın miktarı önemli olduğu gibi aktarılacak kaynakların ne şekilde kullanılacağı da bir o kadar önem arz etmektedir. Eğitime bütçeden ayrılan kaynaklar çok büyük olsa bile, bu kaynakların etkin bir şekilde kullanılması sağlanmadığı sürece arzulanan etki gerçekleşmeyecektir (Akın, 2009: 10).

6. EĞİTİM HARCAMALARI KAVRAMI VE EĞİTİM HARCAMALARININ KAMU HARCAMALARI İÇERİSİNDEKİ YERİ

6.1. Eğitim Harcamaları Kavramı

Eğitim harcamalarının neyi ifade ettiğine değinmeden önce kamu harcamalarının açıklanmasında fayda vardır. Devlet kamu hizmetlerini karşılamak için kamu harcaması yapmaktadır. Akdoğan (2017: 63)'a göre insanlığın zaman içerisindeki ilerlemesine bağlı olarak, karşılanması lazım olan ihtiyaçların kapsamı ve yapısı değişmiş ve önemli boyutlara ulaşmıştır. Karşılanması gereken bu ihtiyaçlar için mal ve hizmetlerin sağlanması, harcamaların gittikçe yükselen seviyede yapılması zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir. İşte; ortaya çıkan ihtiyaçları karşılamak maksadıyla yapılan harcamalara kamu harcamaları adı verilmektedir.

Edizdoğın vd. (2013: 47,48) kamu harcamalarını dar ve geniş anlamda ele almıştır. Buna göre dar anlamda kamu harcamaları, idare hukukunda “devlet” olarak ifade edilen örgütün gerçekleştirmiş olduğu harcamalardır. Geniş anlamda kamu harcamaları, devletin yapmış olduğu harcamalara ilaveten kamu tüzel kişilerinin ve devredilen yetkilere sahip kuruluşların yaptıkları harcamalardır. Bulutoğlu (2008: 195) ise kamu harcamalarını devletin ulusal ve yerel bütçe harcamaları olarak tanımlamıştır. Siyasi iktidarın toplamış olduğu vergiler ve sağladığı diğer kaynakları, bütçede yer verilen giderlerin tümüne aktarmasına kamu harcaması adı verilmektedir.

Kamu harcamaları tanımlandıktan sonra eğitim harcamaları en geniş anlamda, başta devlet ve kamu iktisadi teşebbüsleri olmak üzere, özel kesim ile genel ve katma bütçeli idarelerin bütçelerinden eğitim hizmetlerine yapılan tüm harcamalar olarak ifade edilebilir. Eğitim harcamaları bir diğer ifadeyle, eğitim kesimi için ayrılan tüm maddi kaynaklardır (Adem, 1993: 94). Eğitim harcamaları beşeri sermayenin temelini meydana getiren kaliteli ve nitelikli iş gücünün ülkeye katkısının optimal seviyeye çıkarılmasında önemli bir paya sahiptir (Akçacı, 2013: 67). Aynı zamanda eğitim harcamaları; verimliliği artırır, ekonomik büyümeyi teşvik eder, sosyal eşitsizliğin azaltılmasına yardımcı olur ve bireyin gelişimine katkı sağlar (Tosunoğlu, 2014: 145)

Tüm bu unsurlara ilaveten sosyal faydasının sosyal maliyetinden daha yüksek olması ve insan sermayesini geliştirmesi yönünden eğitim harcamaları kamu harcamaları içinde diğer sektör harcamalarından ayrılmaktadır. Takip eden başlıklarda eğitim harcamalarının kamu harcamaları içerisindeki yeri detaylı bir şekilde açıklanmaktadır.

6.2. Eğitim Harcamalarının Kamu Harcamaları İçerisindeki Yeri

Kamu harcamaları çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Bunlar; dar anlamda- geniş anlamda kamu harcamaları sınıflandırması, idari sınıflandırma, fonksiyonel sınıflandırma, ekonomik sınıflandırma, verimli-verimsiz harcamalar sınıflandırması ve olağan-olağanüstü harcamalar sınıflandırmasıdır. Bunlardan en yaygın olanları ise idari sınıflandırma ve ekonomik sınıflandırmadır. Bir sonraki başlıkta eğitim harcamaları bu sınıflandırmalar esas alınarak incelenecek ve bu sınıflandırmalara göre eğitim harcamalarının kamu harcamaları içerisindeki yeri değerlendirilecektir.

6.2.1. İdari Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları

İdari sınıflandırmaya⁶ göre kamu harcamaları bütçe tekniğine ait bir sorundur. Bütçelerde gerçekleştirilen harcama ayrımları genellikle çeşitli görevler üstlenen idari birimlere göre olmakta, aynı zamanda yapılan bu ana ayırım, hizmetin türüne göre de bölünebilmektedir. Bu bakımdan idari sınıflandırmalar; birimler veya onların işlevleri esas alınarak yapılmaktadır. (Edizdoğan vd., 2013: 79). Ayrımın birimler üzerinden yapılmasına organik sınıflandırma adı verilirken, diğerine ise fonksiyonel “işlevsel” sınıflandırma adı verilmektedir.

6.2.1.1. Organik Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları

Harcamaların, harcamayı yapan organa göre gruplandırılmasına kamu maliyesi literatüründe organik sınıflandırma adı verilmektedir. Kapsamının geniş olması sebebiyle çeşitli kamu kuruluşları tarafından gerçekleştirilen kamu hizmetlerinin, genel nitelikte olup tüm toplumu ilgilendirenleri merkezi idare tarafından yapılmaktadır. Mahalli nitelikte olanlar ise genellikle yerel yönetimler tarafından yapılmaktadır. Bu kapsamda tüm toplumu ilgilendiren harcamalar içerisinde yer alan eğitim harcamaları; savunma harcamaları, büyük ölçüde sağlık harcamaları ve transfer harcamaları ile birlikte merkezi nitelikte harcamalar içerisinde gösterilmiştir (Edizdoğan vd., 2013: 79).

Harcamaların Cumhurbaşkanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı veya YÖK (Yüksek Öğretim Kurumu) gibi idari birimler arasında dağıtılması bu sınıflandırmanın esasını oluşturmaktadır. Bu kapsamda eğitim harcamalarının günümüzde birçok idari birim tarafından yerine getirildiği görülmektedir. Bu idari kuruluşlar başta Milli Eğitim Bakanlığı, YÖK ve diğer bakanlıklar ve idari kuruluşlar olabilmektedir.

6.2.1.2. Fonksiyonel Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları

Devletin idari organları toplumsal refahı yükseltmek için birtakım fonksiyonları (görevleri) yerine getirmektedir. Ancak, belirli bazı hizmetler, kimi zaman birkaç idari birim tarafından yapılmaktadır. Birkaç idari kuruluş veya kamu biriminin aynı hizmeti yerine getirmesi durumunda, gerçekleştirilen hizmet için tüm kuruluşların yaptıkları

⁶ İdari sınıflandırma bazı yazarlar tarafından organik sınıflandırma olarak da ifade edilmiştir.

harcamalar toplanmaktadır. Bunun sonucunda her hizmet için gerçekleştirilen toplam harcama tutarı tespit edilmektedir (Akdoğan, 2017: 85).

Siyasi birimlerin belirlemiş olduğu kamu harcamalarını içeren fonksiyonel sınıflandırma, bu harcamalarla ulaşılması arzu edilen amaçların anlamlı bir şekilde birleştirildiği bir sınıflandırma türüdür. Bu sınıflandırmada dikkate alınan, yapılacak harcamalar aracılığıyla yerine getirilmesi öngörülen amaçlara yönelik hizmetlerdir. Diğer bir ifade ile fonksiyonel sınıflandırmanın esası, harcamayı yapan idari birimden ziyade yapılan hizmet olmaktadır (Edizdoğan vd., 2013: 80).

İdari sınıflandırma içerisinde de ifade edildiği üzere, eğitim hizmetleri Türkiye’de Milli Eğitim Bakanlığı haricinde YÖK çatısı altında üniversiteler ve yüksek okullarda, İçişleri Bakanlığı çatısı altında polis kolejleri ve okullarında, Milli Savunma Bakanlığı çatısı altında harp okulları, askeri liseler ve akademiler gibi çeşitli idari birimler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Bir yıl içerisinde eğitim hizmetinin yerine getirilebilmesi için ne kadar harcama yapıldığını öğrenmek, yalnızca Milli Eğitim Bakanlığı gibi bir kurumu baz almakla mümkün olmamaktadır. Eğitim hizmetini gerçekleştiren kuruluş hangisi olursa olsun, hizmetin gerçekleştirilmesi adına yapılan toplam harcama miktarını baz almak gerekmektedir. Bu da ancak fonksiyonel sınıflandırma ile mümkün olabilir (Nadaroğlu, 1983: 169).

6.2.2. Ekonomik Sınıflandırmaya Göre Eğitim Harcamaları

Ekonomik (iktisadi) sınıflandırma, belirli bir dönemde yapılan kamu harcamaları ile o dönemde gerçekleştirilen üretim arasında ilişki kuran kamu harcamaları sınıflandırmasıdır. Bu sınıflandırmada, miktardan daha çok içerik önemli sayılmaktadır (Edizdoğan vd., 2013: 83). Bu harcamaları da kendi içerisinde reel harcamalar-transfer harcamaları şeklinde bir sınıflandırmaya tabi tutmak mümkündür. Pigou, Due gibi bilim adamları aracılığıyla günümüze gelen Reel (Cari ve Yatırım harcaması) harcamalar ayrımı; devletin tüketim harcamaları olarak ifade edilmektedir. Devlet bu harcamalar aracılığıyla çeşitli üretim faktörlerinin sahibi olmaktadır. Örneğin devlet, kamu hizmetlerinin yerine getirilebilmesi için maaş ödediği memurların emeğinden yararlanma hakkı elde edebilmekte veya yine bir arsa satın almasıyla kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesini sağlayabilmekte ve yine harcamalar aracılığıyla bir

Üretim faktörüne doğrudan doğruya sahip olabilmektedir. Ya da önceden piyasada üretimi gerçekleştirilmiş mal ve hizmetleri satın alma yolunu seçerek, üretim faktörlerinden doğrudan sahip olmaya gerek kalmadan dolaylı olarak faydalanabilir ve kamu hizmetleri sunumunu gerçekleştirir. Okul, baraj, köprü ve benzeri yapımında çeşitli malzemelerin kullanılması buna örnek gösterilebilir (Nadaroğlu, 1983: 171).

Kamu sektörü tarafından yapılan girdi alımları olarak da ifade edilebilen reel harcamalar yoluyla, ekonominin kaynakları üzerinde kullanım hakkı elde edildiği için, bu kaynakların kamu kesimince kullanımının, özel sektörün bu kaynakları kullanmasına engel olmaktadır (Ataç, 1992: 33). Reel harcamaların ekonomik özelliği, yeni gelir akımlarının oluşmasına sebep olarak böylece milli hâsılaya dâhil olmasıdır. Milli hasılayı meydana getiren unsurlar arasında, devletin harcamalar yoluyla üretim faktörlerini elde etmek için faktör sahiplerine yapmış olduğu demeler yer almaktadır. Bu nedenle, devletin üretim yapmak amacıyla piyasa ekonomisine girmesiyle, doğrudan üretim faktörü satın alması arasında temelde bir fark yoktur. Fark yalnızca belirlenen amacı gerçekleştirecek satın alma gücünün bulunmasında ortaya çıkmaktadır (Edizdoğan vd., 2013: 90).

Eğitime yapılan yatırımlar, bireye ve bu bireyin bulunduğu toplumun tamamına birçok getiri sağlayan yatırımlardır (Woodhall, 1987c: 23). Devlet reel harcamalar bağlamında değerlendirildiğinde, eğitim hizmetinin gerçekleştirilmesi adına üretim araçlarının mülkiyetine direkt veya dolaylı olarak sahip olmaktadır. Devlet eğitim hizmetinin gerçekleştirilmesi için en önemli faktör olan öğretmenin maaşını ödeyerek emeğe, eğitim hizmetinin sunulacağı bir okul meydana getirmek için bir arsa veya arazi satın alarak doğal kaynaklara, sözü geçen okul ve tesisi inşa edecek olan girişimcinin teşebbüs gücüne ve de sermayeye sahip olmaktadır. Eğitim hizmeti sunumunda üretim faktörlerinin kullanım hakkına sahip olan devletin, bir yandan hizmet sunumunu düşünmekte diğer yandan da doğrudan veya dolaylı olarak milli gelirin artmasına odaklanmaktadır. Eğitim hizmetleri ifade edilen bu özelliği itibariyle de reel harcamalar sınıflandırılması içinde sayılmaktadır (Yardımcıoğlu, 2012: 31).

Cari ve yatırım harcaması açısından değerlendirildiğinde, eğitim hizmetleri adına gerçekleştirilen harcamaların bazılarının cari harcama bazılarının ise yatırım harcaması olduğu söylenebilir. Örneğin; ğretmenlere dönük maaş ödemesi yapılması,

ek ders ücreti verilmesi, diğer personellere yapılan harcamalar ile eğitim hizmetinin gerçekleştirildiği tesisin elektrik, su, bakım-onarım ve kırtasiye gibi harcamaları eğitim için yapılan cari harcamalara örnek olarak gösterilebilir. Faydası bir yıldan fazla olan, yeni bir okul veya eğitim tesisinin yapılması, eğitim kurumuna teknolojik aletler alınması, uzun yıllar fayda sağlayacak onarımların yapılması gibi harcamaların ise eğitim için yapılan yatırım harcamalarına örnek olarak gösterilebilir.

Ekonomik sınıflandırmanın bir diğer türü de transfer harcamalarıdır. Karakteristik niteliği, kullanım sonucunda devlete mal veya hizmet verme zorunluluğunun bulunmaması olan transfer harcamaları, diğer bir deyişle karşılıksızdırlar. Due, transfer harcamalarının ifade edilen özelliğinden dolayı “hediye” özelliği taşıdığını vurgularken, transfer harcamaları Brochier ve Tabatoni tarafından ise, milli gelirden bir etki meydana getirmeyen ve yalnızca satın alma gücünün kişiler veya sosyal gruplar arasında değişim görmesine sebep olan harcamalar olarak tanımlamıştır. Barna ise transfer harcamalarını, mal ve hizmetlerin tüketilmesi adına gerekli satın alma gücünü toplumun bir gurubunda diğerine aktaran devlet harcamaları olarak ifade etmiştir (Nadaroğlu, 1983: 173).

Bu tanımlardan yola çıkarak bakıldığında, eğitim harcamalarının bir bölümünün de transfer harcamaları kategorisine girdiği söylenebilir. Öğrencilere yapılan karşılıksız burs ödemeleri, yemek yardımları, ücretsiz ders kitabı dağıtımları, ücretsiz kırtasiye malzemesi dağıtımları, bazı okullarda ücretsiz yatılı konaklama imkânı ve benzeri harcamalar eğitim açısından transfer harcamalarına örnek olarak gösterilebilir.

İKİNCİ BÖLÜM

BİR YARI KAMUSAL MAL VE HİZMET OLARAK SAĞLIK

İnsan sermayesinin bir diğer önemli fonksiyonu ise sağlıktır. Sağlıklı toplum sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Sağlıklı bireyler bulunmuş oldukları topluma sosyal, siyasal, ekonomik ve benzeri birçok avantaj sağlamaktadır. Aynı zamanda sağlıklı bireylerin oluşturmuş olduğu bir toplum, ülkelerin gelişmesine ve kalkınmasına olanak tanımaktadır.

Bu bölümde ilk olarak sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarına değinilmiştir. Daha sonra sağlık hizmetinin temel özellikleri, sunuluşları bakımından sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin türleri detaylıca açıklanmış, sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği incelenmiştir. Bölüm sonunda, sağlık harcamaları kavramı ele alınmış ve sağlık harcamalarının artış nedenleri değerlendirilmiştir.

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARININ TANIMI

Eğitim kavramında olduğu gibi sağlık kavramına dair de literatürde yapılmış birçok tanım mevcuttur. Bu tanımlardan en bilinen ve benimseneni Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın yapmış olduğu tanımdır. DSÖ anayasasında sağlığı şu şekilde tanımlamıştır: *“Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”* (Dünya Sağlık Örgütü, 1948: 1).

Sağlığın tanımlanmasında ifade edilen iyilik durumunun ne olduğunun açıklanması için sağlık; sübjektif ve objektif ayrım yapılarak ele alınmalıdır. Sübjektif sağlık kavramı, kişinin kendisini sağlık ve rahatlık yönlerinden hasta hissetmediği durumdur. Başka bir ifade ile bireyin kendisini fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden nasıl hissettiği ve bunu nasıl idrak ettiği, söz konusu şartların varlığı ve algılanma şekli kişisel ve toplumsal olarak farklılık göstermektedir. Diğer bir ifadeyle sübjektiftir. Objektif sağlık ise daha çok genel koşulların ön plana çıktığı durumdur. Objektif sağlık bir test veya doktor muayenesi sonucunda tespit edilen hastalığın olmayışı durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu alandaki uzmanların bireye sağlıklı diyebilmeleri için, kişinin nasıl hissettiği değil elde edilen analiz sonuçları önemlidir. Bu tanımlamalardan yola çıkarak objektif açıdan bir kişiye hasta gözüyle bakılabilmesi için uzmanların bu durumu teşhis etmesi gerekmektedir. Sübjektif açıdan ise bireyin kendisini nasıl

hissettiği hususu önem arz etmektedir. Bireyin hasta olup olmadığının ölçüsü bu hisler olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 9-10).

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerini belirleyen, bu seviyeye ulaşmak için atılan adımların etkinliğini gösteren sağlık; önemli bir kavram olup, aynı zamanda ülkeler arası karşılaştırmada kullanılan birincil göstergelerdendir (Şen ve Bingöl, 2018: 90).

Sağlık kavramı tanımlandıktan sonra tanımlanması gereken bir diğer kavram da sağlık hizmetleridir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı Kanun⁷, sağlık hizmetleri kavramını; sağlığa zararlı unsurların yok edilmesi ve toplumun bu unsurların etkisinden muhafaza edilmesi olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda hastaların tedavisi, fiziksel ve ruhsal olarak zarar görenlerin ise yeniden topluma kazandırılması için yapılan tedaviler de sağlık hizmetleri olarak ifade edilmiştir.

İnsanlığın en önemli hazinesi konumunda bulunan sağlığın, muhafaza edilmesi ve devamlılığının sağlanması maksadıyla, sağlığa dair mal ve hizmet üreten tüm kuruluşlar sağlık sektörünü meydana getirmektedir. İşte sağlık hizmetleri, bu sektörün sağlık odaklı gerçekleştirmiş olduğu faaliyetlerin tamamı olarak da tanımlanabilmektedir (Ersöz, 2008: 95).

Her insanın varoluşunu devam ettirebilmesi için yararlanmak isteyeceği sağlık hizmetlerini birey açısından tanımlamak öncelik taşımaktadır. Kişisel anlamda bu hizmetin sağladığı temel yarar bireyin sağlığıyla ilgilidir. Bireyin içerisinde bulunduğu toplumsal çevreye karşı, fiziksel fonksiyonlarının düzenli olarak çalışması anlamına gelen sağlık hizmetleri, kişinin hastalık ve ölümle mücadele edebilme yeteneği olarak ifade edilmiştir (Tokgöz, 1981: 499).

Sağlık hizmetleri talep ve arz unsurlarının ortak hedefi, bireye ve topluma gerekli olan sağlıklı hayat bilgisi, bilinci, istek ve davranışlarının kazandırılması ile bireysel, çevresel ve toplumsal olarak sağlığın korunduğu alanlar sağlanmasıdır. Gerçekleştirilmesi arzu edilen bu hedefin sonucunda ulaşılmak istenen ise sağlıklı bir dünya oluşturmaktır. Sağlık hizmetlerinin hedefini gerçekleştirebilmesi için; toplumun

⁷10705 Sayılı ve 12.1.1961 Tarihli Resmi Gazete.

tüm fertlerine, ihtiyaç duydukları bütün sağlık hizmetlerinin yaşam süresi ve kalitesini artırma esas alınarak, eşit, hakkaniyetli, kaliteli, yeterli, ulaşılabilir, coğrafya ve maddi sınırlama gözetmeksizin verilmesi gerekmektedir. (Sargutan, 2005: 403).

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Tüketilmeleri sonucunda topluma yoğun pozitif dışsallık yayan yarı kamusal mal ve hizmetler, ayrıca kişilere de özel fayda sağlamaktadır. Kamusal ve özel mal ve hizmetlerin özelliklerinin bir arada görülmeleri durumunda, bu mal ve hizmetler grubu *karma mallar* olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri niteliği itibariyle *karma mal* sınıfına dâhil olmaktadır. Bu yüzden rekabetçi piyasalarda kaynak dağılımının etkinliğini önlemektedir. Sağlık hizmetlerini karma mal grubuna dâhil eden özellikleri; toplumsal mallar, dışsallıklar, erdemli istekler, tekeller ve talebin belirsizlik koşulunda seçim yapma durumu olarak sıralamak mümkündür (Şakar, 1999: 11).

Kıt mallar içerisine dâhil olan sağlık hizmetlerinin de üretilmesi gerekmektedir (Tokgöz, 1981: 499). Tıpkı eğitimde olduğu gibi, sağlık hizmetleri de taşımış olduğu özelliklerden dolayı yarı kamusal mal ve hizmetler kapsamında değerlendirilmektedir. Diğer yarı kamusal mal ve hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri de tüketimden mahrum bırakılma, faydada rekabet gibi özellikler taşımaktadır. Ancak, hem ulusal hem de uluslar arası düzeyde etkileri bulunan iki temel dışsallığı, sağlığa uluslararası kamusal mal olma özelliği de kazandırmaktadır. Bunlardan ilki, “public bad” olarak adlandırılan ve büyük kitleleri etkisi altına alabilen salgın hastalıkların küresel nitelik taşımasıdır. İkincisi ise bir bireyi, toplumu ve hatta hayvanları da salgın hastalıklardan koruyarak ortaya çıkartılan dışsal faydalar, dünyanın herhangi bir yerindeki diğer birey ve toplumlar için de risk eşiğinin düşmesini sağlamaktadır (Mutlu, 2006: 58).

Taşımış olduğu bazı özellikleri sağlık hizmetlerini erdemli mallar⁸ kategorisine de dâhil etmektedir. Üretim piyasa inisiyatifine bırakıldığında etkin düzeyde gerçekleştirilemez ve dolayısıyla birey ve toplum açısından refah azalmaları meydana gelebilir. Çocuklara yönelik olarak gerçekleştirilen tedaviler bu tür hizmetlere verilebilecek en güzel örnektir. Kimi durumlarda aileler tedavi masraflarını

⁸Erdemli mallar, tüketimlerinin zorunlu kılınan mallardır. Bu mallara; okullarda ücretsiz süt dağıtımı, bedava dağıtılan ilkökul kitapları gibi örnekler verilebilir (Akalin, 1986: 74).

karşılama yetersiz kalabilirler. Bu gibi durumlarda, kamu kesimi tarafından hamilelik öncesi, dönemi ve sonrasında yapılacak destekler ile birlikte sütanneliği sürecinde bebek ve çocuklara gerekli olan diğer hizmetlerin çeşitli şekillerde karşılanması, bu kategori için örnek olarak verilebilir (Mutlu ve Işık, 2012: 52).

Sağlık hizmetinin önemli özellikleri arasında dışsallık, belirsiz talep, asimetrik bilgi, ikame edilememe ve ertelenememe yer almaktadır. Bu özelliklerden ilki dışsallıktır. Bulaşıcı hastalıkların engellenmesine yönelik gösterilen çabalar ve elde edilen başarılar dışsallığa örnek olarak gösterilebilir. Grip gibi bulaşıcı bir hastalığa yakalan bireyler yalnızca kendileri için değil aynı zamanda toplum içinde tehlike arz etmekte ve hastalık riskini yükselmektedir. Bireylerin bu hastalıklardan korunması adına alınacak tedbirler, yalnızca bireyler için bir yarar oluşturmamakta, aynı zamanda bireyin çevresi için de fayda sağlamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 49-50).

Sağlık hizmetinin önemli özelliklerinden bir diğeri ise talebinin belirsiz olmasıdır. Hizmete duyulan ihtiyacın ne zaman meydana geleceğini öngörmek oldukça zordur. Bu durum sağlık piyasasındaki talep ve arz unsurları açısından sorun oluşturmaktadır. Sağlık hizmetini talep edecek olan tüketicinin meydana gelecek hastalık hâli için önceden belirli bir düzeyde kaynak ayırması gerekmektedir. Sağlık hizmeti arz unsurları açısından ise, üretim seviyesinin tespit edilmesi hususunda bir belirsizlik söz konusudur (Şakar, 1999: 15).

Sağlık hizmeti için ifade edilmesi gereken önemli özelliklerden sonuncusu ise asimetrik bilgidir⁹. Asimetrik bilgilenme sağlık üreticileri ve tüketicileri arasında genelde tüketici (hasta) aleyhinedir. Bir grup (hastalar) dikkate değer bir şekilde diğer gruba (doktorlar) göre daha az bilgi sahibidir. Daha fazla kazanç elde etme düşüncesiyle hareket eden bir doktor isterse, hastayı kolaylıkla kandırabilir. Hasta ise bu tür bir olayın ne olduğu ve ne gibi sonuçlarının olacağı konusunda en küçük bir bilgiye sahip olmayabilir (Mutlu ve Işık, 2012: 55-56). Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve

⁹Asimetrik bilgi ilk kez teknik anlamda G.A. Akerlof'un "The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and Market Mechanism" (1970) isimli makalesinde ortaya konmuştur. Akerlof makalesinde asimetrik bilginin piyasaları ne denli kötü etkilediği ve hangi sıklıkla görüldüğünü sosyal yaşam içerisinde örnekler vererek ortaya koymuştur. Akerlof'un bu makalesi ekonomi literatüründe çığır açan ve bilgi ekonomisi literatürüne de en önemli katkı sağlayan makalelerden birisi olarak görülmektedir (Löfgren vd., 2002: 197-198).

hizmetlerden ayrıldığı en temel özellikler maddeler halinde şöyle ifade edilebilir (Somunoğlu, 2012: 10):

- Sağlık hizmeti emek yoğun bir özellik göstermektedir.
- Sağlık hizmeti ikame edilememe ve ertelenememe özelliklerine sahiptir.
- Sağlık hizmetinde arz ve talep arasında eşitsizlik söz konusudur ve bilgi asimetrisi vardır.
- Sağlık hizmetinin uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç herhangi bir zaman diliminde ortaya çıkabilir ve hizmet stoklanamaz.

Sağlık hizmetleri meydana getirmiş oldukları pozitif dışsallıklar ve yetersiz sunum durumunda neden oldukları olumsuz dışsallıklar haricinde, hastalık talebinin ve risklerinin önceden belirlenmesinde yaşanan güçlükler, belirsizlik altında seçim gibi talep yönlü; piyasaya giriş sınırlamaları ve hizmet sunucularının azlığı gibi de arz yönlü niteliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri arzının tespit edilmesinde sorun yaratan bu özellikler aynı zamanda arzın optimal ölçekle gerçekleşmesini de engellemekte ve hem ulusal düzeyde hem de uluslararası düzeyde gerçekleşmektedir. Bu durum da sağlık malı üretim, finansman ve organizasyonunda güçlükler yaratmaktadır. Çözüm olarak her düzeyde sağlık risklerinin belirlenmesi, teknoloji, bilgi ve enformasyon ağlarının oluşturulması önerilmektedir. Bununla birlikte sağlık ile ilgili politikalar ve düzenlemeler tespit edilmeli, bahse konu politikalar ve düzenlemeler, sağlık ve sağlığa dair diğer sektörleri de kapsamalıdır (Mutlu, 2006: 58-59).

Niteliği itibariyle yarı kamusal özellik taşıyan hizmetin üretiminde devlet birinci derecede rol oynamaktadır. Bunun nedenleri ise Önerürk (1984: 24) tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

- Sağlık hizmetinin üretilmesi ve geliştirilmesi, yalnızca kişiler açısından değil toplumun tamamı açısından da önemlidir.
- Sağlık hizmetlerinin talebinin tespit edilmesi; bireylerin bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerinin kalitesi, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve benzeri nedenlerle oldukça güçtür. Devlet, vatandaşları ile ilgili elinde bulundurduğu bilgilerle sağlık hizmetlerine dair talebi daha iyi tahmin edilmektedir.

- Sağlık hizmetine olan talebi özel kesimin tek başına karşılaması güçtür.
- Özel kesim kârlılık düşüncesiyle hareket ettiği için sağlığa yapılacak yatırımlar belirli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- Sağlık hizmetinde bölünmezlik söz konusudur. Çoğu hastalık ülke düzeyinde çaba ve mücadeleyi gerektirmektedir.
- Piyasa büyüklüğü; hastane, poliklinik, dispanser ve laboratuvar gibi sağlık hizmeti üretimimin gerçekleştirildiği birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesine engel olmaktadır.

Açıklanan bu nedenler devletin sağlık hizmetlerinin sunumunda neden yer alması gerektiği göstermektedir. Hizmetin sunumunda birinci derecede yer alan devletin geleneksel görevlerini Aktan ve Işık (2006) şöyle sıralamıştır:

- Tam kamusal ve yarı kamusal¹⁰ malların üretimini gerçekleştirmek,
- Hizmete erişemeyen bireylerin taleplerini yerine getirmek amacıyla gerekli üretimi ve düzenlemeyi yapmak¹¹,
- Hizmetin üretilmesi için tahsis edilen kaynakları etkin ve verimli kullanmak,
- Sağlık göstergelerini¹² takip etme yoluyla toplumun ekonomik, sağlık ve sosyal göstergelerinin seviyesini tespit etmek, gözlemlemek, geliştirmek ve muhafaza etmek,
- Piyasa başarısızlıklarının ortadan kaldırılması amacıyla denetim fonksiyonunu uygulamak,
- Sağlık mal ve hizmetlerinin ülkedeki tüm kişi ve bölgeleri kapsayacak şekilde, adalet ve etkinlik unsurlarına uyarak gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Sağlık hizmetinin sunulmasında rol oynayan birey ve gruplara dair düzenlemeler ve çalışmalar yapmak.
- Sağlık hizmetini gerçekleştirecek unsurların ilgili faaliyetlerinin iyileştirilmesi yoluyla piyasadaki beşeri sermaye kalitesini ve miktarının yükseltmek,

¹⁰Tam kamusal mal ve hizmetlere, temel ve koruyucu sağlık hizmetleri; yarı kamusal mal ve hizmetlere ise rehabilitasyon ve tedavi edici hizmetler örnek olarak verilebilir (Aktan ve Işık, 2006).

¹¹Gönüllü aşılama ve sosyal hizmetler, temiz çevre koşulları, temiz su sağlanması ve benzeri (Aktan ve Işık, 2006).

¹²Ortalama yaşam beklentisi, doğumda ölüm oranları ve benzeri (Aktan ve Işık, 2006).

- Elde bulundurulan sınırlı kaynakların, toplumun birincil ihtiyaç duyduğu alanlara yönlendirmek,
- Kısmen veya tamamen sağlık harcamalarının finansmanını sağlamaktır.

Görüldüğü üzere devlet, sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetlerini finanse ederek, sağlık alanında meydana gelen gelişmeleri araştırarak, sağlık piyasalarını düzenleyerek ve sağlık hizmetleriyle ilgili kişilere gerekli bilgilendirmeyi sağlayarak çeşitli görevler üstlenmektedir (Baker, 2002: 73). Devlet sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesi için yapmış olduğu harcamalarla, bir yandan ekonomik kalkınmayı ve gelişmeyi sağlamakta, diğer yandan da sağlıklı bir toplum oluşturmaktadır. Yapılan bu harcamaların arzu edilen sonuçları verebilmesi için ise sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının artırılması gerekmektedir (Orhaner, 2006: 3).

3. SUNULUŞLARI BAKIMINDAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri sunuluş biçimlerine göre *birinci*, *ikinci* ve *üçüncü* basamak olmak üzere üçe ayrılmaktadır. *Birinci basamak sağlık hizmetleri*; sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında merkezi konumda yer almaktadır. Bu sağlık hizmetleri tam anlamıyla kişilerin çeşitli sebeplerle başvurmuş olduğu, sağlık şikayetlerini sunduğu, toplumun büyük bir bölümünün şikayetlerinin çözüme kavuşturulduğu, gerekli durumlarda ikinci ve üçüncü basamağa sevkini gerçekleştirdiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştirildiği sağlık kuruluşu ve bu kuruluşta üretilen sağlık hizmeti olarak ifade edilmektedir (Başer vd., 2015: 27).

Kaliteli bir sağlık sistemi oturtulmasının ilk gereği birinci basamak sağlık hizmetleri alt yapısının güçlü olmasıdır. Hizmetin özellikleri iki ana başlık altında toplanabilmektedir. İlk başlık ulusal düzeydeki politika öncelikleriyle bağlı bulunan ve ülkenin birinci basamak meyilli olmasını destekleyen yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında; insan gücü ve alt yapı olanaklarının dağılımı, finansman türü, hizmetlerin gerçekleştirildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu olan sağlık çalışanları bulunmaktadır. İkinci başlık ise birinci basamağın sistem özellikleri üzerine kurulu olan işlevsel özellikleridir. Bu özellikler; kapsayıcılık, ilk

başvuru, eşgüdüm ve sürekliliktir. Bahsedilen bu özellikler kısaca şu şekilde özetlenebilir (Öcek ve Soyer, 2007: 11-12):

- *İnsan gücü ve alt yapı dağılımı:* Kaynak dağılımı açısından sağlık sistemleri ikiye ayrılmaktadır. Birinci grupta, insan gücünün, hizmet alt yapısının ve diğer kaynakların adil ve dengeli dağılmasını öngören politikaların olduğu sağlık sistemleri yer almaktadır. Bu politikaların benimsenmesi beraberinde sağlık eşitliklerini meydana getirmektedir. İkinci grup ise eşit kaynak dağılımının benimsenmediği, kaynakların ödeme gücü yüksek olan ve kaynaklara gereksinimin en az olduğu bölgelere aktarıldığı ülkelerden oluşmaktadır. Böylesi bir durum toplumun belirli kesiminin kaynaklara gerektiği kadar ulaşamamasına diğer kesiminin ise gereğinden çok kaynak kullanmasına ve dolayısıyla sağlık eşitsizliğine sebep olmaktadır.
- *Finansman tipi:* Bir ülkenin sağlam bir birinci basamak sistemine sahip olması için, vergi ve cepten ödeme ile finansman özelliklerini barındırmaması gerekmektedir. Buna karşın bugün pek çok ülkede sigorta ve cepten ödeme uygulaması görülmektedir. Bunun sebebi bu finansman tiplerinde sağlık harcamalarının tüm yükünün vatandaşlara aktarılabilmesi ve işverenlerin bu yükten kurtulabilmesidir. Bu yüzden cepten ödeme yolu ile finansman, dengeli finansman ve yardımlaşma unsurlarına tamamen aykırıdır.
- *İlk başvuru:* Bireylerin meydana gelen sağlık sorunu nedeniyle ihtiyaç duydukları bakım hizmeti için sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları aşama ilk başvuru özelliği olarak ifade edilmektedir.
- *Kapsayıcılık:* Kapsayıcılık özelliğinin temel ilkesi, birinci basamağın hangi türde olursa olsun, toplumda sıklıkla meydana gelen sağlık sorunlarını tespit edebilecek ve bu sorunlarla mücadele edebilecek seviyede olmasıdır. Bu özellik değerlendirilirken sorunlarla mücadele edecek olan personelin eğitiminin ve sayısının, sorunların çözüme kavuşturulacağı kurumun olanaklarının ve donanımının yeterliliği sorgulanmaktadır. Örneğin; sevk oranının düşük olduğu kurumların kapsayıcılık özelliğinin yeterli olmaktadır. Tam tersi durumda ise kapsayıcılık özelliği yetersiz kalmaktadır.

- *Süreklilik:* Süreklilik özelliği, toplum açısından düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının var olmasını ve bu kaynağın kullanılmasını kapsarken hizmeti gerçekleştiren taraf açınsındansa toplumu tanıma, bu toplumun ihtiyaçlarını bilme ve bu ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığını gözlemleme düzeyini göstermektedir. İlk derece sağlık kurumlarının belirli bir bölgede yaşayan bireylere hizmet vermesi ve bu bireylere ait bilgileri elinde bulundurması sürekliliğin sağlanmasında anahtar rol oynamaktadır.
- *Eşgüdüm:* Bu özellik, birinci basamak ile sistemi oluşturan diğer parçalar arasında bilgi alışverişinin gerçekleşmesi olarak ifade edilir. Bu özelliğin sağlanabilmesi için üç unsurun var olması gerekmektedir. İlk unsur kapı tutuculuk¹³ uygulamasıdır. Diğer unsurlar ise yalnızca birinci basamakta değil ikinci ve üçüncü basamakta da olması gereken, hastalarla ilgili bilgilerin kayıt altına alınması ve bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının zorunlu tutulmasıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulsa da tüm ülkeler için sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Sağlık sistemlerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlıkta eşitsizliğin giderilmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi, DSÖ tarafından yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Starfield, 2009: 58). Bu hizmetlere ait alt yapının güçlü olduğu, insan gücü, finansman gibi kaynakların adil ve dengeli dağıldığı bir sağlık sistemini elinde bulunduran ülkelerde, toplumun sağlık problemleri daha hızlı ve kolay çözüme kavuşturulmaktadır. Bunun sonucunda toplumda sağlık eşitsizliklerine engel olunmaktadır (Başer vd., 2015: 27).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkan *ikinci basamak sağlık hizmetleri*, hastalıkların tespit edildiği ve tedavilerinin yapıldığı, genelde yataklı tedavi kurumlarının sunmuş oldukları hizmetler olarak tanımlanmaktadır. İkinci basamak hizmetlerini sunan hastanelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerini gerçekleştiren kurumlarda tanısı konulamayan, daha çok özel

¹³Kapı tutuculuk genel pratisyenlerin, ilgilendikleri hastaların sağlık sisteminin diğer basamaklarını kullanıp kullanmadıklarını denetlemesi olarak tanımlanmaktadır (Öcek ve Soyer, 2007: 17).

uzmanlık gerektiren hastalıkların tedavisi yapılmaktadır. Bahsedilen bu tedaviler daha çok uzmanlık ve teknolojik alt yapı gerektiren hizmetler olduğundan, bu hizmetlerin birinci basamak hizmetlere oranla daha maliyetli olacağını söylemek mümkündür (Loş, 2007: 40). İkinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlar ikinci basamak tedavi kuruluşu olarak adlandırılır. Bu kuruluşların en bilinenleri; araştırma ve eğitim hastanesi olmayan devlet hastaneleri, SSK ve özel dal hastaneleridir (Akdur, 1999: 19).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, yataklı tedavi hizmeti veren bir sağlık kuruluşunda tedavi edilemeyen, ikinci basamak hizmetlere göre daha fazla uzmanlık gerektiren hastalıkların tedavisinin gerçekleştirilmesi için kurulmuş olan sağlık kuruluşları tarafından yerine getiren hizmetler olarak ifade edilebilir. Bu kuruluşlara da onkoloji merkezleri, üniversite hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri gibi kuruluşlar örnek verilebilir (Loş, 2007: 41).

Türkiye’de sağlık sistemi yukarıda bahsedildiği üzere birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde örgütlenmiştir. Ancak, birinci basamakta çözüme kavuşturulabilecek birçok problem ikinci basamağa, ikinci basamakta çözüme kavuşturulabilecek problemler de üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına aktarılmaktadır. Kurumlarda aşırı ve gereksiz yığılmalar oluşmasına neden olan bu durum, bununla birlikte çalışanların verimliliğini düşürmekte ve hasta memnuniyetini ile hizmet kalitesini de azaltmaktadır (Demirbilek ve Çolak, 2008: 92).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRLERİ

Sağlık hizmetleri; sağlığın muhafaza edilmesiyle hastalıkların teşhis ve tedavisi için yapılan çalışmaların tümü olarak ifade edilebilir. Ancak sağlık hizmetleri yalnızca bu şekilde tanımlanarak net olarak anlaşılamamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri daha kolay anlaşılabilir olması adına; *koruyucu sağlık hizmetleri*, *tedavi edici sağlık hizmetleri* ve *rehabilitasyon hizmetleri* olmak üzere üç farklı şekilde açıklanmaktadır.

4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bulaşıcı hastalıkları meydana getiren mikroorganizmalar, yaşanan çevrede bol miktarda bulunmaktadır. Enfeksiyonlar, bireysel ve toplumsal koruma tedbirlerinin uygulanmadığı durumlarda kolay bir şekilde oluşmakta ve yayılma ortamı bulmaktadır. Bir hastalığın meydana geldikten sonra tedavi edilmesi, oluşturduğu zararın giderilmesi,

uzun süre gerektiren, yorucu ve maliyetli bir süreçtir. Uygulanan tedavi sonrasında elde edilecek sonuçlar açısından da bir kesinlik bulunmamaktadır. Bu nedenle, hastalık henüz meydana gelmeden önce gerek birey açısından gerekse çevre açısından koruyucu tedbirlerin alınması büyük önem arz etmektedir (MEB, 2015: 4).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların oluşmaması için gereken tedbirlerin alınması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, hastalık sırasında ve hastalıktan sonra hem hastaya hem de hasta yakınlarına gereken rehabilitasyon desteğinin sağlanması, toplumu hastalık ve sağlık konularında bilinçli hâle getirmek için gerekli eğitimlerin verilmesi gibi özellikler barındırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, oluşabilecek muhtemel hastalıkları ve problemleri tedaviden önce önlemeyi amaçlayan sağlık hizmetlerinin bütünüdür (Basan ve Bilir, 2016: 45).

Temel sağlık kavramı içerisinde en sık rastlanılan yaklaşım koruyucu sağlık hizmetleridir. Sağlık sektörünün ilgi alanı içerisinde yer alan koruyucu sağlık, bir takım riskli davranışlar gösteren ve bazı risk unsurlarını taşıyan bireyler ve topluluklarla ilgilenmektedir (Aydın, 2008: 18). Bu tür hizmetler çoğu zaman kamu kesimi tarafından gerçekleştirilmektedir. Piyasa tarafından hizmetlerin sunumu, pahalı ve bazen yetersiz olmaktadır. Aksine, ölçek ekonomisi gereği aynı mal veya hizmetlerin kamu kesimince üretilmesi çevreyi ve bireyi mikropplardan ve zararlılardan arındırmak çok daha ucuz ve güvenlidir. Çevre sağlığı, etkinlik açısından kamusal bir hizmettir ve birim maliyeti kamusal üretim tekniğinde özel üretime kıyasla çok daha düşüktür. Koruyucu hizmetlerde gerekli bir en az üretim sağlanınca, hizmet talebinin gelir artışına esnekliği azalır; bu sayede bulaşıcılardan korunmanın bütçe içerisindeki payında da bir azalma meydana gelir (Bulutoğlu, 2008: 269).

Koruyucu hizmetlerin, sağlık hizmetleri içerisinde diğer hizmetlere göre daha ağırlıklı olmasının gerekliliği, korumanın tedaviden her zaman için çok daha etkili ve düşük maliyetli olmasıdır (Somunoğlu, 2012: 11). Gerçekten bir hastalık meydana gelmeden önce alınacak tedbirler birey ve toplum sağlığının korunması açısından da önem arz etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve insana yönelik olmak üzere kendi içerisinde iki bölümde incelenebilmektedir.

4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin yaşam alanı içerisinde olan ve onun sağlığını kötü etkileyen etmenleri ortadan kaldırmakta ve insanların bu olumsuzluklardan etkilenmesini önleyerek yaşam alanlarını olumlu hale getirmektedir. Bu hizmetlerin bazıları şu şekilde ifade edilebilir (Akdur, 1999: 5):

- Birey ve toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde temiz su sağlanması,
- Sağlığa zararlı tüm atıkların imha edilmesi,
- Böcek ve haşerelerle savaşılmaması,
- İş sağlığının gerçekleştirilmesi,
- Hava kirliliğinin kontrol altında tutulması,
- Gürültü ve radyasyonla mücadele edilmesidir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm faydası kamusal niteliktedir. Bireylerin içerisinde bulunduğu ortamda hastalık bulaşma ihtimalinin azalması, rekabete gerek kalmaksızın ortak bir fayda yaratmaktadır. Hizmetin ifade edilen bu özelliği, daha çok kamu ekonomisi tarafından sunulması sonucunu meydana getirmektedir (Bulutoğlu, 2008: 270).

4.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri dolayısıyla da bu kişilerden meydana gelen toplumu hastalık etmenlerine karşı güçlü hale getirmeyi ve dirençli kılmayı, hastalanmaları veya yaralanmaları halindeyse olabildiğince çabuk şekilde tanı konularak, gerekli tedavi ile hasarsız yahut en az hasarla eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlayan hizmetler insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Hizmetin başlıcaları şu şekilde açıklanabilir (Akdur, 1999: 6):

- Bağışıklık kazanma (Aşılama),
- Erken tanı ve gerekli tedavi,
- İlaç yoluyla koruma,
- Doğru aile planlaması,
- Dengeli ve iyi beslenme,

- Sağlık bilinci ve eğitimi.¹⁴

4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Günlük yaşantıda bireyler çeşitli kazalarla, yaralanmalarla ve hastalıklarla karşılaşmakta ve bu durum kişinin sağlık bütünlüğünün bozulmasına sebep olmaktadır. Meydana gelen bu olumsuz durumlar sonucunda görülen sağlık bütünlüğündeki bozulmalar ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sakatlık ve hastalık halinin tedavi edilmesi ile hastalık etkenlerinin ortadan kaldırılması amacına yönelik olarak gerçekleştirilen hizmetler, tedavi edici sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetlerin uygun teknolojik araç ve gereçlerin kullanılmasıyla uzmanlar eşliğinde ve ekip çalışması içerisinde yürütülmesi gerekmektedir. Tedavi hizmetlerine dair ortaya konan önemli başka bir husus ise koruyucu hizmetlerle kıyaslandığında bu hizmetlerin daha yüksek maliyet içermesi ve belirli bir organizasyon gerektirmesidir (Somunoğlu, 2012: 12). Bireylerin tedavi edici sağlık hizmeti kullanımlarını belirleyen birtakım faktörler bulunmaktadır. Anderson vd. (1975) bu temel faktörleri şu şekilde sıralamıştır (Dinçer vd., 1994: 116):

- Bireysel (Predisposing) Faktörler,
- Kolaylaştırıcı (Enabling) Faktörler,
- Gereksinim Faktörleri.

Bireysel ve çevresel özellikler; kişinin hizmet arama için karar almasını ve aldığı hizmetin miktarını etkilemektedir. Bazı bireyler diğer bireylere oranla görece daha fazla hizmet tüketmeye meyillidir. Bu eğilim bir hastalığın ortaya çıkmasından önce mevcut bulunan *bireysel özellikler* yoluyla belirlenmektedir. Bireysel unsurlar, kişinin iktisadi,

¹⁴*Bağışıklama hizmetleri*; çocukları, bebekleri veya yetişkinleri enfeksiyona maruz kalma riskinin en üst seviyede olduğu dönemden önce aşılacak bu hastalıklara maruz kalmalarını önlemek amacıyla üretilen önemli bir temel sağlık hizmetidir. *Hastalıkların erken teşhisi ve uygun tedavi* hayat kurtarabildiği gibi, hastalığın bulaşıcılığının önlenmesinde de önemli rol oynamaktadır. Bilindiği üzere her hastalığın aşısı yoktur. Bazı hastalıklarda ilaç kullanımı önlem olarak görülebilir. Hastalık teşhisi konulduktan sonra koruyucu olarak ilaç kullanımına başlanması hastalığın bulaşıcılığını azaltacaktır. *İyi beslenme* tüm besin öğelerinden yeterli miktarda ve uygun zamanda alınması ile olur. Burada önemli olan hastalığa yakalanmadan önce iyi beslenmek ve bağışıklık sistemini kuvvetli tutmaktır. *Sağlık eğitimi ve doğru aile planlaması*; bir toplumun bireylerine sağlıklı yaşam için uygulanması gereken tedbirleri benimsetip, uygulamak, kişilerin sağlık kuruluşlarından verimli bir şekilde faydalanmalarını sağlamak, sağlıklarını daha iyi hale getirmek adına insanları ikna etmek hedefiyle gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır. Bu eğitimler bireylerin bilinçlenmesi ve bu sayede hastalıkların oluşumu ve yayılmasının önlenmesi adına çok önemlidir (MEB, 2015: 3-4).

toplumsal ve kişilik-davranış özelliklerini içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetini kullanmaya meyilli olan bireylerin hizmetten yararlanmaları için bazı şartların yerine gelmiş olması gerekmektedir. Bireyin hizmete ulaşması ve bu hizmetten tatmin olmasına imkân veren araçlara *kolaylaştırıcı etmenler* denilmektedir. Kolaylaştırıcı etmenler bireyin ailevi özellikleri, sigorta durumu, bulunduğu toplumun özellikleri gibi faktörleri kapsamaktadır. Bireyin tıbbi bakımdan duyduğu ihtiyaçlara ise *gereksinme etmenleri* adı verilmektedir. Hastalığın fark edilmesi, yani hizmet gereksinmesinin ortaya çıkması, tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımını meydana getiren temel uyarandır (Dinçer vd., 1994: 117). Tablo 2.1’de bu etmenler detaylı bir şekilde gösterilmektedir.

Tablo 2.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Etmenler

Hazırlayıcı Etmenler	Kolaylaştırıcı Etmenler	Hastalık Durumu ve Derecesi
a. Demografik Özellikler - Yaş - Cinsiyet - Irk - Hane halkı sayısı - Medeni durum - Hizmet kullanımıyla ilgili geçmiş deneyimler - Komşuluk ilişkileri b. Toplumsal-Ekonomik Özellikler - Eğitim düzeyi - Meslek - Gelir - Toplumsal sınıf - İstihdam durumu - Etnik köken - Dinsel köken c. Tutum ve Davranış - Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi - Koruyucu hizmetlerin kullanımıyla alakalı tutumlar - Sağlık hizmetinin değeri - Hastalık bilgisi - Tepki eşiği - Tıbbi bakımdan tatmin - Sigorta planından tatmin	a. Aile - Ailenin toplam geliri - Sigorta durumu - Düzenli bakım - Başvuru süresi - Ulaşım süresi - Kuyrukta bekleme süresi - Özel muayene olanağı b. Kamusal Özellikler - İkamet - Bölge - Nüfus hizmet kullanım oranı - Yatak başına düşen nüfus - Hizmetin sürekliliği - Hizmetin ulaşılabilirliği - Ekonomik sistem	a. Hastalık Derecesi-Algılanan - Sakatlık süresi - Semptomlar - Algılanan sağlık düzeyi - Sağlıkla ilgili endişeler - Ağrı-sızının yoğunluğu b. Hastalık-Değerlendirilen - Tanı - Semptomlar

Kaynak: Dinçer vd., 1994: 118.

Tablo 2.1’e göre tedavi edici sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler; hazırlayıcı etmenler, kolaylaştırıcı etmenler ve hastalık durumu ve derecesi olarak üç gruba ayrılmaktadır. Bunlardan ilki olan hazırlayıcı etmenler bireysel ve toplumsal

özellikler ile bireyler ve toplumların tutum ve davranışlarından oluşmaktadır. İkinci faktör kolaylaştırıcı etmenlerdir. Bu grupta aileler ve kamunun genel özellikleri yer almaktadır. Üçüncü ve son faktör ise hastalık durumu ve derecesidir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımında algılanan ve tespit edilen hastalık durumu ile bu hastalığın seviyesi önem arz etmektedir.

4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon; doğuştan veya ilerleyen süreçte meydana gelen kaza, hastalık veya yaralanma nedeniyle bazı yeteneklerini yitirmiş bireyi fiziksel, zihinsel, sosyal ve mesleki yönlerden en iyi düzeye ulaştırma çabasıdır. Aynı zamanda kişinin kendisine, ailesine, çevresine daha faydalı olmasını sağlamayı hedefleyen, kalıcı rahatsızlıkların sonuçlarını minimuma indirmek amacıyla gerçekleştirilen tedavi edici bir çalışma uğraşdır (Akdemir ve Akkuş, 2006: 85).

Rehabilitasyon hizmetleri ise toplumda ortaya çıkması muhtemel olan ve tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuyla giderilemeyen travmatik durumların meydana getirdiği hasarların giderilmesi işlevini gören sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu tür hizmetlerin genel amacı fiziksel veya psikolojik olarak zarara uğrayan bireyin yeniden toplum içerisindeki hayatına geri döndürülebilmesini sağlamaktır (Ünal, 2013: 94). Tıbbi ve sosyal olmak üzere rehabilitasyon hizmetleri (örneğin; savaş, deprem gibi durumlarda) ikiye ayrılmaktadır (Akdur, 2006: 15):

- Hastalık veya kaza sonrasında normal fonksiyonlarını kısmen kaybeden organın, çeşitli fizik tedavi egzersizleri gibi medikal yöntemlerle eski haline getirilmesi veya tamamen işlevsiz hale gelen organın yerine, ortez-protez yapılması yoluyla bireye kaybedilen o organın işlevini eskisi kadar olmasa da kazandırma türünden gerçekleştirilen hizmetler *tıbbi rehabilitasyon* hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Hizmetin genel amacı bireylerin, tam kapasite ile olmasa da günlük hayatlarına devam edebilmeleri olanağının sağlanmasıdır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri yalnızca sağlık personelleri tarafından sunulmaktadır.
- Fiziksel veya psikolojik olarak zarar görmüş kişilerin yeniden topluma kazandırılabilmesi, bu kişilerin durumlarına uygun bir iş sahibi olmalarına bağlıdır. Benzer şekilde, önceden sağlıklı yerinde olan kişilerin daha sonra

meydana gelen herhangi bir kaza veya hastalık neticesinde engelli hale gelmeleri durumunda yine kişilere yapabilecekleri uygun bir uğraşın verilmesi gerekmektedir. Hiç çalışamayacak derecede olan kişilere ise uygun bir kurumda bakılma gereksinimi doğmaktadır. Kişilerin tüm bu hizmetler yoluyla sosyal hayata yeniden kazandırılmaları *sosyal rehabilitasyon* olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon sağlık personelleri tarafından sunulmakta iken bu sürecin tamamlayıcısı olan sosyal rehabilitasyon ise toplumsal kurum ve kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Sürecin düzgün bir şekilde işleyişinin sağlanabilmesi adına bu tür kurum ve kuruluşların sürece katılmaları büyük önem arz etmektedir.

5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetleri taşıdığı olduğu birçok özellik yönünden stratejik öneme sahip bir hizmet türüdür. Ülkelerde nüfusun ve sağlık bilincinin artması sağlık hizmetine olan talebi artırmaktadır. Bunun sonucunda sağlık hizmetinin sürekli olarak düzenli ve yeterli bir şekilde finanse edilmesi ihtiyacı doğmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalitede sunulabilmesi için bu hizmete ayrılan kaynağın da etkin bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda yeterli finansmanın sağlanması hizmetin erişilebilirliği açısından da önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitli yöntemler bulunmakta ve bu yöntemler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu farklılıkla şu şekilde ele alınmaktadır (Tatar, 2011: 109-112):

- *Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Seviyesi:* Ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesinin birincil göstergesi arasında kişi başına düşen milli gelir gelmektedir. Bunu sırasıyla; ülkenin kaynaklarını etkin bir şekilde kullanabilme gücü, gelir düzeyi, hane halklarının sağlık hizmetlerini finanse etme kapasitesi takip etmektedir. Bu sebeple, uygulanacak olan finansman yönteminin ülkenin iktisadi durumu ile paralel olması, finansman yönteminin sürdürülebilirliği için bir ön koşulu olmaktadır.
- *Mali Kabiliyet:* Sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi ile yakın bir ilişkisi bulunan mali kabiliyet, planlanan sağlık harcaması düzeyine erişebilmede

kaynakları etkileşime geçirebilme gücü olarak ifade edilebilir. Ülkenin mali kapasitesinin tespit edilmesinde en önemli göstergelerden biri gelişmişlik seviyesidir. Örneğin Schneider (2003); Tayland, Filipinler, Mısır ve Meksika’da kayıt dışı ekonominin GSYH’in büyük bir kısmını oluşturduğu, ABD ve Japonya’da ise bu oranın yalnızca %10 seviyelerinde olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda birinci grupta sayılan ülkelerde hem sosyal sigorta hem de vergi sistemlerinin uygulamaya konulması sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlar göz önünde tutulmalıdır.

- *Uygulanabilirlik:* Sağlık hizmetinin finansmanında hangi yöntem seçilirse seçilsin hizmet için gerekli kaynağın yaratılması ve bu kaynakların harcanması en önemli iki faktör olarak göze çarpmaktadır. Sistemin düzgün bir şekilde işleyişinin sağlanması için gereken yönetsel kapasite, seçilen finansman modelinin toplum tarafından ne kadar benimseneceği gibi konular mutlaka dikkate alınmalıdır.
- *Verimlilik:* Seçilen her finansman yönteminin kendine özgü bir maliyeti bulunmaktadır. Uygulanan yöntemin maliyeti, sahip olunan gelirler arasında planlanandan fazla bir yer kaplıyorsa, bu durumda yöntemin verimlilik bakımından incelenmesi gerekecektir.
- *Hakkaniyet:* Sağlık hizmetlerinin finansmanı için seçilecek olan yöntem belirlenirken dikkate alınması gereken önemli konulardan bir diğeri ise ödeme yükünün toplumda hangi kesim tarafından ağırlıklı olarak üstlenileceğidir. Uygulanan bazı finansman yöntemleri nüfusun bilhassa gelir seviyesi düşük ve/veya görece sağlık durumu daha kötü alt gruplarına negatif yönde etki edebilir. Bu yüzden uygulanacak finansman modelinin bu gruplar üzerinde yaratacağı etki, analiz edilmelidir.
- *Hizmete Olan Talep ve Talep Sahibi Tüketicinin Davranışı:* Hizmet finansmanında uygulanacak model, kullanılan hizmetin türünde ve miktarında önemli etkiler yaratabilir. Bazı yöntemler hizmet sağlayıcılarını daha fazla hizmet sunmaya yönlendirirken bazıları ise bireylerin daha fazla hizmet talep etmesi sonucunu doğurabilir. Oluşabilecek gereksiz talep hizmette gereksiz yığılmaya neden olmakta, hizmet sunucuları açısından verimsizlik ve kalite

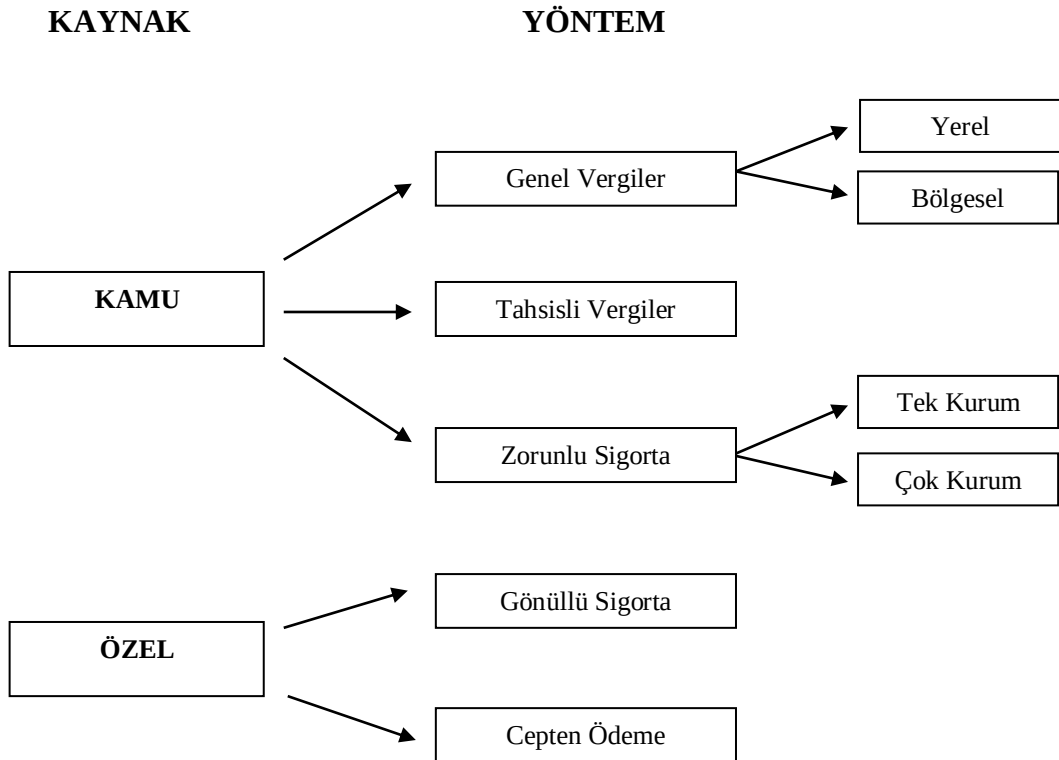
düşmekte; hizmet talep edenler ise hizmete yeterli düzeyde erişememektedir. Örneğin sigorta, kamu veya özel kaynaklı olması fark etmeksizin, bireylerin sağlık hizmetleri tüketimini yükselten bir finansman modelidir.

- *Hizmet Arzı ve Hizmet Sunucusu Davranışı:* Sağlık hizmetlerinin sunumunda seçilen finansman modeli hizmeti gerçekleştirecek olan kişilerin ya da kurumların davranışları üzerinde doğrudan etki yaratabilir. Özellikle, seçilen finansman yönteminde hizmet sunucusuna hizmetin türüne göre ne kadar geri ödeme gerçekleştirileceğinin belirtilmesi, hizmet sağlayıcısını daha az ve/veya fazla hizmet sunmaya yönlendirebilir.

Bu nedenle bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi tespit edilirken dikkate alınması gereken en temel husus olup seçilecek olan herhangi bir yönetim farklı sonuçları doğurmasıdır.

5.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri çeşitli ayrımlara tabi tutulmaktadır. Bu ayrım şekil 2.1’de gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Finansman Yöntemleri

Kaynak: Tatar, 2011: 111.

Şekil 2.1’de ortaya konduğu üzere sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları ilk olarak kamu ve özel olarak iki ana dala ayrılmaktadır. Daha sonra bu ana dallar da kendi içlerinde farklı dallara bölünmektedir. Takip eden kısımlarda bu yöntemler ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

5.1.1. Doğrudan Finansman (Cepten Ödemeler)

Kişilerin sağlık hizmetlerini kullanmak amacıyla doğrudan cepten ödeyerek yapmış oldukları bütün harcamalar doğrudan finansman olarak tanımlanmaktadır. Bu finansman türü, bireylere hastalık riski açısından bir finansal koruma sağlamamaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90). Doğrudan finansmanı destekleyenler, bu ödemelerin hem aşırı talebi engellemekte birincil derecede rol oynadığını hem de ek bir kaynak oluşturacağını öne sürmektedir. Doğrudan finansmanı desteklemeyenlerin temel görüşü ise bu finansman türünden yalnızca ekonomik gücü olan kimselerin yararlanabileceğidir. Kişinin gelirinden bağımsız olan cepten yapılan ödemeler, hem adalet hem de hastalık riskinden koruma açısından en negatif sonuçlara sebep olan finansman modeli olarak ifade edilmektedir (Tatar, 2011: 114).

Cepten ödemeler; kullanıcı katkısı, doğrudan ödeme ve gayri resmi ödeme olmak üzere üç ayrı şekilde incelenebilir. *Doğrudan ödemeler*, sosyal güvence kapsamının içinde bulunmayan hizmetler için ya da bekleme süresinin uzun olması nedeniyle hizmete ulaşımın güçleştiği durumlarda yapılan ödemeleri ifade etmektedir. Genellikle laboratuvarlar ve dişçiler gibi özel sektör hizmet sağlayıcılarına yapılmaktadır. *Kullanıcı katkıları*, 1970’li yıllarda sağlık harcamalarında yaşanan ani artış ve küresel ölçekte meydana gelen makroekonomik daralma sonucunda ek kaynak yaratma ihtiyacından dolayı doğmuştur. O dönemde ek kaynak olarak; sağlığın özel sektöre açılması, mevcut kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması ile kamu hizmetlerinden kullanıcı katkıları alınması ileri sürülmüştür. Kullanıcı katkıları yoluyla elde edilecek olan ek gelirin, gelir düzeyi toplumun diğer kesimine oranla daha düşük olan vatandaşların desteklenmesi ya da finansman sistemindeki adaletsizliğin minimuma indirilmesi için kullanılması düşünülmüştür. *Resmi olmayan ödemeler* ise tedavi sonucunda “teşekkür hediyeleri” ya da tedavi öncesinde doktorlara para veya hediye olarak yapılan ödemeleri ifade etmektedir. Bunun temel nedeni hizmeti yerine getirenleri etkileme arzusudur (İstanbuluoğlu vd., 2010: 91-92).

5.1.2. Özel Sağlık Sigortası

Sağlıkta sigortacılık, kamu kesimi ve/veya özel sağlık sigorta kuruluşları aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Kamu kesimi tarafından uygulanan sigortaya katılım zorunluyken özel sağlık sigortalarına katılımda ise gönüllülük esası aranmaktadır (Türkiye Sigorta Birliği, 2014: 4).

Özel sağlık sigortası, bu sigortayı satın alanların sigorta süresi içerisinde sağlık hallerini bozacak bir kaza geçirmeleri veya hastalanmaları durumunda tedavileri için ihtiyaç duyulan hizmetin masraflarını, sigorta koşulları mukabilinde, poliçede yazılı tutara kadar ödemeyi gerçekleştiren sigorta çeşididir (Tunç ve Kıyak, 2015: 409).

Özel sağlık sigortaları günümüzde; fonksiyonlarına, desteklerin belirlenmesine, primlerin hesaplanma yöntemlerine ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre değişiklik göstermektedir. Fonksiyonları bakımından özel sağlık sigortalarının üç türü mevcuttur. (Mossialos ve Dixon, 2012: 19):

- Bunlardan ilki, zorunlu sağlık sigortası ile aynı işlevleri üstlenen “ikame edici özel sağlık sigortası”dır.
- İkincisi, zorunlu sağlık sigortasına ek olarak bazı avantajlardan yararlanmak adına alınan “destekleyici özel sağlık sigortası”dır.
- Sonuncusu ise, zorunlu sağlık sigortası ile beraber görülen “tamamlayıcı özel sağlık sigortası”dır.

Primlerin belirlenme biçimleri bakımından; kişiye bağlı, gruba bağlı ve toplumsal riske bağlı özel sağlık sigortaları bulunmaktadır. Sigorta şirketleri statü bakımından ise, kar amaçlı güdenler ve gütmeyenler olarak ayrılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2012: 19-20).

Kamu sağlık sigortasıyla aynı statüde bulunan *ikame edici özel sağlık sigortası*, temel teminat paketleri yoluyla sağlık risklerinin üstlenildiği özel sağlık sigortası türüdür. Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin bazılarında katılımın zorunlu olduğu sağlık sigortası sistemi dışında bırakılan kişiler ya da istedikleri zaman zorunlu sağlık sigortası sisteminden çıkabilen kişiler için uygulanmaktadır. Bu sigorta sistemi zorunlu kamu sağlık sigortasına bir alternatif mahiyetinde satın alınmaktadır. Bu tür bir teminat paketi satın alan bireyler bu paket ile ilişkili vergi ya da primlerden kısmen muaf olmayı arzu

etmektedirler. *Destekleyici özel sağlık sigortasında* ise amaç, tüketicinin seçim alternatiflerini artırmak ve daha lüks hizmet erişimi sağlamaktır. Özel doktora muayene olma, devlet hastanelerinde özel odalarda yatma veya özel hastanelerde tedavi olma gibi olanaklar sunmaktadır (Türkiye Sigorta Birliği, 2014: 5-6).

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası, zorunlu sigorta sistemi tarafından dışarıda bırakılan bireylerin alacakları hizmetlerin bir kısmını veya tamamını içeriğinde barındıran sigorta türüdür (Mossialos ve Thomson, 2004: 13). Tamamlayıcı özel sağlık sigortası, sağlık hizmetini tüketen bireyin katlandığı harcama risklerini, teminat kapsamında bazı paketlerle üstlenen bir sağlık sigortası çeşidi olarak tanımlanmaktadır (Özer vd., 2014). Bu kapsamda tamamlayıcı özel sağlık sigortaları (Türkiye Sigorta Birliği, 2004: 6):

- Kamu kesiminin sağlamış olduğu teminat paketi kapsamının dışında kalan hastalık tespit ve tedavi maliyetlerini,
- Kamu sağlık sigortası tarafından karşılanan hastalık tespit ve tedavi maliyetlerine ek olarak meydana gelen maliyetleri,
- Kamu sağlık sigortasına dâhil olma paylarını içermektedir.

Tamamlayıcı özel sağlık sigortasının birtakım etkilerinden söz etmek mümkündür. Bu etkilerden ilki “*artan erişilebilirlik*”tir. Sigortalara katılım bedelinin yüksek olması gelir seviyesi görece düşük olan bireylerin sağlık hizmetine ulaşımını azaltmakta ve bu da sağlık hizmetlerinin adil ve eşit olmayan kullanımına yol açmaktadır. Tamamlayıcı özel sağlık sigortasının yaygınlaşması ve geliri düşük olan kişilerin bu sigortayı satın alabilmelerinin sağlanmasıyla eşitsizlik azalmaktadır. Bir diğer etkisi “*sağlık hizmeti kullanımını yükseltmesi*” olan tamamlayıcı özel sağlık sigortası, tedavi ve ilaç maliyetleri kısmında uygulandığında bireyler sağlık hizmetlerinin marjinal maliyetlerinin düştüğünü anlamakta ve böylece hizmeti daha fazla tüketme eğilimde olmaktadır (Özer vd., 2014). Pratikte özel sağlık sigortası taşımış olduğu özellikler bakımından bazı avantajlara ve dezavantajlara sahiptir. Bu sigorta sisteminin avantajları Maynard ve Dixon (2002: 111) tarafından şu şekilde ortaya konmuştur:

- Geliri toplumun diğer kesimine oranla daha fazla olan kişilerin özel sağlık sigortasını seçmelerinin önünü açarak, kamu kaynaklarının özel sağlık

sigortasına erişim imkânı olmayan düşük gelirli ve dezavantajlı gruplar için harcanmasına olanak sağlaması,

- Toplumun tüm kesiminin faydalanabileceği sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması,
- Yaratmış olduğu yenilikler ve artırdığı verimlilik sayesinde kamu sektörünü reforma teşvik etmesi ve tüketicilerin tercihlerini artırması.

Özel sağlık sigortasının birtakım dezavantajları da bulunmaktadır. Bu gerekçeler şu şekilde sıralanabilir (Tatar, 2011: 114-115):

- Bu sigorta şekli taşımış olduğu birçok özelliikle tıpkı cepten ödemeler gibi bir sağlık sistemi finansmanında tercih edilmemesi gereken finansman yöntemlerinden birisidir. Özel sağlık sigortasında kişilerin ödeyecekleri prim önemli derecede sağlık statüleri veya sağlık riskleri ile ilişkilendirilmektedir. Örneğin; sigara, alkol ve bunun gibi madde kullananlar diğer kişilere oranla daha fazla prim ödemektedir. Böyle bir durum, sağlık finansman sisteminin önemli bir özelliği olarak görülen sağlık durumu pozitif olandan negatif olana doğru izlenen finansman akışının tersine uygulandığını ortaya koymaktadır.
- Bu finansman türünün kullanılmamasına gerekçe olarak gösterilen bir diğer özellik ise ters seçimdir. Bir özel sağlık sigortası şirketinin varlığını sürdürebilmesi için hastalık riski yüksek olan bireylerden daha yüksek prim alması gerekmektedir. Bu uygulamayla sigorta primleri aşırı yükseleceği için iyi bir sağlık statüsüne sahip olan veya hastalık riski düşük olan bireyler bu yüksek primi ödemeyi istememekte ve bunun sonucunda da sigorta havuzu yüksek oranda hastalık riski fazla bireylerden oluşmaktadır. Böylelikle sigorta kurumunun gelir gider dengesi bozulmakta olacak ve sigorta finansmanın sürdürülebilirliği olumsuz etkilenmektedir.

Tüm bu sayılan dezavantajlar nedeniyle özel sağlık sigortası da cepten ödemelerde olduğu gibi, bir sağlık sisteminin finansmanında doğrudan tercih edilen bir yöntem değildir. Bu yöntem sosyal sigorta veya vergilere dayalı finansmanı desteklemekte ya da tamamlamaktadır (Tatar, 2011: 115).

5.1.3. Sosyal Sigorta Sistemi

Sağlık hizmetlerine sosyal sağlık sigortası yoluyla fon sağlama ilk olarak 19. yy'da Bismarck (1883) tarafından Almanya'da uygulanmıştır. Genel kabul görmüş bir tanımlaması olmayan bu finansman yönteminin karakteristik iki özelliğinden söz etmek mümkündür. İlki sosyal sağlık sigortasından yararlanan insanlar düzenli ve genellikle ücret bazlı bir katkı payı ödemektedir¹⁵. İkinci olarak da; sistem genellikle bağımsız veya yarı bağımsız kurumlar tarafından yönetilmektedir (Normand ve Busse, 2002: 61).

Devletin sağlık alanındaki toplumsal endişelerini net bir şekilde ortaya koyması, çalışanların ve ailelerin beklentilerine yanıt vermesi sebebiyle sosyal sağlık sigortasının benimsenmesi hızla artış göstermiştir. Sistem ilk olarak 1883 yılında Almanya'da uygulanmış, Almanya'nın ardından 1910 yılında İngiltere, 1921 yılında da Fransa uygulamaya başlamıştır (İstanbuluoğlu Güleç ve Oğur, 2010: 92). Uygulanışı bakımında ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilen modelin karakteristik olmasa da sık sık bahsedilen genel kabul görmüş bazı özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Normand ve Busse, 2002: 62-63):

- *Sosyal sağlık sigortası, toplumun çoğunluğu için veya tüm nüfus için zorunludur:* Sosyal sağlık sigortası uygulaması ilk olarak şehirlerdeki büyük firmaların çalışanlarına yönelik olmuştur. Zaman içerisinde, kapsama alanı küçük firmaları, serbest meslek sahiplerini ve çiftçileri kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Günümüzde ise tipik olarak çoğu insan veya tüm nüfus için zorunlu hale getirilmiştir. Ancak Hollanda gibi bazı ülkelerde yüksek gelir elde edenler sosyal sağlık sigortası dışında bırakılmakta veya Almanya gibi bazı ülkelerde özel sigorta yolunu seçmelerine izin verilmektedir.

¹⁵Sosyal sigorta sisteminde ifade edildiği üzere, sigorta kapsamında bireylerden belirli miktarda bir katkı payı alınmaktadır. Bireyler ödemiş oldukları bu katkı paylarının karşılığında, birtakım hizmetlerden ücretsiz veya düşük ücretle faydalanabilmektedir. Bu özellik kamu gelirleri açısından düşünüldüğünde ise bireylerin ödemiş oldukları bu katkı payları parafiskal gelirler kapsamına dâhil olmaktadır.

Edizdoğan, Çetinkaya ve Gümüş (2013: 345) parafiskal gelirleri; belirli bir amaca hizmet etmek ve yükümlülerin çıkarları doğrultusunda kullanılmak üzere kamu veya yarı kamu kuruluşlarınca karşılık ilkesine göre alınan, devlet bütçesi dışındaki bütçeyle gösterilen zorunlu ödemeler olarak ifade etmişlerdir. Parafiskal gelirler; ödeme karşılığı fayda sağlanması, yararlanma ve ödeme gücü ilkesi uygulanması, diğer kamu gelirlerinden farklı olması, genel bütçe dışında yer almaları gibi bazı özelliklere sahiptirler.

- *Seçimli veya seçimsiz ve risk havuzuna dâhil olan veya olmayan birkaç sosyal sağlık sigortası fonu vardır:* Bazı ülkelerde birden fazla sigorta fonu olmasına rağmen kişilerin tercih edebilecekleri çok az seçenek vardır. Çünkü insanlar coğrafi konumlarına ve mesleklerine göre seçim yapma hakkına sahiptir. Bazı ülkelerde ise fonlar arasında seçimler mevcuttur. Ancak hizmete erişim konusunda seçilen fonlarda eēitsizlikler vardır. Bu sebeple dört farklı fondan söz edilebilir. Bunlar: Bir ülkenin tüm nüfusu için tek bir fon, ülke içinde coğrafi olarak farklı nüfuslara hizmet sağlayan ay bir fon, aynı coğrafi bölgedeki nüfusa hizmet veren ancak sigorta için rekabet etmeyen fon ve rekabetin olduğu fondur.
- *Çalışmayan insanlar adına devlet veya özel fonlar aracılığıyla yapılan katkılar sosyal sağlık sigortası fonları aracılığıyla yönlendirilir:* Herhangi bir sosyal sağlık sigortası sisteminde, bazı insanlar sisteme doğrudan katkı sağlayamamakta ve devlet desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bu insanlar için fon sağlanması sosyal sağlık sigortası sistemi aracılığıyla gerçekleştirilir. Ancak bu hastalık risk havuzunun boyutunu da artırabilmektedir.
- *Hem işverenler hem de çalışanlar fon yönetimi için katkı payı  der ve sorumluluk paylaşılır:* İşverenler sosyal sağlık sigortasına önemli ölçüde katkıda bulundukları için sistem üzerinde kontrol yetkisine ve sorumluluğa sahip olmaktadır.

5.1.4. Vergilerle Finansman

Dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanı için başvurulan en sık yöntem cepten ödemelerdir. Buna ek olarak ise finansman yöntemleri arasında sosyal sigorta, özel sigorta ve vergilerle finansman da bulunmaktadır. Bu üç finansman yönteminin içerisinde vergilerle finansman en yaygın olandır ve hemen hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır. Vergilere dayalı finansman, 191 DSÖ  ye ülkesinin 106'sında sağlık hizmetlerinin finansmanı için ana kaynak durumundadır (Savedoff, 2004: 2).

Sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı finansmanı vergi kaynakları, vergilerin toplanma seviyeleri ve vergi türleri bakımından farklılık göstererek heterojen bir yapıya bürünmektedir. Kaynakları açısından dolaysız ve dolaylı vergilerle finansman; toplanma seviyeleri açısından ulusal ve yerel vergilerle finansman; türleri açısından ise genel

amaçlı ve özel amaçlı vergilerle finansman olarak farklılaşan bu yapı uygulamaları açısından da ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 14).

Kaynakları bakımından vergiler dolaylı ve dolaysız vergiler olarak ikiye ayrılmaktadır. Dolaysız vergiler¹⁶ yansıtılması son derece zor olan, mükellefi ve ödeme zamanı belli ve vergi kaçırma olanağı mümkün olan vergilerdir. Dolaylı vergiler¹⁷ ise yansıtılması dolaysız vergilere göre çok daha kolay olan, yükümlüsü net olarak belli olmayan, tahsil edileceği zaman ve tahsil edilecek tutarının kestirilemediği vergiler olarak ifade edilebilir (Ay ve Talaşlı, 2008: 137). Uygulama açısından bakıldığında İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle dolaysız vergiler ile yapılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 14).

Toplanma seviyeleri açısından vergiler; ulusal ve yerel vergiler olarak ortaya çıkmaktadır. Arnavutluk, Yunanistan, Portekiz ve İspanya’da ulusal vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanı için ana gelir kaynağıdır. Vergileri ulusal düzeyde toplamının avantajları yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır. Yerel vergilendirme ise vergilerin genel olarak belirli bir coğrafi alana göre uygulanmasıdır. İsveç, Danimarka Bulgaristan, Norveç, Finlandiya ve 2000’den bu yana İtalya’da bölgesel ve yerel vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanı için ana gelir kaynağı durumundadır. Yerel vergilerin sağlamış olduğu avantajlara dair birkaç argüman ileri sürülmüştür. Bunlar: Daha fazla şeffaflık, daha fazla hesap verilebilirlik, yerel tercihlere cevap verme ve sağlığa ayrılan kaynakları rekabet etmekten korumadır. Bu görüşe karşı çıkanlar ise sağlık harcamalarının finansmanının yerel vergiler yoluyla yapılmasının bir katılık durumu yaratabileceğini savunmaktadırlar (Mossialos ve Dixon, 2002: 15).

Türleri açısından ise vergiler genel ve özel vergiler olarak ele alınmaktadır. Genel vergiler önceden belirlenmiş bazı amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. Bu tür vergilerin en belirgin faydaları, kapsamlı bir gelir tabanı meydana getirmesi ve sağlık alanı ile kamu tarafından yapılan diğer harcamalar arasında tercih yapmaya imkân vermesidir. Özel vergiler ise yalnızca sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere toplanan dolaylı ve dolaysız vergilerdir. Bu vergiler pek çok ülkede uygulama

¹⁶Bu tür vergilere gelir ve kurumlar vergisi, motorlu taşıtlar vergisi ve emlak vergisi örnek olarak verilebilir.

¹⁷Bu tür vergilere katma değer vergisi, özel tüketim vergisi ve gümrük vergisi örnek olarak verilebilir.

alanı bulmaktadır. Örneğin; Fransa ve İtalya’da doğrudan sağlık için tahsis edilmiş gelir vergileri sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunmaktadır. İngiltere ve Belçika’da sigara satışlarından elde edilen gelirlerin en azından bir kısmı sağlık hizmetlerinin finansmanı için ayrılmaktadır¹⁸. Aynı zamanda özel vergilerin genel vergilere göre avantajları da vardır. Daha somut olduklarından vergi vermeye karşı oluşacak direnci azaltmakta, vergilendirme ile sağlık harcamaları arasında meydana getirdiği somut ilişkiyle de sağlık hizmetleri finansmanını daha görünür kılmakta ve hesap verilebilir hale getirmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 16).

6. SAĞLIK HARCAMALARI KAVRAMI VE SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ ARTIŞIN BELİRLEYİCİLERİ

6.1. Sağlık Harcamaları Kavramı

Güçlü bir ekonomiye sahip olmak isteyen ülkeler ekonomik büyümeyi gerçekleştirmek ve aynı zamanda bunu sürdürülebilir kılmak amacıyla sağlıklı bir toplum oluşturmalıdır. Böyle bir toplumdaki bahsedebilmek için ise ülkelerin toplumun ihtiyaçlarını yerine getirecek sağlık hizmetlerini sunması gerekmektedir. Hizmeti sunabilmek için yapılması gereken harcamalar sağlık harcamaları adı altında toplanmaktadır.

Sağlık harcamaları sağlığın korunması veya geliştirilmesi amacıyla yapılan tüm koruma, bakım, geliştirme ve beslenme gibi harcamalar olarak tanımlanmaktadır (Erişti vd., 2004: xi). Sağlık harcamaları dar ve geniş anlamda değerlendirilebilir. Dar anlamda sağlık harcamaları; koruyucu sağlık harcamaları, tanı ve tedavi için yapılan sağlık harcamaları ve rehabilitasyon amacıyla yapılan sağlık harcamalarıdır. Geniş anlamda sağlık harcamaları ise şu şekilde sıralanabilir (Sayım 2017: 14):

- Sağlık kuruluşları için yapılan altyapı ve bina harcamaları,
- Hizmeti sunan emekçiler ve sağlık kurumlarının donanımı için yapılan harcamalar,

¹⁸Bütçe ilkelerinden genellik ilkesinin özü, hiçbir vergi gelirinin belirli bir kamu giderine ayrılmamasıdır. Bu ilke ademi tahsis ilkesi olarak ifade edilmektedir. Fransa ve İtalya’da uygulaması görülen sağlık için tahsis edilen gelir vergisi bütçenin genellik ve ademi tahsis ilkesine aykırıdır.

- Vatandaşların fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını iyileştirmek için yapılan yatırım harcamaları,
- Çevre sağlığına dönük yapılan harcamalar,
- Tıbbi malzeme, ilaç, tanı ve görüntüleme cihazları için yapılan harcamalar,
- Sağlık eğitimi için gerçekleştirilen harcamalar,
- Ar-Ge harcamaları,
- Kalite, standardizasyon, cihaz kalibrasyon ve izleme harcamalarını kapsamaktadır.

Sağlık harcamalarının finansmanında hem kamu kesimi hem de özel kesim birlikte bulunmaktadır. Kamu kesimi tarafından yapılan harcamalar¹⁹ merkezi yönetim, yerel yönetim ve sosyal güvenlik kurumunun yapmış oldukları harcamaları ifade etmektedir. Özel kesim tarafından yapılan harcamalar²⁰ ise hane halklarının yapmış oldukları cepten ödemeler, özel sağlık sigortası şirketlerinin yapmış oldukları ödemeler, işletmelerin çalışanları için yapmış oldukları ödemeler ve gönüllü kuruluşların yapmış oldukları harcamaları ifade etmektedir (Yurdadoğ, 2007: 594).

Sağlık harcamaları için doğru bir değerlendirme yapabilmek adına harcamaların hangi tür hizmetlere yönlendirildiğinin incelenmesi gerekmektedir. Sağlık harcamaları büyük oranda hastane hizmetleri harcamalarına ayrılmaktadır. Sevk zincirinin kuvvetli olduğu ülkelerde herhangi bir problem meydana getirmeyen bu durum, sevk zincirinin düzgün işlemediği ülkelerde ise sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için yapılan giderlerin gereksiz yere artmasına yol açmaktadır. Oluşabilecek bu problemle başarılı bir şekilde mücadele etmek adına birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve bu hizmeti sunan kuruluşların güçlendirilmesi gerekmektedir (Yurdadoğ, 2007: 608).

¹⁹ Merkezi yönetim tarafından yapılan harcamalar, Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na göre genel bütçe, özel bütçe ve denetleyici kurumların yaptıkları sağlık harcamalarını ifade etmektedir. Yerel yönetimler tarafından yapılan harcamalar, il özel idareleri ve mahalli idareler tarafından yapılan harcamalardan oluşmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumunun gerçekleştirmiş olduğu harcamalar, BAĞ-KUR, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nın yapmış olduğu harcamalar ile memurlar ve yeşil kartlılar için yapılan harcamaları kapsamaktadır (Atasever, 2014: 17).

²⁰Hane halkları tarafından yapılan cepten ödemeler, katkı ve katılım payı, maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve diğer harcamalar için hane halkları tarafından doğrudan gerçekleştirilen giderlerden oluşmaktadır. Bu harcama yönteminde sağlık hizmeti talep eden hane halkı bunun karşılığında, yapabileceği diğer tüketimlerden vazgeçip, hizmeti elde etmenin maliyetini bizzat kendisi üstlenmektedir (Atasever, 2014: 18).

Sağlık harcamaları niteliği itibariyle artış gösteren harcamalardandır. Bu artışın altında yatan nedenlerin neler olduğunu açıklamak da önemlidir. Bu nedenle bu kısımda sağlık harcamalarının belirleyicileri ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır.

6.2. Sağlık Harcamalarındaki Artışın Belirleyicileri

Sağlık harcamalarının OECD ülkelerinin tamamında son yıllarda ekonomik büyümenin üzerinde bir artış göstermesi, hizmetin finansmanında bütçe baskına neden olmaktadır. Dolayısıyla ülkeler, sağlık harcamalarının aşırı artışını sınırlandırmak adına politikalar geliştirmektedir. Harcamalarda yaşanan artışın genel sebebinin ileri seviyede teknolojik ürünlerin kullanılmasından doğan maliyet artışları olduğunu söylemek mümkündür. Bununla birlikte, sektörde ortaya çıkan yolsuzluk faaliyetleri harcamaları negatif yönde yükseltmektedir. Sebepleri çoğaltılabilmekle birlikte sağlık harcamaları olağan seviyesinden daha yukarıda gerçekleşmekte ve bir bakıma da kaynak israfı sonucunu doğurmaktadır. Bu bağlamda harcamaların artış sebeplerinin doğru bir şekilde tespit edilmesi, harcamalardaki artışın azaltılabilmesi adına oldukça önemlidir (Yereli vd., 2010: 1).

6.2.1. Ortalama Yaşam Süresindeki Artış

Sağlık harcamaları artışının sebeplerinde ilki nüfus içerisindeki yaşlı oranının sürekli olarak artış göstermesidir (OECD, 2019: 104). OECD ülkelerinde kişilerin gelirlerinde gözlemlenen iyileşme ile birlikte yeni nesil ilaçların insan yaşamına dâhil olmasıyla yaşam süreleri ve yaşam kalitesinde artış meydana gelmiştir. Son çeyrek yüzyılda OECD ülkelerinin neredeyse tamamında nüfus içerisindeki 65 yaş ve üzeri insan sayısında artış meydana gelmiştir (<https://stats.oecd.org/>).

Dünya nüfusu ile ilgili yapılan birçok araştırma, ortalama yaşam süresinin uzadığını ve ülkelerin nüfuslarının gittikçe yaşlandığını göstermektedir. Dünyanın gelişmiş olarak kabul edilen bölgelerinde 60 yaş ve üzerindeki bireylerin nüfusun tamamı içerisindeki payı 2000 yılında %18,7 iken, bu oranın 2025 yılında %25,3'e ulaşması öngörülmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 221).

Bir ülkenin gelişmişlik göstergeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresi de yer almaktadır. Yaşam süresi ile sağlık harcamaları arasından karşılıklı bir ilişki söz konusudur. Sağlığa harcamaları yaşam süresini artırmakta; yaşam süresi arttıkça sağlık

harcamalarında da artmaktadır. Bunun en önemli sebebi ise ilerleyen yaşlarda sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın yükselmesidir. Hatta ilerleyen yaşlarda sağlık tüketicilerinin zaman zaman sağlık hizmetlerini gereğinden fazla tüketmeleri, sağlık harcamalarını artıran en önemli belirleyicilerden biri olmaktadır. Bu nedenle ülkeler için her ne kadar yaşam süresinin yükselmesi olumlu olarak değerlendirilse de, bu gelişme sağlık harcamalarının kontrolsüz artışı ile ilgili önlemlerin alınmasını da gündeme taşımaktadır (Loş, 2007: 75).

6.2.2. GSYH ve Kişi Başına Düşen Gelirde Meydana Gelen Artış

Sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki ilişki çeşitli ampirik çalışmalarda incelenmiş ve bu çalışmalar sonucunda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Ulaşılan bu sonuçları dört farklı grupta incelemek mümkündür (Akar, 2004: 312):

- İlk grup sağlık harcamalarının GSYH üzerinde olumlu etkisi olduğunu iddia etmektedir. Mushkin (1962), Hansen ve King (1996), Bloom ve Canning (2000) gibi düşünürlerin önderlik ettiği bu hipotezin sonucunda sağlık harcamalarından GSYH'ya tek yönlü bir nedensellik olduğu ortaya konmuştur.
- İkinci grupta sağlık harcamaları ile GSYH arasında karşılıklı bir etkileşimin bulunduğu sonucuna varılmıştır. Elmi ve Sadeghi (2012) gibi düşünürlerin temsilcisi olduğu bu hipotezde sağlık harcamaları GSYH'yı arttırmakta; GSYH'nın artması da sağlık harcamalarını arttırmaktadır.
- Sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki ilişkiyi inceleyen üçüncü grup; her iki değişken arasında herhangi bir nedensellik bağının bulunmadığını ifade etmektedir. Bu hipotezin öncüleri ise Gerdtham ve Jönsson (1991)'dur.
- Son grupta ise sağlık harcamaları ile GSYH arasından negatif bir ilişki olduğu savunulmaktadır. Örneğin; Kar ve Taban (2003: 166), 1971-2000 dönemine ait verileri kullanarak yapmış oldukları ampirik çalışmada sağlık harcamaları artışının ekonomik büyümeyi olumsuz etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

Ülkelerin zaman içerisinde üretim kapasitelerinde meydana gelen artış sonucunda ülkede yaşayan bireylerin de gelirlerinde bir artış söz konusu olmaktadır. Artan gelirle birlikte bireylerin, kamu sağlık hizmetleri haricinde özel sağlık hizmetlerine doğru yönelmeleri sağlık harcamalarının artışına sebep olmaktadır. Gelirleri artan bireyler bunun sonucunda daha kaliteli hizmet arayışı içerisine

girmektedir. Sağlık adına yapılan harcamalar bireylerin yaşam standartlarıyla doğrudan ilişkili olduğundan, bu harcamalarda herhangi bir sınırlandırmaya gidilmemektedir. Aynı zamanda bireylerin sağlık durumlarında meydana gelen bozulmalar sonucunda kozmetik amaçlı yapılan harcamalar da sağlık harcamalarının artışını etkilemektedir. Kozmetik amaçlı elde edilen sağlık hizmetlerine nispeten diğer sağlık hizmetlerinden daha fazla meblağlar ödenmektedir. Sonuç olarak; bireylerin kişisel gelirlerinde meydana gelen artış, özel kesim veya kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetlerine talebi artırmakta ve dolayısıyla sağlık harcamalarında artış meydana gelmektedir (Akın, 2007: 31-32).

6.2.3. Eğitim Seviyesinde Meydana Gelen Yükselme

Toplumdaki bireylerin eğitim seviyelerinde meydana gelen yükselmenin sağlık harcamaları üzerinde olumlu bir etki yarattığı iddia edilebilir. Eğitim, bireyin ve toplumun sağlık hakkındaki düşünce, davranış ve tutumları üzerinde olumlu etki yaratarak, bireylerin yaşam beklenti düzeylerinin artmasına olanak tanımaktadır. Aynı zamanda eğitim, sağlığa zarar veren madde kullanımı alışkanlığının düşürülmesi, fiziksel sağlığın korunması, obezite riskinin azaltılması ile akıl ve ruh sağlığının korunmasına yardımcı olmaktadır. Düzenli spor yapma alışkanlığının kazanılması ve bulaşıcı hastalıklara karşı duyarlılığın artmasına olumlu etkileri olan eğitim; ölüm oranlarının azaltılmasına ve doğuştan beklenen yaşam süresinin yükselmesine de katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte eğitim seviyesinin yükselmesiyle doğru orantılı olarak bireylerin gelirleri de yükselmekte ve bunun sonucunda bireylerin sağlık harcamalarına ayırdıkları pay artmaktadır. Bu iyileşme toplumsal açıdan değerlendirildiğinde ise toplumun eğitim seviyesinin yükselmesi ekonomik büyüme, gelir dağılımı, sosyal refah gibi birçok unsur üzerinde olumlu etki meydana getirmektedir (Yardımcıoğlu, 2013: 51).

Mutlu ve Işık (2012: 214-215) eğitim seviyesinde meydana gelen yükselmenin artmasına paralel olarak bireylerin entelektüellik seviyesinin de artacağını ve bireylerin sağlık alanında meydana gelen ilerlemelerden daha çok haberdar olacaklarını ifade etmektedirler. Aynı zamanda eğitim seviyesi yüksek olan gelişmiş toplumlarda iletişim olanakları ile hayat standartlarının artması da kişileri sağlık hususunda daha duyarlı bir

hale getirmekte ve sağlık kuruluşlarından kaliteli bir hizmet beklentisi oluşmaktadır. Hastalıklarla m¼cadelede y¼ntem t¼rlerinin artması ve tıp d¼nyasındaki gelişmeler farkındalığı y¼ksek grupların yeni sağlık hizmetlerine olan talebini de arttırmaktadır. Sağlık hizmeti talebinin artması ise beraberinde sağlık harcamalarının da artmasına neden olmaktadır.

6.2.4. Kentleşme

Kent hayatı, sağlık koşulları ¼zerinde ¼nemli etkiye sahiptir. Kent yaşamının ekonomik koşullarda, sanayileşmede ve n¼fusta meydana getirdiği değişmeler insanların sağlık durumlarının etkilenmesine sebep olmaktadır. ¼rneđin; ¼arpık kentleşme ve hizmet şebekesi problemleri ¼evre ve toplum sağlığını ciddi şekilde tehdit etmektedir. Buna ek olarak artan n¼fus sonucunda meydana gelen toplu taşıma yetersizliği, temizlik hizmetlerinin yetersizliği, temiz alan bulma sorunu ve gecekondulaşma gibi problemler yeni sağlık sorunlarını getirmekte veya var olan sorunları derinleştirmektedir (G¼ler ve ¼obanođlu, 1994: 11-12).

Ekonomik gelişmeye paralel olarak sanayileşmenin meydana getirdiği kentleşmenin, alt yapı yetersizliği gibi birtakım dezavantajları olsa da kırsal kesime g¼re hizmete erişim ve kaliteli hizmet alma gibi bir¼ok avantajı da bulunmaktadır.

Mutlu ve Işık (2012: 214)'a g¼re şehirleşmiş toplumlarda yaşan bireylerin koşulları ile ge¼imlerini tarım aracılığıyla sağlayan toplumların yaşam koşulları birbirinden ¼ok farklıdır. şehirleşmiş b¼lgelerde daha fazla sağlık kurumunun bulunması, ihtiya¼ duyulan uzman personelin, teknolojinin ve ilacın bulunmasına karşın, kırsal kesimlerde sağlık koşulları olduk¼a zayıftır. Sağlıklı ve temiz i¼me suyunun sağlanması bile kırsal alanlarda kimi zaman ciddi bir problem yaratmaktadır. Yerleşik hayatın ve şehirleşmenin diğer bir faydası da g¼¼ olgusunu kuvvetlendiren unsurlardır. G¼¼ bir ¼lke i¼inde meydana gelebileceği gibi, ¼lkeler arasında da olabilir. Bu gibi bir durumda, ¼zellikle sağlık hizmetleri kapasitesi sınırlı olduğu i¼in yeni gelen insanların da sağlık hizmetlerinden yararlanması adına altyapı, uzman personel, teknoloji, alet-ekipman y¼n¼nden ek bir kapasiteye ihtiya¼ duyulmaktadır. Bu durum ¼zellikle gelişmekte olan ¼lkelerde sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır.

6.2.5. Teknolojik Gelişmeler

Sağlık hizmetlerinde rol oynayanların çoğu, sağlık harcamalarının artış nedeni olarak teknolojik ilerlemeleri görmektedir. Teknolojik gelişmeler birçok sektörde daha az maliyetli ve iyi ürünler üretilmesine imkân verirken, sağlık sektöründe genellikle maliyetleri arttırmaktadır. Hizmet sunucuları kendilerini, en son yenilikleri kullanma konusunda baskı altında hissetmektedir. Yüksek maliyet oluşturan teknolojilerin yaygın kullanımı bireylerin bu ürünlerin fiyatlarına olan duyarlılığı ile de yakından ilişkilidir. Bireyler faydalandıkları bu ürünlerin fiyatlarına, bir sağlık sigortasına sahip olduklarından dolayı daha az duyarlı olurlarsa maliyetlerin ve dolayısıyla sağlık harcamalarının artış göstermesi kaçınılmaz olacaktır (Kılavuz, 2010: 174).

Sağlık teknolojisi içerisinde sağlık harcamalarının artışını etkileyen en önemli unsur, bakım-onarım maliyetleri yüksek olan tıbbi cihazlardır. Dünyada tıbbi cihaz imalatçılarının sayısı, ABD, Fransa gibi birçoğu gelişmiş ülkelerde ve Johnson & Johnson, Medtronic, GE Healthcare Technologies gibi özel sektördeki firmalar olmak üzere 6.000'i geçmektedir. Hastanelerde ABD standartlarına göre yatak başına tıbbi cihaz ve malzeme gereksinimi 120-150 bin Amerikan Doları arasında olup bu rakam toplam hastane yatırımlarının da %45'ini oluşturmaktadır. Tıbbi cihazlar işlevlerine göre tıbbi görüntüleme, kimyasal analiz ve anestezi cihazları şeklinde ayrıma tabi tutulabilir. Bunların arasında maliyeti en yüksek olan tıbbi görüntüleme cihazlarıdır. ABD'de bireysel sağlık harcamalarının %3.5'i radyoloji ile ilgili harcamalardır. ABD'de BT(Bilgisayarlı Tomografi), MR(Manyetik Rezonans Görüntüleme) ve US(Ultrason) gibi tekniklere yapılan harcamalar, sağlık harcamalarının %1.5'ini oluşturmaktadır. Benzer şekilde sağlık harcamaları içerisinde tıbbi görüntüleme cihazlarına yapılan harcamalar Fransa'da %5, Belçika'da %6.5 ve İngiltere'de %1.3 oranındadır (Şemin, 1999: 25). Türkiye'de de tıbbi görüntüleme cihazlarının sayısı yıllar itibariyle artan bir seyir izlemiştir. Tablo 2.2.'de yıllar itibariyle Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarındaki cihaz sayıları gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Türkiye’de Yıllar İtibariyle Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları

Yıllar/Cihazlar	2002	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MR	58	751	757	794	836	884	915
BT	323	1058	1071	1119	1151	1186	1211
US	1005	4756	5286	5518	5470	5635	5846
Doppler Ultrason	681	2793	3151	4015	4679	4892	5557
EKO(Ekokardiyografi)	259	1542	1793	1897	2121	2269	966

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020: 135.

Tablo 2.2’ye göre Türkiye’de tıbbi cihaz sayıları yıllar itibariyle sürekli olarak artış göstermiştir. 2002-2018 yılları arasında en fazla tıbbi cihazın ultrason cihazına olduğu söylenebilir. Ultrason cihazını; doppler ultrason, EKO, BT ve MR’ın takip ettiği görülmektedir.

Tablo 2.3. Kurumlara Göre Tıbbi Cihaz Sayıları, 2018

Kurumlar/Cihazlar	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Özel	Toplam
MR	336	120	459	915
BT	539	143	529	1211
Ultrason	2716	755	2375	5846
Doppler Ultrason	3733	491	1333	5557
EKO	1526	267	727	2520

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020: 135.

Tablo 2.3.’de tıbbi cihazların 2018 yılında kurumlara göre dağılımları gösterilmiştir. Buna göre en fazla tıbbi cihazın Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde, en az cihazın ise üniversite hastanelerinde olduğu görülmektedir. Cihaz sayılarında yıllar itibariyle görülen bu artışın tıpkı diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık harcamalarını artıracı bir etki yarattığı söylenebilir.

Teknolojik gelişmelerin sağlık harcamalarında neden olduğu bu artışa ek olarak, yaşanan gelişmeler sonucunda elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak uzman ve alt personelin yetiştirilmesi, hâlihazırda bu cihazları kullanacak olan mevcut personele yapılacak ödemeler gibi nedenler de ilave edilebilir (Mutlu ve Işık, 2012: 216).

Sağlık harcamalarını arttırıcı bir etki yaratan bu cihazların sağlamış olduğu birçok avantaj da bulunmaktadır. Yiğit ve Erdem (2016: 217)’ e göre her ne kadar maliyeti yüksek de olsa yeni teknolojik cihazların sağlık göstergelerinde iki yönlü bir iyileşme yaratmaktadır. Bunlarda ilki; yeni teknoloji kullanımının yaşam kalitesini

iyileştirerek doğrudan yaşam süresinin uzatması ve sağlık düzeyinin iyileşmesine katkıda bulunmasıdır. İkinci olarak ise; kullanılan yeni teknolojilerin hastanelerde kalış süresini ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarını bir azaltmaktadır.

6.2.6. Toplumsal Değer Yargılarında Değişme

Tüketim çağının beraberinde meydana getirdiği en önemli özellik, var olan her şeyin çok kısa bir süre içerisinde tüketilmesi ve yerini yeni oluşumlara bırakmasıdır. Toplumsal değer yargıları da bu tüketim çağından payını almaktadır. Geçmişte doğru olarak kabul görmüş değerler ve görüşler, yerini yeni görüşlere bırakmaktadır. Sağlık harcamaları konusunda da geçmişte genel kabul görmüş görüşler değişmektedir (Akın, 2007: 33). Sağlığa dair geçmişte kabul görmüş görüşlerden biri, sağlığın genelde daha ileri yaşlarda üzerinde durulması gereken konu olmasıdır. Bu görüş günümüzde değişmiştir. Artık bireyler küçük yaştan itibaren sağlık hizmeti almaya başlamakta ve bunun sonucunda sağlık harcamaları artmaktadır (Erol ve Özdemir, 2018: 122).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİNDE EĞİTİM VE SAĞLIK HARCAMALARI

Bir ülkenin kalkınmışlığı ile eğitim ve sağlık arasında doğrusal bir ilişki söz konusudur. Bu yüzden her iki hizmet türü de ülkeler açısından birinci derecede öneme sahip olmaktadır. Eğitim ve sağlığa yapılan harcamalar ile eğitim ve sağlıkla ilgili temel bazı göstergeler, üzerinde sıkça durulan, güncelliğini koruyup sürekli olarak tartışmalara konu olan ve ülkeler açısından en önemli gelişmişlik göstergelerinden olan olgulardır. Uluslararası öneme sahip olan her iki unsurun yalnızca bir ülkedeki durumunu değerlendirilmesinden ziyade, göstergeler ışığında ülkeler arası karşılaştırma yapılarak değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu sayede değerlendirmeye alınan ülkenin bu hizmetlerde diğer ülkeler içerisinde hangi konumda olduğu, verilen hizmetlerin düzeyinin uluslararası standartlara göre yeterli olup olmadığı daha rahat görülecektir. Üçüncü bölümde Türkiye'nin bahsedilen bu standartlara uyumu incelenecek; eğitim ve sağlıkla birlikte değerlendirilen bazı göstergelere göre, OECD ülkeleri ve çeşitli ülke gruplarıyla karşılaştırması yapılacak ve uluslararası arenada ki konumu analiz edilmeye çalışılacaktır.

1. EĞİTİM HARCAMALARI VE EĞİTİMLE İLGİLİ TEMEL GÖSTERGELER

Bu kısımda öncelikle eğitim harcamaları hem Türkiye hem de uluslararası düzeyde incelenmekte ve ardından eğitimle ilgili önemli bazı göstergelere değinilmektedir.

1.1. Türkiye ve OECD Üye Ülkelerinde Eğitim Harcamaları

Türkiye'ye ait uzun dönem eğitim harcaması verilerine MEB istatistiklerinden yararlanılarak yer verilmiş, sonrasında ise Türkiye verileri uluslararası verilerle kıyaslanmıştır. Tablo 3.1'de yıllar itibarıyla MEB bütçesinin GSYH ve konsolide bütçe içerisindeki payı gösterilmektedir.

Tablo 3.1. 1997-2005 Yılları Arasında MEB Bütçesinin Konsolide Bütçe ve GSYH İçerisindeki Payı

Yıllar	MEB Bütçesi (TL)	GSYH (Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla) (TL)	Konsolide Bütçe (TL)	MEB Bütçesinin GSYH İçindeki Payı (%)	MEB Bütçesinin Konsolide Bütçe İçindeki Payı (%)
1997	510.063.600	28.835.883.135	6.361.685.500	1,77	8,02
1998	1.243.108.000	70.203.147.160	14.789.475.000	1,77	8,41
1999	2.131.808.500	104.595.915.540	27.266.600.000	2,04	7,82
2000	3.350.330.000	166.658.021.460	46.827.436.000	2,01	7,15
2001	4.046.305.625	240.224.083.050	48.519.490.000	1,68	8,34
2002	7.460.991.000	350.476.089.498	98.131.000.000	2,13	7,60
2003	10.179.997.000	454.780.659.396	147.230.170.000	2,24	6,91
2004	12.366.236.276	559.033.025.861	150.658.129.000	2,21	8,21
2005	14.835.422.184	648.931.711.812	156.088.874.910	2,29	9,50
ORTALAMA				2,02	8,00

Kaynak: MEB, 2019: 247.

Tablo 3.1'e göre MEB bütçesinin rakamsal olarak yıllar itibariyle sürekli artış gösterdiği söylenebilir. Ancak MEB bütçesinin GSYH ve konsolide bütçe içerisindeki payı için aynı şeyi söylemek pek mümkün değildir. Bütçenin GSYH içerisindeki payına bakıldığında 1997'de %1,77 olan bu oran 2001 yılında Türkiye'nin yaşadığı ekonomik kriz nedeniyle %1,68 seviyelerine gerilemiştir. Bu yıldan sonra 2004 yılı haricinde oranda bir artıştan söz etmek mümkündür. Bütçenin GSYH içerisindeki payında ortalama, %2,02 olarak gerçekleşmiştir. 2001 yılı ve öncesi(1999 yılı hariç) oran sürekli ortalamanın altındayken, 2002 yılı ve sonrasında ise ortalamanın üzerinde seyretmiştir.. MEB bütçesinin konsolide bütçe içerisindeki payında ise GSYH'e göre daha fazla kırıma yaşanmıştır. Özellikle 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu'na geçiş dönemi olan 2003 yılında bütçenin konsolide bütçe içerisindeki payı en düşük seviyeleri görmüştür. 2005 yılı ise eğitime konsolide bütçe içerisinde ayrılan paylarda görülen en üst seviyelere işaret etmektedir. Bu oranda da ortalama %8'dir. 1999-2000 ve 2002-2003 yıllarında oran ortalamanın altındayken, diğer yıllarda oran ortalamanın üzerinde seyretmiştir. Tablo 3.2.'de MEB bütçesinin 5018 sayılı KMYKK ile birlikte geçiş yapılan merkezi yönetim bütçesi ve GSYH içerisindeki payı verilmiştir.

Tablo 3.2. 2006-2019 Yılları Arasında MEB Bütçesinin Merkezi Yönetim Bütçesi ve GSYH İçerisindeki Payı

Yıllar	MEB Bütçesi (TL)	GSYH (Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla) (TL)	Merkezi Yönetim Bütçesi (TL)	MEB Bütçesinin GSYH İçindeki Payı (%)	MEB Bütçesinin Merkezi Yönetim Bütçesi İçindeki Payı (%)
2006	16.568.145.500	758.390.785.210	174.958.100.699	2,18	9,47
2007	21.355.634.000	843.178.421.420	204.988.545.572	2,53	10,42
2008	22.915.565.000	950.534.250.715	222.553.216.800	2,41	10,30
2009	27.446.778.095	952.558.578.826	262.217.866.000	2,88	10,47
2010	28.237.412.000	1.098.799.348.446	286.981.303.810	2,57	9,84
2011	34.112.163.000	1.297.713.210.117	312.572.607.330	2,63	10,91
2012	39.169.379.190	1.416.798.489.819	350.898.317.817	2,76	11,16
2013	47.496.378.650	1.567.289.237.901	404.045.669.000	3,03	11,76
2014	55.704.817.610	1.748.167.816.609	434.995.765.000	3,19	12,81
2015	62.000.248.000	2.338.647.000.000	472.943.000.000	2,65	13,11
2016	76.354.306.000	2.608.526.000.000	570.507.000.000	2,93	13,38
2017	85.048.584.000	3.035.450.000.000	645.124.000.000	2,80	13,18
2018	92.528.652.000	3.445.782.000.000*	762.753.000.000	2,69	12,13
2019*	113.813.013.000	4.450.000.000.000*	960.976.000.000	2,56	11,84
ORTALAMA				2,70	11,48

Kaynak: MEB, 2019: 247.

Tablo 3.2'ye göre MEB bütçesinin GSYH içerisindeki payında inişli çıkışlı bir seyir izlendiği görülmektedir. 2006 yılında %2,18 olan oran, 2009 yılında %2,88'e yükselmiştir. Bunun temel sebebi GSYH'de meydana gelen değişime oranla MEB bütçesinde daha büyük bir atışın gerçekleşmesidir. MEB bütçesindeki artışın temel sebebi ise 2009 yılında yaşanan bakan değişikliği neticesinde yeni bakanın beraberinde getirdiği ders kitaplarının ücretsiz verilmesi, taşınabilir okul projesi gibi yeni eğitim projelerine gerekli kaynağın tahsis edilmesidir. Oran 2009 yılından sonra 2014 yılında tablodaki en üst seviyesine ulaşmıştır. 2014 yılında da tıpkı 2009 yılında olduğu gibi MEB bütçesi GSYH'e göre daha fazla artmıştır. Bu artıştaki temel sebep ise 2014 yılında başlatılan Eğitimde Fırsatları Artırma Teknolojiyi İyileştirme Hareketi (FATİH)²¹ projesidir. 2014 yılında sonra ise oran yeniden bir azalış trendine girmiş ve 2019 yılına gelindiğinde oran %2,56 seviyesinde kalmıştır. Tabloda belirtilen yıllarda

²¹FATİH projesi kapsamında meslek liseleri hariç tüm liselere 84.921 akıllı tahta kurulmuş, 3.657 adet çok fonksiyonlu yazıcı ve 3.657 adet doküman kamera dağıtılmıştır. Ayrıca 217 lisenin 9'uncu sınıf öğrencilerine ve öğretmenlerine 62.800 adet tablet bilgisayar verilmiştir (MEB, 2013: 19).

bütçenin GSYH içerisindeki payında %2,70 ortalama yakalanmıştır. 2012 yılı ve öncesi (2009 yılı hariç) oran ortalamanın altındayken 2013 yılı ve sonrasında göre ortalamanın üzerindedir. MEB bütçesinin merkezi yönetim bütçesi içerisindeki payında ise 2016 yılına kadar görece artıştan söz etmek mümkündür. 2016 yılından sonra ise oran düşüş trendine girmiştir. Bu oranda ortalama %11,48'dir. 2012 yılı ve öncesi oran ortalamanın altındayken 2013 yılı ve sonrası ortalamanın üzerindedir. Türkiye'de eğitimin sunulması yalnızca MEB tarafından gerçekleştirilmemektedir. Bu yüzden eğitime dair yalnızca MEB bütçesini incelemek doğru olmayacaktır. MEB'den sonra Türkiye'de eğitim hizmetinin sunumunda en büyük rol üstlenen kurumlar YÖK ve üniversitelerdir. Tablo 3.3'te MEB ve YÖK+Yükseköğretim Kalite Kurulu+Üniversite bütçelerinin GSYH ve konsolide bütçe içerisindeki payına yer verilmiştir.

Tablo 3.3. 1997-2015 Yılları Arasında Türkiye'de Toplam Eğitim Bütçesinin GSYH ve Konsolide Bütçe İçerisindeki Payı

Yıllar	MEB Bütçesi (TL)	YÖK+ Yükseköğretim Kalite Kurulu+ Üniversite Bütçeleri (TL)	Toplam (TL)	Toplam Eğitim Bütçesinin GSYH İçerisindeki Payı	Toplam Eğitim Bütçesinin Konsolide Bütçe İçerisindeki Payı
1997	510.063.600	202.352.400	712.416.000	2,47	11,20
1998	1.243.108.000	422.656.900	1.665.764.900	2,37	11,26
1999	2.131.808.500	679.899.815	2.808.708.315	2,69	10,30
2000	3.350.330.000	1.046.544.700	4.396.874.700	2,64	11,15
2001	4.046.305.625	1.364.910.550	5.411.216.175	2,25	11,15
2002	7.460.991.000	2.495.967.700	9.956.958.700	2,84	10,15
2003	10.179.997.000	3.408.608.000	13.588.605.000	2,99	9,23
2004	12.366.236.276	3.894.070.670	16.260.306.946	2,91	10,79
2005	14.835.422.184	5.218.467.000	20.053.889.184	3,09	12,85
ORTAMALA				2,69	10,90

Kaynak: MEB, 2019: 248.

Tablo 3.3'e göre rakamsal olarak sürekli artış gösteren bütçenin GSYH içerisindeki payında benzer bir artışın yakalanamadığı görülmektedir. 1997 yılında %2,47 seviyelerinde olan oran, Türkiye'nin yaşadığı 2001 kriziyle birlikte bu yılda %2,25 seviyelerine gerilemiştir. Bu yıldan sonra oran yeniden bir artış trendine girmiş ve 2005 yılında %3,09 ile ilk kez 3 seviyeleri görülmüştür. Bu oranda ortalama %2,69'dur. 2001 yılı ve öncesi (1999 yılı hariç) oran ortalamanın altındayken, 2002 yılı

ve sonrası oran ortalamanın üzerindedir. Toplam eğitim bütçesinin konsolide bütçe içerisindeki payında ise küçük iniş çıkışlar yaşanmıştır. Özellikle 5018 sayılı kanuna geçiş dönemi olan 2003 yılında oran tablo özelinde en düşük seviyeyi görmüştür. Bu yıldan sonra oranda yeniden bir artış yaşanmıştır. Oranda ortalama %10,90 olarak gerçekleşmiştir. 2001 yılı ve öncesi (1999 yılı hariç) oran ortalamanın üzerindeyken, 2002 yılı ve sonrası (2005 yılı hariç) oran ortalamanın altında seyretmiştir. Tablo 3.4'te toplam eğitim bütçesinin 5018 sayılı KMYKK ile birlikte geçiş yapılan merkezi yönetim bütçesi ve GSYH içerisindeki payı verilmiştir.

Tablo 3.4. 2006-2019 Yılları Arasında Türkiye’de Toplam Eğitim Bütçesinin GSYH ve Merkezi Bütçe İçerisindeki Payı

Yıllar	MEB Bütçesi (TL)	YÖK+ Yükseköğretim Kalite Kurulu+ Üniversite Bütçeleri (TL)	Toplam (TL)	Toplam Eğitim Bütçesinin GSYİH İçerisindeki Payı	Toplam Eğitim Bütçesinin Merkezi Bütçe İçerisindeki Payı
2006	16.568.145.500	5.846.822.761	22.414.968.261	2,96	12,81
2007	21.355.634.000	6.586.692.000	27.942.326.000	3,31	13,63
2008	22.915.565.000	7.318.284.650	30.233.849.650	3,18	13,58
2009	27.446.778.095	8.772.719.225	36.219.497.320	3,80	13,81
2010	28.237.412.000	9.355.457.600	37.592.869.600	3,42	13,10
2011	34.112.163.000	11.503.927.500	45.616.090.500	3,52	14,59
2012	39.169.379.190	12.743.603.000	51.912.982.190	3,66	14,79
2013	47.496.378.650	15.227.760.500	62.724.139.150	4,00	15,52
2014	55.704.817.610	16.939.010.000	72.643.827.610	4,16	16,70
2015	62.000.248.000	18.493.252.000	80.493.500.000	3,44	17,02
2016	76.354.306.000	23.590.696.000	99.945.002.000	3,83	17,52
2017	85.048.584.000	25.620.450.000	110.669.034.000	3,65	17,15
2018	92.528.652.000	27.761.363.000	120.290.015.000	3,49	15,77
2019	113.813.013.000	33.023.355.000	146.836.368.000	3,30	15,28
ORTALAMA				3,55	15,09

Kaynak: MEB, 2019: 248.

Tablo 3.4’e göre 2006 yılı ve sonrası toplam eğitim bütçesinin GSYH içerisindeki payında bir istikrarın sağlanamadığı görülmektedir. 2006 yılında %2,96 olan oran 2009 yılında %3,80 seviyelerine yükselmiştir. Bu artışın temel sebebi 2009 yılında kurulan 9 vakıf üniversitesi ile bunlara bağlı olarak kurulan birçok fakülte ve yüksekokuldur. Aynı zamanda 2009 yılında devlet üniversitelerine bağlı 17 yeni fakülte ve 16 yüksekokul kurulmuştur. Tablonun en dikkat çekici oranı ise 2014 yılında

yakalanan %4,16 seviyesidir. FATİH projesinin etkisi ile ciddi şekilde artış gösteren oran bu projenin de beklenen başarıyı getirmemesi neticesinde devam eden yıllarda yeniden düşüş trendine girmiştir. Oranda ortalama %3,55 olarak gerçekleşmiştir. 2011 yılı ve öncesi (2009 yılı hariç) oran ortalamanın altındayken, 2012 yılı ve sonrası (2015, 2018 ve 2019 yılları hariç) oran ortalamanın üzerindedir. Toplam eğitim bütçesinin merkezi bütçe içerisindeki payında ise 2016 yılına kadar bir artıştan söz etmek mümkündür. Bu yıldan sonra ise oran bir düşüş trendine girmiştir. Bu oranda ortalama %15,09'dur. 2012 yılı ve öncesi oran ortalamanın altındayken, 2013 yılı ve sonrasında oran ortalamanın üzerindedir. Eğitim harcamasına dair Türkiye'ye ait verilerin yıllar itibariyle görünümü incelendikten sonra, OECD ülkelerinde eğitim harcamalarının genel durumu analiz edilecektir. Bu sayede Türkiye'nin OECD ülkelerine göre hangi konumda olduğu net bir şekilde görülebilecektir. Tablo 3.5'te yıllar itibariyle OECD ülkelerinde toplam kamu eğitim harcamasının GSYH içerisindeki payı verilmiştir.

Tablo 3.5. Yıllar İtibariyle OECD Ülkelerinde Toplam Kamu Eğitim Harcamasının GSYH İçerisindeki Payı

Ülkeler/Yıllar	1995	2000	2004	2008	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Avustralya	5,2	5,1	4,8	4,2	4,8	4,6	4,7	3,9	4,0	3,9
Avusturya	6,2	5,8	5,4	5,5	5,8	5,0	5,0	4,7	4,6	4,6
Belçika	-	5,2	6,0	6,5	6,5	5,9	5,8	5,6	5,4	5,3
Kanada	6,5	5,5	-	4,9	5,6	5,0	4,6	4,5	4,4	4,4
Şili	-	4,2	3,5	4,6	4,5	4,0	3,7	3,4	3,8	4,0
Çekya	4,9	4,4	4,4	4,1	4,5	3,7	3,4	3,4	3,2	3,0
Danimarka	7,4	8,4	8,4	7,7	8,7	-	7,2	6,3	-	-
Finlandiya	7,0	6,0	6,4	6,1	6,8	6,1	6,0	5,6	5,6	5,4
Estonya	-	-	-	5,7	5,2	4,4	4,5	4,7	4,0	3,9
Fransa	6,0	5,8	5,8	5,6	5,7	4,8	4,8	4,8	4,5	4,5
İsrail	6,9	6,8	6,6	5,9	5,6	5,2	4,8	4,7	4,9	4,8
Almanya	4,6	4,5	4,6	4,6	5,0	4,3	4,2	3,7	3,6	3,6
Yunanistan*	2,9	3,8	3,3	-	4*	3,6*	3,6*	3,6*	3,4	3,2
Macaristan	5,4	4,9	5,4	5,1	4,7	3,6	3,3	3,4	3,2	3,5
İzlanda	4,9	6,0	7,6	7,6	7,4	6,4	6,0	5,7	5,5	5,3
İrlanda	5,1	4,4	4,7	5,7	6,2	5,7	5,2	4,4	3,1	3,2
İtalya	4,9	4,6	4,6	4,6	4,3	3,6	3,7	3,6	3,3	3,1
Japonya	3,6	3,6	3,6	3,4	3,8	3,7	3,5	3,2	2,9	2,9
Kore	-	4,3	4,6	4,8	5,0	4,8	4,1	4,6	4,1	3,8
Meksika	4,6	4,9	5,4	4,9	5,2	4,7	4,5	4,4	4,2	4,0
Hollanda	5,0	4,8	5,2	5,5	5,9	5,1	5,2	4,5	4,3	4,2

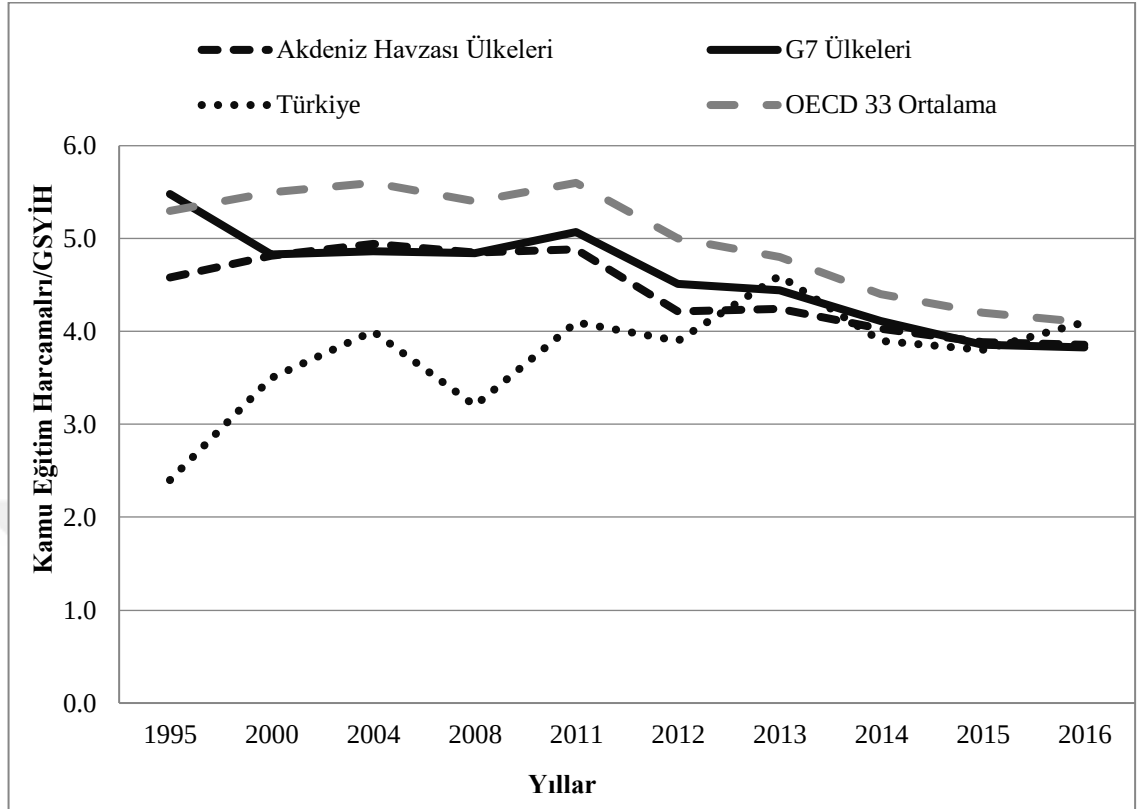
Yeni Zelanda	5,7	7,0	6,5	6,4	7,4	6,1	5,7	4,7	4,7	4,7
Norveç	9,0	6,7	7,6	9,0	8,7	7,7	7,3	6,1	6,3	6,3
Polonya	5,5	5,2	5,4	5,1	4,9	4,3	4,4	4,3	4,0	3,8
Portekiz	5,4	5,7	5,3	4,9	5,3	4,5	4,8	4,9	4,1	4,1
İspanya	4,7	4,4	4,3	4,6	4,8	3,7	3,7	3,5	3,5	3,5
İsveç	7,2	7,4	7,4	6,8	6,8	5,9	5,9	5,2	5,0	5,2
İsviçre	5,5	5,4	6,0	5,4	5,3	4,9	4,8	4,7	4,5	-
Slovakya	5,0	4,1	4,2	3,6	4,1	3,5	3,6	3,4	3,8	3,1
Slovenya	-	-	6,0	5,2	5,7	4,7	4,5	4,1	3,8	3,8
Türkiye**	2,4	3,5	4,0	3,2**	4,1	3,9	4,6	3,9	3,8	4,1
İngiltere	5,1	4,8	5,3	5,4	6,0	5,4	5,5	4,8	4,2	4,2
ABD	-	5,0	5,3	5,4	5,1	4,8	4,8	4,2	4,1	4,1
OECD 33 Ortalama	5,3	5,2	5,4	5,4	5,6	4,8	4,8	4,4	4,2	4,1

Kaynak: Yazar tarafından OECD Education At a Glance (1995-2019); Milli Eğitim Örgün Öğretim İstatistikleri; Eurostat Data, (Çevrimiçi) <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, Erişim Tarihi: 15.02.2020 verileri derlenerek oluşturulmuştur.

*Yunanistan'a ait 2011-2014 yılları arası veriler Eurostat istatistiklerinden elde edilmiştir.

**Türkiye'ye ait 2008 yılı verisi MEB istatistikleri içerisinde elde edilmiştir.

Tablo 3.5'e göre Türkiye'de kamu eğitim harcamalarının GSYH içerisindeki payının yıllar itibarıyla inişli çıkışlı bir seyir izlediği gözlemlenmektedir. Oranın tabloda belirtilen yıllarda 2016 yılı haricinde 33 OECD üye ülkesinin ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. 2016 yılında bir önceki yıla göre tablodaki ülkelerin 14'ünde oranda azalma görülmüş, 12 ülkede ise oran aynı seviyesinde kalmıştır. Bu gelişmeler OECD ortalamasında da bir düşüş yaratmış ve Türkiye oranda sağlamış olduğu artış ile ortalamayı ilk kez yakalamıştır. 2013 yılında yakalanan 4,6'lık pay umut verici ve tablo içerisindeki verilerde en yüksek orandır. Aynı zamanda 2013 yılında OECD üye ülke ortalamasına da çok yaklaşmıştır. Ancak oran bu yıldan sonra yeniden bir düşüş trendine girmiştir. 2016 yılında 4,1 seviyesi ile 33 OECD üye ülkesi ortalamasının ilk kez yakalanması gelecek yıllar adına yeniden umut verici bir gelişme olarak görülmektedir. 2016 yılında 33 OECD üye ülkesi arasında en yüksek orana sahip olan ülke Norveç iken en düşük orana sahip ülke konumunda Japonya bulunmaktadır. 1995-2016 yılları arasında İskandinav ülkelerinin tamamında oran hiç 5 seviyelerinin altına düşmemiştir. Şekil 3.1'de yıllara göre Türkiye ve çeşitli ülke gruplarında kamu eğitim harcamaları/GSYH oranının görünümü verilmiştir.



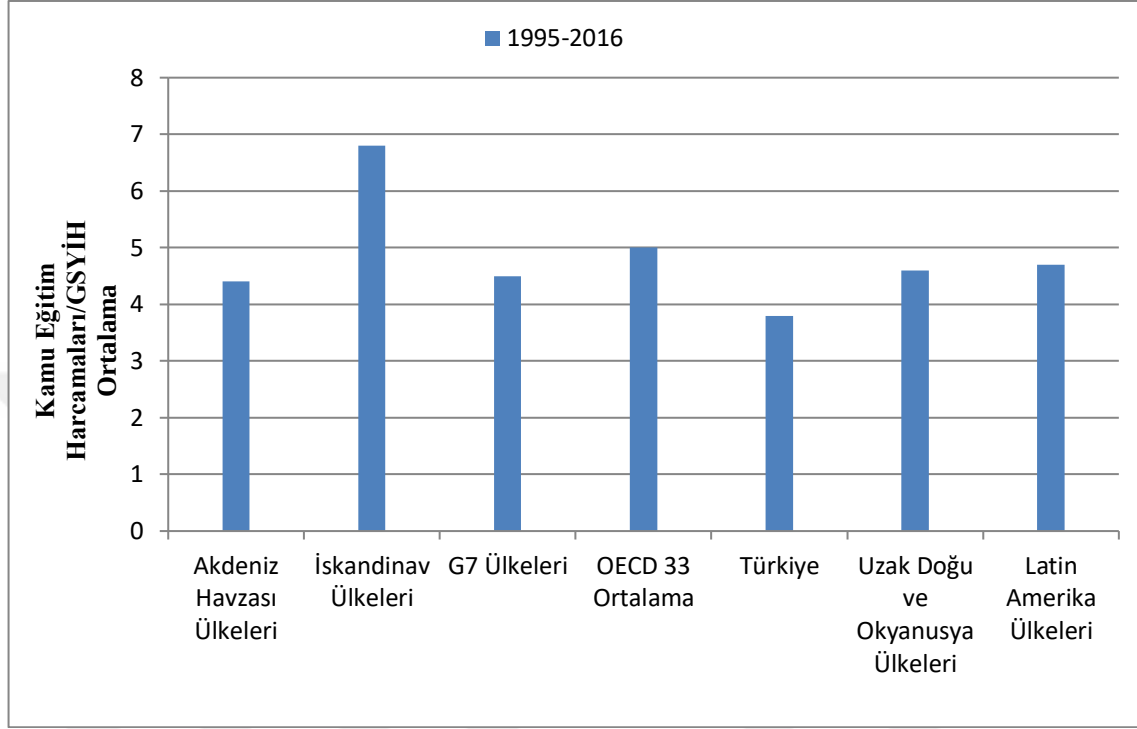
Şekil 3.1. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında Yıllar İtibariyle Kamu Eğitim Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı

Kaynak: Yazar tarafından World Bank, (Çevrimiçi) <http://databank.worldbank.org>, Erişim Tarihi: 16.02.2020; OECD, Education At a Glance (1995-2019) verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

*33 OECD üye ülkesi, üçüncü bölümdeki tablolarda kıyasa konu ülkelerin ilgili yıl ortalamalarıdır. Akdeniz havzası ülkeleri; Fransa, İsrail, İspanya, İtalya, Slovenya, Yunanistan ve Türkiye'dir.

Şekil 3.1'e göre Türkiye'nin diğer ülke gruplarına göre çok daha fazla kırılganlık yaşadığı ve oranda bir istikrar sağlanamadığı görülmektedir. Türkiye veri başlangıç yılı olan 1995'te kendisinin de dâhil olduğu Akdeniz havzası ülkelerine göre çok aşağıda durumdayken son veri yılı olan 2016 da bu ülke grubunun ortalamasının üzerine çıkmıştır. Bunun temel sebebi tablo içerisinde de ifade edildiği gibi 2016 yılında oranın OECD ülkelerinin 28 inde 2015 yılına göre düşüş trendine girmesi ve/veya sabit kalmasıdır. Özellikle 2013 yılında hem Akdeniz Havzası ülkeleri hem de G7 ülkeleri ortalamasının üzerine çıkmıştır ancak bu umut verici oran sürdürülebilir olmamış ve oran bu yılı takip eden 2014 ve 2015 yıllarında yine diğer ülke ortalamalarının altında kalmıştır. 2016 yılında ise yeniden bir iyileşme görülmüş ve hem Akdeniz Havzası ülkeleri ile G7 ülkeleri ortalaması geride bırakılmış hem de 33 OECD üye ülkesi ortalaması yakalanmıştır. Yıl bazlı göstergeler verildikten sonra, Grafik 3.1'de Türkiye

ve çeşitli ülke gruplarının 1995-2016 yılları arasında, kamu eğitim harcamalarının GSYH içerisindeki payında yakaladıkları ortalama oran gösterilmiştir.



Grafik 3.1. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında 1995-2016 Yıllarında Kamu Eğitim Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payının Ortalaması

Kaynak: Yazar tarafından World Bank, Çevrimiçi <http://databank.worldbank.org>, Erişim Tarihi: 16.02.2020; OECD Education At a Glance (1995-2019) verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

*33 OECD üye ülkesi, üçüncü bölümdeki tablolarda kıyasa konu ülkelerin 1995-2016 ortalamalarıdır. Akdeniz havzası ülkeleri; Fransa, İsrail, İspanya, İtalya, Slovenya, Yunanistan ve Türkiye'dir. İskandinav ülkeleri; Danimarka, Finlandiya, İsveç, İzlanda ve Norveç'tir. Uzak Doğu ve Okyanusya Ülkeleri; Japonya, Kore, Avustralya ve Yeni Zelanda'dır. Latin Amerika ülkeleri; Arjantin, Brezilya, Meksika ve Şili'dir.

Grafik 3.1'e göre Türkiye uzun dönem kamu eğitim harcamaları/GSYH ortalamasında, diğer tüm ülke ortalamalarının gerisinde kalmıştır. Veri yılları itibariyle kırılmaların çok olduğu Türkiye'de, bazı yıllarda iyileşme sağlansa da bu iyileşmenin sürdürülebilirliği sağlanamadığından uzun dönem ortalamada 3,8 oranı yakalanmıştır. Grafik içerisinde en yüksek ortalama sahip ülke grubunu 6,8 ile İskandinav ülkeleri oluştururken, Türkiye'den sonra en düşük orana sahip ülke grubu 4,4'lük oran ile Akdeniz Havzası ülkeleri olmuştur. Tablo 3.6'da öğrenci başına yapılan eğitim harcamaları, GSYH'in satın alma gücü paritesi kullanılarak hesap edilen değerinin USD karşılığına göre verilmiştir.

Tablo 3.6. Satın Alma Gücü Paritesine Göre OECD Ülkelerinde Öğrenci Başına Eğitim Harcamaları (PPP-USD), 2016.

Ülkeler	İlköğretim	Ortaöğretim	Yükseköğretim	Tüm Eğitim Aşamalarında
Avustralya	10.013	11.651	16.170	11.867
Avusturya	12.299	16.313	18.332	15.806
Belçika	10.646	13.603	18.169	13.446
Kanada	9.207	13.856	23.700	13.682
Şili	5.371	5.278	9.769	6.613
Çekya	5.104	8.425	10.009	7.612
Finlandiya	9.447	10.427	17.541	11.531
Estonya	6.872	6.887	12.909	8.243
Fransa	7.603	12.100	16.173	11.364
İsrail	8.498	8.330	11.153	8.891
Almanya	8.960	12.268	17.429	12.583
Yunanistan	5.973	6.779	-	-
Macaristan	5.454	7.174	11.288	7.639
İzlanda	11.757	11.578	14.551	12.250
İrlanda	8.468	9.948	13.237	9.736
İtalya	7.991	9.193	11.589	9.298
Japonya	8.978	11.219	19.191	12.096
Kore	11.029	12.370	10.486	11.318
Meksika	2.961	3.167	7.347	3.632
Hollanda	8.609	13.006	19.513	12.926
Yeni Zelanda	8.287	10.467	14.933	10.530
Norveç	12.619	14.860	21.993	15.459
Polonya	6.808	7.124	8.977	7.356
Portekiz	7.689	9.999	11.014	9.346
İspanya	7.653	9.502	12.614	9.464
İsveç	11.338	11.892	24.341	13.693
Slovakya	6.922	6.551	11.413	7.530
Slovenya	8.621	8.487	11.257	9.080
Türkiye	4.168	4.659	10.519	5.633
İngiltere	11.188	10.963	23.771	13.038
ABD	12.184	13.845	30.165	16.987
OECD 31 Ortalama	8.475	10.062	15.318	10.622

Kaynak: OECD, 2019.

Tablo 3.6'ya göre 31 OECD üye ülkesinde temel eğitimden yükseköğretime kadar ortalama 10.622 dolar harcanmaktadır. Türkiye, Meksika'dan sonra yükseköğretim aşaması haricinde diğer tüm aşamalarda öğrenci başına en az harcama

yapan ülke konumundadır. Yine tüm eğitim aşamalarında 31 OECD ülke ortalamasının da çok aşağısında kalmıştır. Tabloya göre öğrenci başına en çok harcama yapan ülkeler sırasıyla ABD, Avusturya ve Norveç iken en az harcama yapan ülkeler ise sırasıyla Meksika, Türkiye ve Şili olmaktadır. Tablo genelinde ilköğretim ve ortaöğretim aşamasında 15, yükseköğretim aşamasında ise 17 ülke OECD ortalamasının aşağısında kalmıştır.

1.2. Diğer Temel Göstergelere Göre Eğitim Harcamaları

Eğitim harcamalarının durumu MEB ve OECD verilerine göre değerlendirildikten sonra eğitim ile ilgili önemli bazı göstergeler bu başlık altında incelenecektir. Türk milli eğitim sistemi 1973 yılında yürürlüğe konulan 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu ile belirlendiği üzere örgün eğitim ve yaygın eğitim²² olmak üzere iki ana bölümden meydana gelmektedir. Örgün eğitim de kendi içerisinde okulöncesi eğitim²³, ilköğretim²⁴, ortaöğretim²⁵ ve yükseköğretim²⁶ olmak üzere dört şekilde sınıflandırılabilir (www.meb.gov.tr). Tablo 3.7’de yıllar itibariyle Türk milli eğitim sisteminde eğitim aşamalarına göre okul, öğrenci, öğretmen ve derslik sayıları verilmiştir.

²²Örgün eğitim; belirli yaş grubundaki ve aynı seviyedeki bireylere, okul çatısı altında düzenli olarak yapılan eğitim iken yaygın eğitim, örgün eğitim yanında veya dışında düzenlenen eğitim faaliyetlerinin tümünü kapsar (www.meb.gov.tr).

²³Okulöncesi eğitim; isteğe bağlı olarak zorunlu ilköğretim çağına gelmemiş 3-5 yaş grubundaki çocukların eğitimini kapsar. Okulöncesi eğitimin amacı, çocukların bedensel, zihinsel, duygusal gelişimini sağlayarak, onların ilköğretime hazırlanmasını ve sağlamaktır (www.meb.gov.tr).

²⁴İlköğretim, 6-13 yaş grubundaki çocukların eğitim ve öğretimini kapsar. İlköğretimin amacı; Türk çocuğunun iyi birer yurttaş olabilmesi için, gerekli temel bilgi, beceri, davranış ve alışkanlık kazanmasını, milli ahlak anlayışına uygun olarak yetişmesini, ilgi duydukları alan doğrultusunda hayata ve bir üst öğrenime hazırlanmasını sağlamaktır (www.meb.gov.tr).

²⁵Ortaöğretim, ilköğretime dayalı en az üç yıllık genel, mesleki ve teknik öğretim kurumlarının tümünü kapsar. Ortaöğretimin amacı; öğrencilere asgari ortak bir genel kültür vermek, birey ve toplum sorunlarını tanıtmak ve çözüm yolları aramak, ülkenin sosyo-ekonomik ve kültürel kalkınmasına katkıda bulunacak bilinci kazandırarak öğrencilere ilgi, yeti ve yetenekleri doğrultusunda yükseköğretime, hayata veya iş alanlarına hazırlamaktır (www.meb.gov.tr).

²⁶Yükseköğretim; ortaöğretime dayalı, en az iki yıllık yüksek öğrenim veren eğitim kurumlarının tümünü kapsar. Yükseköğretimin amaç ve görevleri; bireyleri toplumun yüksek seviyede ve çeşitli kademelerdeki insan gücü ihtiyaçlarına göre yetiştirmek, çeşitli kademelerde bilimsel öğretim yapmak, toplumun genel seviyesini yükseltici ve kamuoyunu aydınlatıcı bilimsel verileri halka ulaştırmak ve yaygın eğitim hizmetlerinde bulunmaktır (www.meb.gov.tr).

Tablo 3.7. Yılları İtibariyle Eğitim Aşamalarında Okul, Öğrenci, Öğretmen ve Derslik Sayıları

ÖĞRETİM YILI	EĞİTİM AŞAMALARI	OKUL SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI	ÖĞRETMEN SAYISI	MEZUN SAYISI
1997/1998	Okul Öncesi	6.563	182.533	10.376	-
	İlköğretim	47.365	9.084.635	302.254	-
	Ortaöğretim	5.624	2.129.969	140.619	448.930
	Yükseköğretim	-	1.391.464	55.444	-
1998/1999	Okul Öncesi	6.868	204.461	10.979	-
	İlköğretim	45.102	9.609.050	317.790	-
	Ortaöğretim	5.963	2.280.676	145.903	570.460
	Yükseköğretim	-	1.445.803	59.170	-
1999/2000	Okul Öncesi	7.660	212.603	11.591	-
	İlköğretim	33.317	10.028.979	325.140	824.789
	Ortaöğretim	6.000	2.316.350	143.379	536.124
	Yükseköğretim	-	1.485.338	64.169	-
2000/2001	Okul Öncesi	8.255	227.464	11.896	-
	İlköğretim	36.072	10.480.721	345.015	1.071.189
	Ortaöğretim	6.291	2.362.653	140.969	532.952
	Yükseköğretim	-	1.587.038	66.750	-
2001/2002	Okul Öncesi	9.480	253.513	14.295	-
	İlköğretim	35.052	10.477.616	372.687	1.071.606
	Ortaöğretim	6.367	2.579.747	144.884	507.363
	Yükseköğretim	1.131	1.656.018	70.012	267.791
2002/2003	Okul Öncesi	8.873	320.038	13.356	-
	İlköğretim	35.133	10.331.645	373.303	1.165.489
	Ortaöğretim	6.210	3.023.602	137.956	530.259
	Yükseköğretim	1.203	1.882.630	74.134	289.579
2003/2004	Okul Öncesi	13.285	358.499	17.511	-
	İlköğretim	36.114	10.479.538	384.170	1.136.448
	Ortaöğretim	6.941	3.014.392	147.776	683.350
	Yükseköğretim	-	1.935.886	77.065	296.113
2004/2005	Okul Öncesi	15.929	434.771	22.109	-
	İlköğretim	35.611	10.565.389	401.288	1.125.012
	Ortaöğretim	6.816	3.039.449	167.614	590.834
	Yükseköğretim	1.283	1.969.086	82.096	316.128
2005/2006	Okul Öncesi	18.539	550.146	20.910	-
	İlköğretim	34.990	10.673.935	389.859	1.108.986
	Ortaöğretim	7.435	3.258.254	185.317	645.328
	Yükseköğretim	1.306	2.181.217	82.096	340.599
2006/2007	Okul Öncesi	20.675	640.849	24.775	-
	İlköğretim	34.656	10.846.930	402.829	1.130.599
	Ortaöğretim	7.934	3.386.717	187.665	729.535
	Yükseköğretim	1.339	2.291.762	89.329	378.818
2007/2008	Okul Öncesi	22.506	701.762	25.650	-
	İlköğretim	34.093	10.870.570	445.452	1.193.761
	Ortaöğretim	8.280	3.245.322	191.041	321.741
	Yükseköğretim	1.387	2.372.136	98.766	409.023
2008/2009	Okul Öncesi	23.653	804.765	29.342	-
	İlköğretim	33.769	10.709.920	453.318	1.180.162
	Ortaöğretim	8.675	3.837.164	196.713	548.894
	Yükseköğretim	1.495	2.757.828	100.504	447.132
2009/2010	Okul Öncesi	26.681	980.454	42.716	-
	İlköğretim	33.310	10.916.643	485.677	1.185.938
	Ortaöğretim	8.913	4.240.139	206.862	662.894
	Yükseköğretim	1.617	3.322.559	105.427	520.614
2010/2011	Okul Öncesi	27.606	1.115.818	48.330	-

2010/2011	İlköğretim	32.797	10.981.100	503.328	1.226.473
	Ortaöğretim	9.281	4.748.610	222.705	706.512
	Yükseköğretim	1.756	3.626.642	111.495	496.794
2011/2012	Okul Öncesi	28.625	1.169.556	55.883	-
	İlköğretim	32.108	10.979.301	515.852	1.252.147
	Ortaöğretim	9.672	4.756.286	235.814	712.707
2012/2013	Yükseköğretim	1.914	4.122.687	118.839	573.434
	Okul Öncesi	27.197	1.077.933	62.933	-
	İlköğretim	36.156	11.160.896	551.802	1.205.507
2013/2014	Ortaöğretim	10.418	4.995.623	254.895	727.792
	Yükseköğretim	2.086	4.676.566	130.653	648.535
	Okul Öncesi	26.698	1.059.495	63.327	-
2014/2015	İlköğretim	45.551	11.053.315	569.248	1.275.541
	Ortaöğretim	10.955	5.420.178	278.641	856.809
	Yükseköğretim	2.748	5.475.521	142.437	686.879
2015/2016	Okul Öncesi	26.972	1.156.661	68.038	-
	İlköğretim	44.513	10.712.257	591.317	1.366.138
	Ortaöğretim	9.061	5.691.071	298.378	950.168
2016/2017	Yükseköğretim	3.196	6.062.886	148.903	752.593
	Okul Öncesi	27.793	1.209.106	72.228	-
	İlköğretim	43.865	10.572.209	625.641	1.161.901
2017/2018	Ortaöğretim	10.550	5.807.643	335.690	987.634
	Yükseköğretim	3.735	6.689.185	156.168	753.480
	Okul Öncesi	29.293	1.136.123	77.109	-
2018/2019	İlköğretim	43.358	10.526.845	617.228	1.192.799
	Ortaöğretim	11.076	5.849.970	333.040	1.100.988
	Yükseköğretim	3.729	7.198.987	151.763	749.707
2019/2020	Okul Öncesi	31.246	1.501.088	84.257	-
	İlköğretim	43.712	10.694.733	452.930	1.191.856
	Ortaöğretim	11.783	5.689.527	347.969	1.052.495
2020/2021	Yükseköğretim	3.827	7.560.371	158.098	771.460
	Okul Öncesi	31.813	1.564.813	93.802	-
	İlköğretim	43.674	10.894.453	654.930	-
2021/2022	Ortaöğretim	12.506	5.649.594	371.234	-
	Yükseköğretim	3.982	7.740.502	166.225	-
	Okul Öncesi	28.625	1.169.556	55.883	-

Kaynak: Yazar tarafından Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim, TÜİK Eğitim İstatistikleri (Çevrimiçi) <http://www.tuik.gov.tr/Start.do> Erişim Tarihi 17.02.2020, Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi, (Çevrimiçi) <https://istatistik.yok.gov.tr> Erişim Tarihi: 17.02.2020, verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

Eğitim hizmeti ile ilgili temel göstergelerin başında öğrenci sayıları, bu öğrencilerin okuyacağı okullar, bu öğrencileri yetiştirecek olan öğretmenler ile mezun olan öğrencilerin sayıları gelmektedir. Tablo 3.7’de görüldüğü gibi 10 yıllık eğitim öğretim periyodunda her dönemde örgün ve yaygın eğitimde öğrenim gören öğrenci sayılarında artış görülmektedir. Öğrenci sayılarındaki artışla orantılı olarak aynı şekilde her dönemde okul ve öğretmen sayıları da artış göstermiştir. Buna karşın her dönem öğrenci sayıları ile mezun olan öğrenci sayısı arasında fark bulunmaktadır. Bu tablodan üzerinde durulması gereken önemli husus Türkiye’de okul çağındaki nüfusun toplam nüfus içerisinde önemli bir yer oluşturmasıdır. Her dönemde sayıları artmakta olan bu nüfus bize eğitim hizmeti götürülmesi gereken nüfusun büyüklüğünü göstermektedir.

Tablo 3.8’de ise Tablo 3.7’de verilen öğrenci sayılarıyla doğrudan ilişkili olan okullaşma oranları²⁷ gösterilmiştir.

Tablo 3.8. Öğretim Yılları İtibariyle Eğitim Aşamalarına Göre Okullaşma Oranı

Öğretim Yılı	Eğitim Aşamaları	Okullaşma Oranı (%)
1997/1998	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	84,74
	Ortaöğretim	37,87
	Yükseköğretim	10,25
1998/1999	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	89,26
	Ortaöğretim	38,87
	Yükseköğretim	10,76
1999/2000	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	93,54
	Ortaöğretim	40,38
	Yükseköğretim	11,62
2000/2001	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	95,28
	Ortaöğretim	43,95
	Yükseköğretim	12,27
2001/2002	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	92,40
	Ortaöğretim	48,11
	Yükseköğretim	12,98
2002/2003	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	90,98
	Ortaöğretim	50,57
	Yükseköğretim	14,65
2003/2004	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	90,21
	Ortaöğretim	53,37
	Yükseköğretim	15,31
2004/2005	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	89,66
	Ortaöğretim	54,87
	Yükseköğretim	16,60
2005/2006	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	89,77
	Ortaöğretim	56,63
	Yükseköğretim	18,85
2006/2007	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	90,13
	Ortaöğretim	56,51
	Yükseköğretim	20,14
2007/2008	Okul Öncesi	-
	İlköğretim	97,37
	Ortaöğretim	59,56
	Yükseköğretim	21,06
2008/2009	Okul Öncesi	-

²⁷Okullaşma oranı bir ülkede okul çağındaki çocuk sayısı ile, okula giden çocuk sayısının birbirine göre durumunu gösterir. Brüt okullaşma oranı; ilgili öğrenim türündeki öğrencilerin, aynı türdeki teorik yaş grubunda bulunan nüfusa bölünmesiyle; net okullaşma oranıysa; ilgili öğrenimdeki teorik yaş grubunda bulunan öğrencilerin, aynı türdeki teorik yaş grubunda bulunan nüfusa bölünmesiyle elde edilmektedir.

2008/2009	İlköğretim	96,49
	Ortaöğretim	58,52
	Yükseköğretim	27,69
2009/2010	Okul Öncesi	26,92
	İlköğretim	98,17
	Ortaöğretim	64,95
	Yükseköğretim	30,42
2010/2011	Okul Öncesi	29,85
	İlköğretim	98,41
	Ortaöğretim	66,07
	Yükseköğretim	33,06
2011/2012	Okul Öncesi	30,87
	İlköğretim	98,67
	Ortaöğretim	67,37
	Yükseköğretim	35,51
2012/2013	Okul Öncesi	26,63
	İlkokul	98,86
	Ortaokul	93,09
	Ortaöğretim	70,06
	Yükseköğretim	38,50
2013/2014	Okul Öncesi	28,03
	İlkokul	99,57
	Ortaokul	94,52
	Ortaöğretim	76,65
	Yükseköğretim	39,89
2014/2015	Okul Öncesi	32,68
	İlkokul	96,30
	Ortaokul	94,35
	Ortaöğretim	79,37
	Yükseköğretim	39,49
2015/2016	Okul Öncesi	33,26
	İlkokul	94,87
	Ortaokul	94,39
	Ortaöğretim	79,79
	Yükseköğretim	40,87
2016/2017	Okul Öncesi	35,52
	İlkokul	91,16
	Ortaokul	95,68
	Ortaöğretim	82,54
	Yükseköğretim	42,4
2017/2018	Okul Öncesi	38,52
	İlkokul	91,54
	Ortaokul	94,47
	Ortaöğretim	83,58
	Yükseköğretim	45,64
2018/2019	Okul Öncesi	39,11
	İlkokul	91,92
	Ortaokul	93,28
	Ortaöğretim	84,20
	Yükseköğretim	44,10
ORTALAMA	Okul Öncesi	32,14
	İlkokul	95,48
	Ortaokul	94,41
	Ortaöğretim	71,47
	Yükseköğretim	35,30

Kaynak: Yazar tarafından Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Öğretim (<http://sgb.meb.gov.tr/>) verileri derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 3.8 okul çağındaki nüfusun ne kadarına eğitim hizmeti sunulduğunu göstermektedir. Buna göre Türkiye için okullaşma oranı 10 yıllık süreçte artış eğilimi izlemesine rağmen, oranlar ilköğretim aşaması dışında istenen düzeyde değildir. İlköğretim aşamasında da 1997 yılında yürürlüğe giren Sekiz Yıllık Kesintisiz Zorunlu Temel Eğitim Kanunu²⁸ ile zorunlu temel eğitimin süresi sekiz yıla çıkarılmış ve ilköğretimde okullaşma oranında iyileşme görülmüştür. Her ne kadar bazı aşamalarda oran düşük de olsa öğrenci sayısı toplam nüfus içerisinde yüksek bir paya sahiptir. Bu oran devlete ayrıca bir sorumluluk yüklemektedir. 10 yıllık süreç içerisinde devam eden artışın sürdürülebilir olması önemlidir. Ayrıca, oranda iyileştirme sağlamak için okul çağındaki nüfusun öğrenime katılmasını sağlamak, eğitime ulaşamayanlara eğitimi götürmek yapılması gerekenler arasındadır.

Aynı zamanda eğitime yüksek katılımın sağlandığı, eğitimli nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının yüksek olduğu ülkeler birçok avantaja da sahiptir. Bu avantajlardan birisi de özellikle son dönemde ortaya çıkan ve bütün dünyayı etkisi altına alan Yeni Koronavirüs (Sars-CoV 2) gibi küresel ölçekte yaşanan salgın hastalıklarla mücadelede ortaya çıkmaktadır. Epidemi veya pandemi ile mücadelede eğitimli ve bilinçli bir topluma sahip olunması, hastalığın seyri açısından önem arz etmektedir. Yayılma riski çok yüksek olan bu tip hastalıklarda, sağlık personelleri ve devlet yetkilileri tarafından yapılan uyarılar ve uygulanan tedbirlere riayet eden bir toplum, hastalıkla mücadelede başarıya ulaşılması adına son derece önemlidir. Böyle bir toplumu oluşturma tek yolu ise eğitime katılan nüfusun oranının artırılmasıyla mümkün olabilir.

Eğitime dair uluslararası alanda önemli göstergelerden birisi de PISA (Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı) verileridir. Tabloda 3.9’da PISA’nın 2018 yılı raporuna göre OECD üye ülkelerinde okuma becerisi, matematik ve fen bilimleri alanlarında puan ortalamaları sonuçları verilmiştir.

²⁸ 18.08.1997 tarih ve 23084 sayılı Resmi Gazete.

Tablo 3.9. 2018 Yılı PISA Verilerine Göre OECD Üye Ülkelerinde Okuma Becerisi, Matematik ve Fen Bilimleri Puan Ortalamaları

Ülkeler	Okuma Becerisi	Matematik	Fen Bilimleri
Estonya	523	523	530
Kanada	520	512	518
Finlandiya	520	507	522
İrlanda	518	500	496
Kore	514	526	519
Polonya	512	516	511
İsveç	506	502	499
Yeni Zelanda	506	494	508
ABD	505	478	502
İngiltere	504	502	505
Japonya	504	527	529
Avustralya	503	491	503
Danimarka	501	509	493
Norveç	499	501	490
Almanya	498	500	503
Slovenya	495	509	507
Belçika	493	508	499
Fransa	493	495	493
Portekiz	492	492	492
Çekya	490	499	497
Hollanda	485	419	503
Avusturya	484	499	490
İsviçre	484	515	495
Letonya	479	496	487
İtalya	476	487	468
Macaristan	476	481	481
Litvanya	476	481	482
İzlanda	474	495	475
İsrail	470	463	462
Lüksemburg	470	483	477
Türkiye	466	454	468
Slovakya	458	486	464
Yunanistan	457	451	452
Şili	452	417	444
Meksika	420	409	419
Kolombiya	412	391	413
İspanya	-	481	483
OECD Ortalama	487	489	489

Kaynak: OECD, 2019a.

Tablo 3.9'dan yapılacak çıkarımlardan ilki, öğrenci başına yapılan eğitim harcamasının düşük olmasının o ülkedeki öğrencilerin başarısız olacağı anlamına gelmediğidir. Örneğin; PISA verilerinde 37 OECD üye ülkesi arasında tüm alanlarda en başarılı ülke konumunda bulunan Estonya, öğrenci başına yapılan eğitim harcamalarında 31 OECD üye ülkesi arasında son 10 sırada yer alan ülkelerden bir tanesidir. Aynı örnek Polonya için de verilebilir. Tam tersi duruma ise İzlanda örneği verilebilir. İzlanda öğrenci başına eğitim harcamalarında en yüksek harcama yapan ilk 10 ülkeden birisi iken PISA verilerinde 28'inci sırada kendisine yer bulmuştur. Türkiye ise PISA verilerine göre 37 OECD üye ülkesi arasında okuma becerisinde 31'inci, matematikte 34'üncü ve fen bilimlerinde 31'inci Sırada yer almaktadır. İlk 20 sıradaki ülkeler her üç alanda OECD ortalamasının üzerinde yer alırken, Avustralya, İsviçre gibi ülkeler bir veya iki alanda ortalamanın üzerine çıkmıştır. Türkiye, Yunanistan, Meksika gibi ülkeler ise her üç alanda da ortalamanın altında kalmıştır. Türkiye'nin ortalama altında kalma sebepleri arasında; yıllar itibarıyla eğitim sisteminde bir istikrarın sağlanamaması, uygulamaya geçirilen projelerin arzu edilen başarıyı getirmemesi gibi nedenler sıralanabilir.

2. SAĞLIK HARCAMALARI VE SAĞLIKLA İLGİLİ TEMEL GÖSTERGELER

Bölümün ikinci ana başlığı olan sağlık harcamaları ve sağlıkla ilgili bazı temel göstergeler kısmında öncelikle Türkiye ve OECD üye ülkelerinde sağlık harcamalarının genel seyri değerlendirilecek daha sonra sağlıkla ilgili önemli bazı göstergelere yer verilecektir.

2.1. Türkiye ve OECD Üye Ülkelerinde Sağlık Harcamaları

Bu başlık altında ilk olarak Türkiye'ye ait uzun dönem sağlık harcamaları verileri TÜİK istatistikleri ışığında incelenecek ardından OECD verilerine göre Türkiye ve OECD üye ülkelerinde kamu sağlık harcamaları analiz edilecektir. Tablo 3.10'da Türkiye'de 1999-2018 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının GSYH ve konsolide bütçe içerisindeki payı yer almaktadır.

Tablo 3.10. 1999-2015 Yılları Arasında Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH ve Konsolide Bütçe İçerisindeki Payı

Yıllar	Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	GSYH (Milyon TL)	Konsolide Bütçe (Milyon TL)	Kamu Sağlık Harcamaları/ GSYH	Kamu Sağlık Harcamaları/Konsolide Bütçe
1999	3.048	104.595	27.266	2,91	11,18
2000	5.190	166.658	46.827	3,11	11,08
2001	8.438	240.224	48.519	3,51	17,39
2002	13.270	350.476	98.131	3,79	13,52
2003	17.462	454.780	147.230	3,84	11,86
2004	21.389	559.033	150.658	3,83	14,20
2005	23.987	648.931	156.088	3,70	15,37
ORTALAMA				3,53	13,51

Kaynak: Yazar tarafından TÜİK Sağlık İstatistikleri (Çevrimiçi) http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi: 17.01.2020; TÜİK Temel İstatistikler (Çevrimiçi) <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 17.01.2020 verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 3.10’a göre Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının yıllar itibariyle artan bir seyir izlediği görülmektedir. Harcamaların GSYH içerisindeki payında ise 2013 yılına kadar bir artıştan söz etmek mümkün olsa da bu yıldan sonra oran bir düşüş trendine girmiştir. 2003 yılında oran %3,84 ile tablo içerisindeki en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Buradaki artışın temel sebebi 2003 yılı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesi olmuştur. Program bazında uygulanacak olan projelere gereken kaynak ihtiyacı harcamaların artmasına ve harcamaların GSYH içerisindeki payında yükselmeye neden olmuştur. Oranda ortalama %3,53’tür. 2001 yılı ve öncesi oran ortalamanın altındayken 2002 yılı ve sonrası oran ortalamanın üzerindedir. Kamu sağlık harcamalarının konsolide bütçe içerisindeki payında sürekli bir iniş çıkış gözlemlenmektedir. Özellikle 2001 krizinde oranın %17,39 seviyelerine çıkması dikkat çekicidir. 5018 sayılı kanuna geçiş dönemi olan 2003 yılında ise oran %11 seviyelerine gerilemiştir. Tablo 3.11’de kamu sağlık harcamalarının 5018 sayılı KMYKK ile birlikte geçiş yapılan merkezi yönetim bütçesi ve GSYH içerisindeki payı verilmiştir.

Tablo 3.11. 2006-2018 Yılları Arasında Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH ve Konsolide Bütçe İçerisindeki Payı

Yıllar	Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	GSYH (Milyon TL)	Merkezi Yönetim Bütçe (Milyon TL)	Kamu Sağlık Harcamaları/ GSYH	Kamu Sağlık Harcamaları/Konsolide Bütçe
2006	30.116	758.390	174.958	3,97	17,21
2007	34.530	843.178	204.988	4,10	16,84

2008	42.159	950.534	222.553	4,44	18,94
2009	46.890	952.558	262.217	4,92	17,88
2010	48.482	1.098.799	286.981	4,41	16,89
2011	54.580	1.297.713	312.572	4,21	17,46
2012	58.785	1.416.798	350.898	4,15	16,75
2013	66.228	1.567.289	404.045	4,23	16,39
2014	73.382	1.748.167	434.995	4,20	16,87
2015	82.121	2.338.647	472.943	3,51	17,36
2016	94.012	2.608.526	570.507	3,60	16,48
2017	109.744	3.035.450	645.124	3,62	17,01
2018*	128.021	3.445.782*	762.753	3,72	16,78
ORTALAMA				4,08	17,14

Kaynak: Yazar tarafından TÜİK Sağlık İstatistikleri (Çevrimiçi) http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi: 17.01.2020; TÜİK Temel İstatistikler (Çevrimiçi) <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi: 17.01.2020 verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 3.11'e göre kamu sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payında 2009 yılına kadar bir artış görülmektedir. 2009 yılında yakalanan %4,92'lik oran tablo özelinde en yüksek seviyedir. Bu yılda görülen yüksek seviyede 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının devamı niteliğinde olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi'nin hayata geçirilmesinin etkisi olmuştur. 2009 yılında oranda görülen bu iyileşme sürdürülebilir olmamış ve oran bu yıldan sonra 2012 yılına kadar düşüş göstermiştir. 2012 yılında sonra ise oranda artış ve azalışlar sürmüştür. Oranda ortalama %4,08'dir. 2014 yılı ve öncesi (2006 yılı hariç) oran ortalamanın üzerinde seyrederken, 2015 yılı ve sonrası oran ortalamanın altındadır. Kamu sağlık harcamalarının merkezi yönetim bütçesi içerisindeki payında ise GSYH'e göre daha fazla iniş çıkışlar yaşanmıştır. 2008 yılında yakalanan %18,94'lük oran tablo özelinde en yüksek seviyedir.

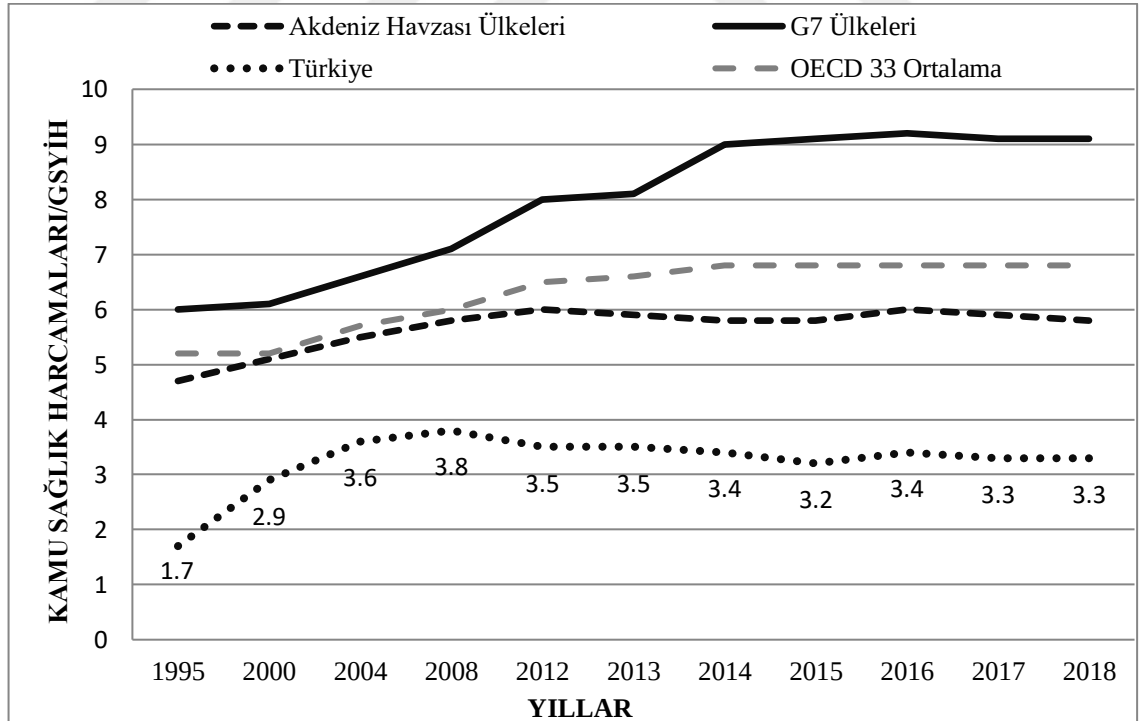
Türkiye'ye ait uzun dönem verileri TÜİK aracılığıyla verildikten sonra bu harcamaların OECD ülkelerindeki durumuyla Türkiye'yi karşılaştırmak önem arz etmektedir. Bu sayede Türkiye'nin sağlık alanında OECD üye ülkelere göre hangi konumda olduğu net bir şekilde görülecektir. Tablo 3.12'de yıllar itibarıyla Türkiye ve seçilmiş OECD üye ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı verilmiştir.

Tablo 3.12. Yıllar İtibariyle OECD Üye Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı

Ülkeler/ Yıllar	1995	2000	2004	2008	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Avustralya	4,6	5,2	5,5	5,7	5,9	5,9	6,1	6,4	6,3	6,3	6,4
Avusturya	6,7	7,0	7,1	7,3	7,6	7,6	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
Belçika	5,7	5,9	7,0	7,2	8,0	8,1	8,1	8,0	7,9	8,0	8,0
Kanada	6,1	5,8	6,3	6,8	7,4	7,3	7,2	7,5	7,6	7,4	7,5
Şili	-	3,8	3,7	3,8	4,2	4,4	4,6	4,9	5,0	5,4	5,2
Çekya	5,1	5,1	5,7	5,2	5,9	6,5	6,3	6,0	5,9	5,9	6,2
Danimarka	6,4	6,7	7,5	8,0	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,5	8,8
Finlandiya	5,2	5,0	5,8	6,1	7,1	7,3	7,3	7,4	7,1	6,9	6,8
Estonya	-	4,0	3,9	4,4	4,5	4,5	4,6	4,8	4,9	4,8	4,9
Fransa	7,8	7,6	8,0	8,1	8,6	8,7	8,9	8,8	9,5	9,4	9,3
İsrail	4,7	4,3	4,3	4,3	4,5	4,5	4,5	4,5	4,7	4,7	4,8
Almanya	7,6	7,7	7,6	7,6	9,0	9,2	9,2	9,3	9,4	9,5	9,5
Yunanistan	4,2	4,5	4,8	5,5	5,9	5,2	4,6	4,7	5,1	4,9	4,7
Macaristan	5,6	4,7	5,5	4,9	4,9	4,8	4,8	4,8	4,9	4,8	4,6
İzlanda	6,6	7,2	7,7	7,1	6,6	6,6	6,7	6,6	6,7	6,8	6,8
İrlanda	4,5	4,6	5,7	7,2	7,7	7,3	6,9	5,3	5,4	5,3	5,3
İtalya	4,9	5,5	6,2	6,7	6,8	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,5
Japonya	5,1	5,8	6,1	6,7	9,1	9,1	9,1	9,2	9,1	9,2	9,2
Kore	1,4	2,2	2,7	3,3	3,8	3,9	4,0	4,1	4,3	4,5	4,8
Meksika	-	2,0	2,6	2,6	3,0	3,1	2,9	3,0	2,9	2,8	2,8
Hollanda	5,5	5,3	6,3	7,7	8,7	8,6	8,6	8,4	8,4	8,2	8,2
Yeni Zelanda	5,4	5,8	6,3	7,4	7,8	7,5	7,5	7,4	7,3	7,2	7,4
Norveç	6,1	6,3	7,3	6,7	7,4	7,6	8,0	8,6	9,0	8,9	8,7
Polonya	3,6	3,6	4,0	4,6	4,3	4,5	4,4	4,4	4,5	4,5	4,5
Portekiz	4,4	5,9	6,6	6,4	6,1	6,1	6,0	5,9	6,0	5,9	6,0
İspanya	5,1	4,9	5,5	6,1	6,5	6,4	6,4	6,5	6,4	6,3	6,2
İsveç	6,3	6,3	6,8	6,8	9,1	9,2	9,3	9,2	9,2	9,2	9,3
İsviçre	5,0	5,5	6,5	6,2	7,0	7,3	7,3	7,5	7,7	7,9	7,8
Slovakya	-	4,7	5,0	5,3	5,5	5,6	5,5	5,5	5,6	5,4	5,4
Slovenya	-	5,7	5,8	5,8	6,3	6,3	6,1	6,1	6,2	5,9	5,8
Türkiye	1,7	2,9	3,6	3,8	3,5	3,5	3,4	3,2	3,4	3,3	3,3
İngiltere	5,8	4,7	5,7	6,3	6,9	7,8	7,8	7,7	7,7	7,6	7,5
ABD	4,7	5,5	6,6	7,2	7,9	7,9	13,8	14,2	14,5	14,4	14,3
OECD 33 Ortalama	5,2	5,2	5,7	6,0	6,5	6,6	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8

Kaynak: Yazar tarafından OECD Stat, (Çevrimiçi) <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 19.01.2020, verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 3.12'ye göre, Türkiye 33 OECD üye ülkesi arasında kamu sağlık harcamaları/GSYH oranında Meksika'dan sonra en düşük orana sahip ülke konumundadır. Veri yılları itibariyle 33 OECD üye ülke ortalamasının da çok altında kaldığı açıkça görülmektedir. 1995 ve 2000 yılı haricinde çok küçük iniş ve çıkışlar görülmekle beraber oran neredeyse hep aynı seviyesinde devam etmiştir. 1995 yılından 2008 yılına kadar görülen artış trendi ve 2008 yılında yakalanan %3,8'lik oran umut verici olsa da artışta istikrar sağlanamamış ve 2018 yılında oran %3,3 seviyelerine gerilemiştir. Tıpkı kamu eğitim harcamaları/GSYH'de olduğu gibi kamu sağlık harcamaları/GSYH'de de İskandinav ülkeleri yüksek oranlarıyla dikkat çekmektedir. Tablo 3.12'nin en çarpıcı oranlarını ise ABD yakalamıştır. 2013 yılında %8 seviyelerinde olan oran büyük bir sıçrama ile 2014 yılında yüzde %14 seviyelerine yükselmiş ve bu yıldan sonra bu seviyelerde kalmaya devam etmiştir. 2018 yılı itibariyle 33 OECD üye ülkesinden 17'si ortalamanın gerisinde kalırken 16 ülke oranda ortalamanın üzerine çıkmıştır. Şekil 3.2'de yıllara göre Türkiye'nin çeşitli ülke grupları ile birlikte kamu sağlık harcamaları/GSYH oranının görünümü verilmiştir.

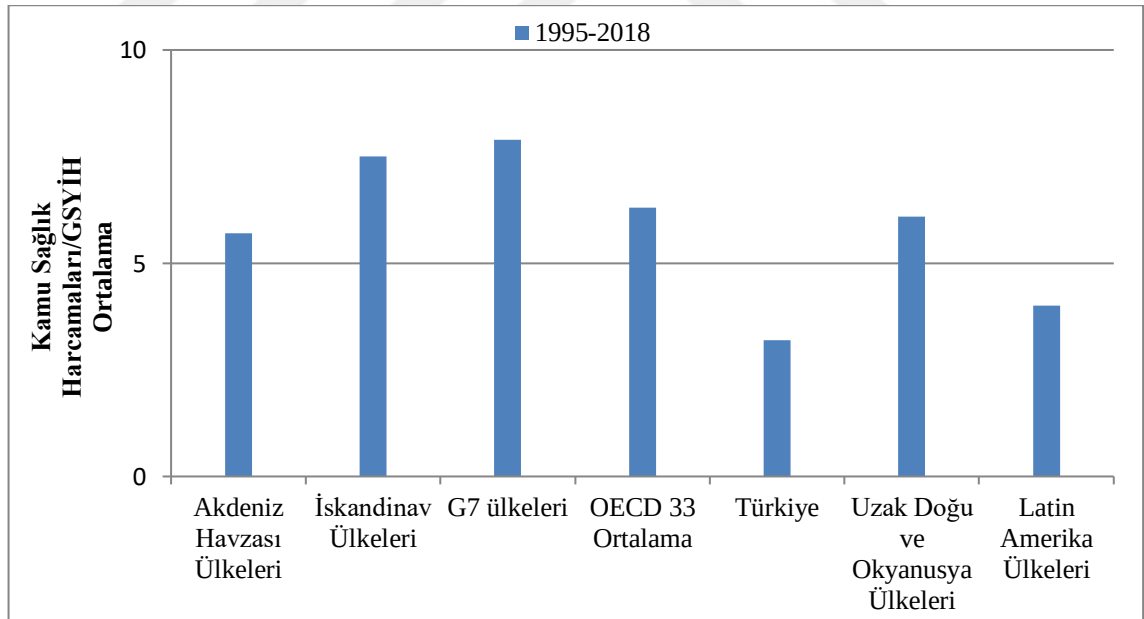


Şekil 3.2. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında Yıllar İtibariyle Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı

Kaynak: Yazar tarafından OECD Stat, (Çevrimiçi) <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 19/01/2020, verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

*33 OECD üye ülkesi, üçüncü bölümdeki tablolarda kıyasa konu ülkelerin ilgili yıl ortalamalarıdır. Akdeniz havzası ülkeleri; Fransa, İsrail, İspanya, İtalya, Slovenya, Yunanistan ve Türkiye'dir.

Şekil 3.2'ye göre, Türkiye'nin diğer ülke gruplarına göre çok daha düşük seviyelerde kaldığı görülmektedir. Türkiye veri başlangıç yılı olan 1995'te kendisinin de dâhil olduğu Akdeniz havzası ülkelerine göre çok aşağıda durumdadır ve devam eden yıllarda da bu ülkelerin ortalamasını yakalayamamıştır. 2008 yılında yakalanan %3,8'lik oran Türkiye'yi Akdeniz Havzası ülkelerine görece yaklaştırsa da bu yıldan sonra oranda görülen düşüş trendi Türkiye'yi bu ülke grubundan yeniden uzaklaştırmıştır. Kamu eğitim harcamaları/GSYH'te bazı yıllarda diğer ülke grupları ortalaması yakalanmış ve hatta bazı yıllarda diğer ülke grupları ortalamasının üzerine çıkmıştır. Kamu sağlık harcamaları/GSYH'te ise bu olumlu durumun yakalanamadığı gözlemlenmektedir. Şekil 3.2'de G7 ülkelerinin özellikle son yıllarda yakalamış oldukları %9'luk oran ile çok üst seviyelerde oldukları bu ülkeleri takiben ise 33 OECD üye ülkesi ortalamasının geldiği görülmektedir. Yıl bazlı göstergeler verildikten sonra, Grafik 3.2'de Türkiye ve çeşitli ülke gruplarının 1995-2018 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payında yakaladıkları ortalama oran gösterilmiştir.



Grafik 3.2. Türkiye ve Çeşitli Ülke Gruplarında 1995-2018 Yıllarında Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payının Ortalaması

Kaynak: Yazar tarafından OECD Stat, (Çevrimiçi) <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 19.01.2020; World Bank, (Çevrimiçi) <https://databank.worldbank.org>, Erişim Tarihi: 19.01.2020, verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

*33 OECD üye ülkesi, üçüncü bölümdeki tablolarda kıyasa konu ülkelerin 1995-2016 ortalamalarıdır. Akdeniz havzası ülkeleri; Fransa, İsrail, İspanya, İtalya, Slovenya, Yunanistan ve Türkiye'dir. İskandinav ülkeleri; Danimarka, Finlandiya, İsveç, İzlanda ve Norveç'tir. Uzak Doğu ve Okyanusya Ülkeleri; Japonya, Kore, Avustralya ve Yeni Zelanda'dır. Latin Amerika ülkeleri; Arjantin, Brezilya, Meksika ve Şili'dir.

Grafik 3.2'ye göre Türkiye, kamu sağlık harcamaları/GSYH oranında yakalamış olduğu %3,2'lik ortalama ile uzun dönemde diğer tüm ÷lke ortalamalarının gerisinde kalmıştır. Grafik 3.2'ye göre en yüksek ortalama sağlık harcamaya sahip ÷lke grubu G7 ÷lkeleri olurken, bu grubu İskandinav ÷lkeleri takip etmektedir. Türkiye'den sonra en düşük ortalama sağlık harcamaya sahip ikinci ÷lke grubu ise Latin Amerika ÷lkeleridir. Tablo 3.13'te 36 OECD üye ÷lkesinde kişi başına düşen sağlık harcamaları, GSYH'in satın alma gücü paritesi kullanılarak hesaplanan değerin USD karşılığına göre verilmiştir.

Tablo 3.13. Satın Alma Gücü Paritesine Göre OECD ÷lkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları (PPP-USD), 2017

÷lkeler	Kişi Başına Sağlık Harcaması
Avustralya	4.790,5
Avusturya	5.270,2
Belçika	4.832,3
Kanada	4.811,8
şili	2.095,3
Çekya	2.850,4
Danimarka	5.024,5
Estonya	2.120,5
Finlandiya	4.126,7
Fransa	4.930,8
Almanya	5.847,7
Yunanistan	2.207,1
Macaristan	1.996,4
İzlanda	4.153,9
İrlanda	4.631,1
İsrail	2.666,4
İtalya	3.376,3
Japonya	4.629,6
Kore	2.870,3
Letonya	1.649,3
Litvanya	2.182,5
Lüksemburg	4.940,7
Meksika	1.105,0
Hollanda	5.155,0
Yeni Zelanda	3.742,2
Norveç	6.063,6
Polonya	2.047,7
Portekiz	2.758,5

Slovakya	2.187,8
Slovenya	2.801,2
İspanya	3.224,1
İsveç	5.264,4
İsviçre	7.146,8
Türkiye	1.185,6
İngiltere	3.942,9
ABD	10.206,5
OECD Ortalama	3.856,5

Kaynak: OECD Stat, (Çevrimiçi) <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 08.02.2020.

Tablo 3.13'e göre Türkiye, Meksika'dan sonra kişi başı sağlık harcamasında en düşük harcamaya sahip ülke konumundadır. 2017 yılında 36 üye ülkenin ortalaması 3.856,5\$ iken Türkiye yapmış olduğu 1.185,6\$'lık harcama ile ortalamanın da çok gerisinde kalmıştır. Tablo 3.13'de en dikkat çekici sağlık harcaması ABD'ye aittir. ABD'de kişi başına yapmış olduğu 10.206,5\$'lık harcama ile üye ülkeler içerisinde en yüksek harcamaya sahip ülke konumundadır. ABD'den sonra sırasıyla en yüksek kişi başı harcama yapan üç ülke 7.146,8\$ ile İsviçre, 6.063,6\$ ile Norveç ve 5.847,7\$ ile Almanya'dır. Kişi başına en az harcama yapılan üç ülke ise sırasıyla 1.105,0\$ ile Meksika, 1.185,6\$ ile Türkiye ve 1.649,3\$ ile Letonya'dır. Türkiye'nin ortalamanın altında kalma sebebi ise, sağlık sigortası kapsamının dışında kalan bireylerin kamu sağlık harcamalarından yararlanamaması ve sağlık hizmetleri için gerekli harcamaları cepten yapmasıdır.

2.2. Diğer Temel Göstergelere Göre Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık harcamaları ve kişi başına sağlık harcaması TÜİK ve OECD verileriyle analiz edildikten sonra bu başlık altında sağlıkla ilgili temel bazı göstergelere yer verilecektir. Tablo 3.14'te yıllar itibarıyla Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı verilmiştir.

Tablo 3.14. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları, Sağlık Bakanlığı

Kurumlar/Yıllar	2002	2009	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	5.005	3.842	-	-	-	-	-	-
Aile Hekimi Birimi	-	6.546	21.175	21.384	21.696	24.428	25.198	26.252
Aile Sağlığı Merkezi	-	2.086	6.756	6.829	6.902	7.636	7.774	7.979
Toplum Sağlığı Merkezi	-	429	971	970	970	970	972	776
Sağlık Evi	2.899	2.857	5.594	5.572	5.544	5.419	5.320	5.259

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP)	298	220	183	182	182	181	177	172
Verem Savaş Dispanseri	277	229	177	179	181	180	177	173
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	122	134	132	156	159	166	175
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.317	2.072	2.186	2.323	2.400	2.618	2.735
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	-	83	83	83	83	83	83

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020: 145.

Tablo 3.14'e göre 2009 yılından 2013 yılına kadar geçen sürede Aile Hekimi Birimi ve Aile Sağlığı Merkezi sayılarında ciddi artış görülmüş, Sağlık Ocakları'nın sayısı ise 2002 yılından 2009 yılına kadar olan süreçte 5.005'ten 3.842'ye düşmüş, 2010 yılından sonra ise Sağlık Ocakları'na dair herhangi bir sayısal veriye rastlanmamıştır. Bunun sebebi 2010 yılından itibaren Sağlık Ocakları'nın yerlerini tamamen Aile Hekimi Birimi ve Aile Sağlığı Merkezlerine bırakmasıdır. Çiçeklioğlu vd., (2013 :28-29) Sağlık Ocaklarından Aile Hekimliği Sistemi'ne geçişi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmasına teslim edilmesi olarak ifade etmektedir. 2002 yılında alt yapısı hazırlanan, 2005 yılında ilk pilot uygulamaları yapılan ve 2010 yılında resmi olarak geçişi yapılan bu uygulama birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) kapsamında başlatılan bu süreç daha yüksek emek gücü gerektirdiğinden iş güvencesizliği, gelir güvencesizliği, mesleki özerklik kaybı gibi olumsuz sonuçlar meydana getirmektedir.

Tablo 3.15'te 2018 yılında Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastaneler ve bu hastanelerin yatak sayıları, Tablo 3.16'da ise bu hastaneler ve yatak sayılarının sektörlere göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 3.15. Türkiye'de İkinci Ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayıları, 2018

Dallar	Hastane	Yatak
Genel Hastane	1.423	212.883
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	25	4.825
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	19	2.904
Göz Hastalıkları Hastanesi	25	316
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	12	3.569
Psikiyatri Hastanesi	11	3.887

Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	4	599
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	4	1.339
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	246
Onkoloji Hastanesi	2	712
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	33
Lepra Hastanesi	1	34
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	75
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54
Toplam	1.518	225.863

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020: 120.

Tablo 3.16. Türkiye’de İkinci Ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı, 2018

Sektörler	Hastane		Yatak	
	Sayısı	%	Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı	889	58,0	139.651	60,2
Üniversite	68	4,4	42.066	18,1
Özel	577	37,6	50.196	21,7
Toplam	1.534	100	231.913	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2018: 115.

Tablo 3.15 ve 3.16’ya göre gösterilen veriler doğrultusunda, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nı özel hastaneler takip ederken üniversite hastaneleri bu grupta son sırada yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın diğer sektörlere göre daha fazla pay üstlenmesi devlet olmanın bir gereği olan halk sağlığının korunması ilkesinin yerine getirilmesi olarak ifade edilebilir. Hizmetin sunumunda yüksek pay üstlenen kamunun sunduğu hizmetin kalitesi ise güncel olarak tartışılmaya devam eden bir konudur. Tablo 3.17’de, değinilen tüm basamaklardaki sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık personellerinin unvan ve kurumlara göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 3.17. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2018

Personelin Unvanı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	43.347	14.438	25.109	82.894
Pratisyen Hekim	39.442	291	4.320	44.053
Asistan Hekim	8.770	17.411	-	26.181
Diş Hekimi	10.814	4.224	15.577	30.615
Eczacı	3.064	691	28.277	32.032
Hemşire	126.891	29.263	34.345	190.499

Ebe	52.495	789	3.067	56.351
Diğer Sağlık Personeli	121.206	16.493	39.710	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	236.155	48.377	91.835	376.367
Toplam Personel Sayısı	642.184	131.977	242.240	1.016.401

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020: 225.

2018 yılında Türkiye nüfusu 82.003.882 olarak açıklanmıştır (TÜİK). Aynı yılda Sağlık Bakanlığı'na bağlı uzman ve pratisyen hekim sayısı toplamı ise 82.789'dır. Bu iki veriden yararlanarak Türkiye'de 2018 yılında her 991 kişiye bir uzman veya pratisyen hekim düştüğü sonucuna ulaşılabilir. Son 10 yılda Türkiye nüfus artışı ortalama 1.022.427 iken Sağlık Bakanlığına bağlı uzman ve pratisyen hekim sayısındaki artış ortalama 2.714'tür. Hizmeti sunan kuruluş sayılarında her ne kadar artış görülse de, bu hizmeti verecek olan personel sayısının ortalama nüfus artış hızı dikkate alındığında yetersiz kaldığı açık bir şekilde görülmektedir. Aynı zamanda bir hekime düşen kişi sayısının bu denli fazla olmasının sunulan hizmetin kalitesinin düşmesi, hizmete yeterli seviyede erişememe gibi hususları da meydana getirdiği söylenebilir.

Türkiye'ye ait istatistikler Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndan yararlanılarak verildikten sonra Tablo 3.18'de Türkiye ve OECD üye ülkelerinde 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayılarına yer verilmiştir.

Tablo 3.18. OECD Üye Ülkelerinde 1000 Kişiye Düşen Uzman Doktor ve Hemşire Sayıları, 2017

Ülkeler	Doktor Sayısı	Hemşire Sayısı
Avustralya	3,87	12,98
Kanada	2,72	10,86
Danimarka	4,27	11,20
Finlandiya	3,3	15,60
Fransa	3,37	10,48
Almanya	4,64	16,7
İzlanda	3,87	14,5
İrlanda	3,26	12,16
İsrail	3,29	5,84
İtalya	4,1	6,71
Japonya	2,5	11,70
Kore	2,3	6,9
Letonya	3,44	4,59
Litvanya	4,85	7,74

Lüksemburg	3,1	11,98
Hollanda	3,2	12,60
Yeni Zelanda	3,28	10,9
Norveç	5,38	20,8
Polonya	2,58	5,14
Slovakya	3,42	5,65
Slovenya	3,16	10,08
İspanya	4,17	5,96
İsveç	4,40	11,51
İsviçre	4,37	17,2
Türkiye	1,87	2,07
ABD	2,74	11,74
OECD 25 Ortalama	3,52	10,5

Kaynak: Yazar tarafından OECD Stat, (Çevrimiçi) <https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi: 09.02.2020, verilerinden derlenerek oluşturulmuştur.

Tablo 3.18'e göre 25 OECD üye ülkesi içerisinde 1000 kişiye düşen uzman doktor ve hemşire sayılarında en düşük sayı Türkiye'ye aittir. Hem sağlık personellerinin çalışma arzuları ve işgücü yükleri açısından hem de hizmetten yararlanan bireylerin aldıkları hizmetin kaliteleri açısından yeterli sağlık personeline sahip olmak önem arz etmektedir. Ancak Tablo 3.18'den görülmektedir ki Türkiye bu hususta diğer ülkelerin çok gerisinde kalmıştır. Eğitim sisteminde yeterli kaliteye ulaşamaması, ülkede yetişen bireylerin daha iyi yaşam koşullarının olduğu diğer ülkelere yerleşmeleri (beyin göçü) Türkiye'de sağlık alanında yeterli personel bulunmamasının temel sebepleri arasında sayılabilmektedir. Yaklaşık 2 doktor ve hemşireye 1000 kişinin düştüğü Türkiye'de bu durum sağlık personelinin iş yükünün artmasına ve dolayısıyla hizmet verimliliğinin ve kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Üye ülkeler arasında 1000 kişiye en fazla doktor ve hemşirenin düştüğü ülke ise Norveç'tir. Türkiye'den sonra bu sayıda en geride kalan ülke doktor sayısında Japonya, hemşire sayısında ise Polonya'dır. Türkiye, Slovakya, Kore, İtalya gibi üye ülkelerin 15'i 1000 kişiye düşen doktor sayısında ortalamanın altında kalırken, yine Türkiye, İspanya, Slovakya, İsrail gibi 9 ülke de 1000 kişiye düşen hemşire sayısında ortalamanın altında kalmıştır.

Tıbbi personel sayısının ne denli önemli olduğu küresel ölçekte yaşanan salgınlarda²⁹ bir kez daha görülmüştür. Özellikle 2019 Aralık ayında ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Corona Virüsü (COVID-19) ile mücadelede başarılı olabilmek için hem sağlık hizmetleri altyapısının durumu hem de tıbbi personel sayısının birinci derecede önemli olduğu görülmüştür. Sağlık hizmetleri alt yapısının güçlü olduğu ve tıbbi personel sayısının nüfusuna göre yeterli oranda olduğu ülkeler, küresel ölçekte yaşanan salgın hastalıklarla mücadelede diğer ülkelere oranla daha avantajlı durumda olmaktadır.

3. EĞİTİM VE SAĞLIK HARCAMALARININ BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLDİĞİ TEMEL GÖSTERGELER

Bu kısımda hem eğitim hem de sağlık harcamaları ile ilgili temel bileşenleri içeren göstergelere yer verilmiştir. Tablo 3.19’da hem sağlık hem de eğitimle ilgili bileşenler içeren, aynı zamanda gini ve kişi başına düşen milli gelir gibi göstergeleri de kapsayan İnsani Gelişmişlik Endeksi ve bileşenleri gösterilmiştir.

Tablo 3.19. İnsani Gelişmişlik Endeksi ve Bileşenleri, 2018

Çok Yüksek İnsani Gelişmişlik	İnsani Gelişmişlik Endeksi	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Beklenen Eğitim Süresi	Ortalama Eğitim Süresi	Kişi Başına Düşen Milli Gelir (PPP-USD)
1- Norveç	0.954	82.3	18.1	12.6	68,059
2- İsviçre	0.946	83.6	16.2	13.4	59,375
3- İrlanda	0.942	82.1	18.8	12.5	55,660
4- Almanya	0.939	81.2	17.1	14.1	46,946
5- Hong Kong – Çin	0.939	84.7	16.5	12.0	60,221
6-Avustralya	0.938	83.3	22.1	12.7	44,097
7- İzlanda	0.938	82.9	19.2	12.5	47,566
8- İsveç	0.937	82.7	18.8	12.4	47,955
9- Singapur	0.935	83.5	16.3	11.5	83,793
10- Hollanda	0.933	82.1	18.0	12.2	50,013

²⁹Tarihin ilk bilinen küresel salgınlarından olan Justinyen Vebası (MS 541-750), Avrupa’da yaklaşık 25 milyon insanın ölümüyle sonuçlanan Kara Veba (1347-1351), yine milyonlarca insanın ölümüne sebep olan Kolera salgını (1817-1823) ve İspanyol Gribi (1918-1920) geçmişte yaşanan küresel salgın hastalıkların başlıca örnekleridir. Yakın dönemde ise 2002-2003 yılları arasında yaşanan ve hızla yayılan SARS virüsü ve yine küresel ölçekte birçok can kaybına sebep olan Domuz Gribi veya diğer adıyla H1N1 virüsü (2009-2010) insanoğlunun mücadele ettiği en bilinen küresel salgın hastalıklardır. Öte yandan, günümüzde ise 2019 yılının sonlarında Çin’in Wuhan kentinde ortaya çıkan ve hızla diğer ülkelere yayılan, dünya çapında birçok ölüme neden olan yeni tip koronavirüs ile mücadele edilmektedir.

11- Danimarka	0.930	80.8	19.1	12.6	48,836
12- Finlandiya	0.925	81.7	19.3	12.4	41,779
13- Kanada	0.922	82.3	16.1	13.3	43,602
14- Yeni Zelanda	0.921	82.1	18.8	12.7	35,108
15- İngiltere	0.920	81.2	17.4	13.0	39,507
16- ABD	0.920	78.9	16.3	13.4	56,140
17- Belçika	0.919	81.5	19.7	11.8	43,821
18- Lihtenştayn	0.917	80.5	14.7	12.5	99,732
19- Japonya	0.915	84.5	15.2	12.8	40,799
20- Avusturya	0.914	81.4	16.3	12.6	46,231
21- Lüksemburg	0.909	82.1	14.2	12.2	65,543
22- İsrail	0.906	82.8	16.0	13.0	33,650
23- Kore	0.906	82.8	16.4	12.2	36,757
24- Slovenya	0.902	81.2	17.4	12.3	32,143
25- İspanya	0.893	83.4	17.9	9.8	35,041
26- Çekya	0.891	79.2	16.8	12.7	31,597
27- Fransa	0.891	82.5	15.5	11.4	40,511
28- Malta	0.885	82.4	15.9	11.3	34,795
29- İtalya	0.883	83.4	16.2	10.2	36,141
30- Estonya	0.882	78.6	16.1	13.0	30,379
32- Yunanistan	0.872	82.1	17.3	10.5	24,909
33- Polonya	0.872	78.5	16.4	12.3	27,626
38- Slovakya Cumhuriyeti	0.857	77.4	14.5	12.6	30,762
40- Portekiz	0.850	81.9	16.3	9.2	27,935
42- Şili	0.847	80.0	16.5	10.4	21,972
44- Macaristan	0.845	76.7	15.1	11.9	27,144
48- Arjantin	0.830	76.5	17.6	10.6	17,611
49- Rusya	0.824	72.4	15.5	12.0	25,036
59- Türkiye	0.806	77.4	16.4	7.7	24,905
62- Seyşeller	0.801	73.3	15.5	9.7	25,077

Kaynak: United Nations Development Programme, 2019: 300.

Tablo 3.19’da insani gelişmişlik endeksi, doğumda beklenen yaşam süresi, beklenen eğitim süresi, ortalama eğitim süresi ve kişi başına düşen milli gelir rakamları verilmiştir. Türkiye 62 çok yüksek insani gelişmişliğe sahip ülke arasında 59’uncu sırada kendisine yer bulmuştur. 2017 yılında yüksek insani gelişmişliğe sahip ülkeler arasında yer alan Türkiye’de 2018 yılında bu endeks değerinde 2017 yılına göre bir artış görülmüş ve Türkiye, 2017 yılına göre 5 sıra yükselerek çok yüksek insani gelişmişliğe sahip ülkeler arasında yer almıştır.

2018 yılında Türkiye’de insani gelişmişlik endeksi 0.806, doğumda beklenen yaşam süresi 77.4, beklenen eğitim süresi 16.4, ortalama eğitim süresi 7.7 ve kişi başına düşen milli gelir 24,905\$ olmuştur. Tablo 3.19’da doğumda beklenen yaşam süresinde Türkiye, çok yüksek insani gelişmişliğe sahip 40 ülke arasında en düşük rakama sahip olan son 10 ülke arasında yer almaktadır. Buna rağmen beklenen eğitim süresinde Tablo 3.19’da yer alan 40 ülke arasında 21. sıradadır. Ortalama eğitim süresinde bulunduğu grupta son sırada olan Türkiye, kişi başına düşen milli gelirden sonra en düşük gelire sahip ülke konumundadır. Tablo 3.19’da en yüksek insani gelişmişlik endeksine sahip ülke 0.954 endeks ile Norveç, doğumda beklenen en yüksek yaşam süresine sahip olan ülke 84.7 ile Hong Kong-Çin, en yüksek beklenen eğitim süresine sahip ülke 22.1 ile Avustralya, en yüksek ortalama eğitim süresine sahip ülke 14.1 ile Almanya ve kişi başına düşen milli gelir en yüksek olan ülke 99,732\$ ile Lihtenştayn’dır.

Tablo 3.20’de ise farklı birçok bileşenle birlikte hem eğitim hem de sağlıkla ilgili bazı göstergeleri de kapsayan ‘Global Knowledge Index-GKI (Küresel Bilgi Endeksi-KBE)’e yer verilmiştir. Bu endeksin önemli özelliklerinin başında, hem eğitim hem de sağlık alanında kalkınmanın sağlanabilmesi için gerekli olan Ar-Ge faaliyetlerinde, ülkelerin ne durumda olduğunu göstermesi gelmektedir.

Tablo 3.20. Küresel Bilgi Endeksi 2019

1	İsviçre	73.2	69	Kolombiya	45.2
2	Finlandiya	69.7	70	Ürdün	44.5
3	Amerika Birleşik Devletleri	69.7	71	Kuzey Makedonya	44.1
4	Singapur	69.2	72	Türkiye	44.1
5	Lüksemburg	69.1	73	Moldova Cumhuriyeti	43.9
6	İsveç	69.1	74	Güney Afrika	43.9
7	Hollanda	68.4	75	Hindistan	43.7
8	Danimarka	67.6	76	Moğolistan	43.5
9	Birleşik Krallık	67.5	77	Panama	43.4
10	Hong Kong	66.6	78	Ermenistan	43.1
11	Japonya	66.3	79	Tunus	43.1
12	Norveç	65.3	80	Lübnan	42.6
13	İrlanda	64.9	81	Namibya	42.6
14	Belçika	64.8	82	Mısır	42.5
15	Avustralya	64.7	83	Botsvana	42.3
16	İzlanda	64.7	84	Endonezya	42.1
17	Almanya	64.6	85	Peru	42.1
18	Birleşik Arap Emirlikleri	63.7	86	Kenya	42.0

19	İsrail	62.7	87	Sri Lanka	41.8
20	Kore Cumhuriyeti	62.7	88	İran İslam Cumhuriyeti	41.5
21	Yeni Zelanda	62.6	89	Cape Verde	41.4
22	Fransa	62.5	90	Butan	41.3
23	Avustralya	61.3	91	Guyana	41.3
24	Kanada	60.8	92	Fas	41.2
25	Malta	60.2	93	Dominik Cumhuriyeti	40.7
26	Estonya	59.9	94	Ekvador	40.7
27	Portekiz	59.5	95	Honduras	40.5
28	Slovenya	48.6	96	Ruanda	40.4
29	Çekya	57.5	97	Kamboçya	39.9
30	İspanya	57.3	98	Bolivya	39.3
31	İtalya	56.2	99	Gana	39.1
32	Litvanya	55.3	100	Kırgızistan	39.0
33	Malezya	55.2	101	Paraguay	38.2
34	Letonya	54.3	102	El Salvador	37.9
35	Polonya	54.1	103	Tanzanya	37.3
36	Slovakya	54.0	104	Cezayir	37.1
37	Kıbrıs	53.9	105	Lao Demokratik Halk Cumhuriyeti	36.7
38	Çin	53.7	106	Zimbabve	36.6
39	Macaristan	52.9	107	Nepal	36.4
40	Katar	51.6	108	Guatemala	36.1
41	Şili	51.5	109	Belize	36.0
42	Kosta Rika	51.4	110	Senegal	35.5
43	Bahreyn	51.2	111	Bangladeş	35.0
44	Brunei Sultanlığı	50.6	112	Pakistan	35.0
45	Hırvatistan	50.6	113	Esvatini Krallığı	34.1
46	Rusya Federasyonu	50.2	114	Tacikistan	34.1
47	Seyşeller	50.2	115	Venezuela	34.0
48	Uruguay	50.2	116	Fildişi Sahili	33.8
49	Sırbistan	49.5	117	Kamerun	33.3
50	Beyaz Rusya	48.7	118	Uganda	33.0
51	Umman	48.7	119	Madagaskar	32.8
52	Suudi Arabistan	48.4	120	Gambiya	32.5
53	Bulgaristan	48.3	121	Malawi	32.4
54	Romanya	48.0	122	Benin	32.2
55	Tayland	47.9	123	Burkina Faso	30.7
56	Mauritius	47.5	124	Lesotho	30.4
57	Yunanistan	47.2	125	Myanmar	30.4
58	Meksika	47.2	126	Burundi	30.0
59	Barbados	47.0	127	Gine	29.8
60	Ukrayna	46.7	128	Etiyopya	29.3
61	Gürcistan	46.6	129	Togo	29.3
62	Kuveyt	46.5	130	Mozambik	28.5
63	Filipinler	46.2	131	Suriye Arap Cumhuriyeti	27.5
64	Kazakistan	46.0	132	Moritanya	26.3

65	Arnavutluk	45.8	133	Kongo Demokratik Cumhuriyeti	25.6
66	Azerbaycan	45.8	134	Mali	25.4
67	Vietnam	45.8	135	Angora	21.7
68	Brezilya	45.6	136	Çad	19.1
TÜM ÜLKELERİN ORTALAMASI					46.5

Kaynak: Esener, 2020: 13.

136 ülke için oluşturulan bu endeksteeki veriler incelendiğinde, tüm ülkelerin ortalamasının 46.5 düzeylerinde olduğu ve Türkiye'nin 44.1 oran ile, tüm ülkelerin ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Buna göre Türkiye'yi ortalamanın gerisinde bırakan değişkenlerin en önemlisi 26.2 ile Ar-Ge inovasyonundaki yetersizlikler olduğu, bunu ise 33.0 ile yüksek öğretimin takip ettiği belirtilmektedir. Diğer değişkenlerin tamamı genel ortalama olan 46.5'in üzerindedir (Esener, 2020: 12).

Tüm alanlarda olduğu gibi eğitimde ve sağlıkta inovasyonun sağlanması da yalnızca bireylerin hayatını iyileştirmekle kalmamakta, aynı zamanda toplumun kaynaklarını da daha verimli kullanılmasını sağlamaktadır. Her iki alanda yeniliğin temel amaçları; hizmetin kişilere ulaşmasındaki verimsizliği azaltmak, hizmete erişimi kolaylaştırmak, maliyetleri düşürmek, hizmet kalitesini artırmak olarak sıralanabilir. İnovasyonun sağlanmasındaki temel gereksinim teknolojik gelişmelerdir. Teknolojik gelişmelere duyarlı, Ar-Ge alt yapısının güçlü olduğu ve Ar-Ge harcamalarına gerekli kaynağın ayrıldığı ülkeler, ihtiyaçları olan gerekli üretimi ve yeniliği kendileri yapabilmekte ve bu sayede büyük maliyetlerden kurtulmaktadırlar.

Bu noktada sağlık alanında verilebilecek en güzel örnek, yakın dönemde ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan yeni tip korona virüsün etkilerine karşı üretilen solunum cihazlarıdır. Türkiye'de Aselsan, Baykar, Arçelik ve Biyosis olmak üzere dört şirketin çalışmalarıyla üretilen ve kullanımına başlanan solunum cihazları hem ülkeyi büyük bir maliyetten kurtarmış hem de hizmete ulaşımı en kolay hale getirmiştir. Eğitim alanında da çağın gereklerine ayak uydurmak ve kaliteli hizmet sunmak için Ar-Ge faaliyetlerine önem verilmesi gerekmektedir. Bunun sağlanmasının ilk yolu bu faaliyetler için yeterli kaynağın ayrılmasından geçmektedir.

Esener (2020: 13) "Türkiye ve Seçilmiş Ülkelerde Ar-Ge Faaliyetlerinin Kamu Harcamaları İle İlişkisine Dair Bazı Çıkarımlar" adlı eserinde yapmış olduğu incelemede, 1996-2017 yıl aralığında Türkiye'de Ar-Ge faaliyetlerine kamu harcamaları

içerisinden ayrılan payın %1.90'lık oran ile incelemeye dâhil edilen Güney Kore, Japonya, ABD, Almanya gibi ülkelerin çok gerisinde kaldığını ifade etmiştir. 1996-2017 döneminde en düşük araştırma ve geliştirme faaliyeti gerçekleştiren ülkeler Akdeniz havzası ülkeleri olmuştur. Bu ülke grubundan olan Türkiye'nin Ar-Ge faaliyetlerinin GSYH içerisindeki payında da durum farklı değildir. Türkiye, verisi bulunan yaklaşık çeyrek asırlık dönemde ülke çıktı miktarından yalnızca %0.66'sını araştırma ve geliştirme faaliyetlerine yönlendirebilmiştir.³⁰

Teknolojinin bu denli geliştiği günümüz dünyasında eğitim ve sağlık alanında çağın gereklerine uymak, hizmetin maliyetini düşürmek, etkin ve etkili bir sistem oturtmak adına araştırma geliştirme faaliyetlerine gerekli kaynağı ayırmak önemlidir. Özellikle bu faaliyetlerin patente dönüşmesi maliyetleri düşürme ve hizmete erişimi kolaylaştırma avantajlarının yanı sıra ekonomik olarak ek getiriler de sağlayabilmektedir.

³⁰Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz: S. Çağrı Esener, "Türkiye Ve Seçilmiş Ülkelerde Ar-Ge Faaliyetlerinin Kamu Harcamaları İle İlişkisine Dair Bazı Çıkarımlar", **Maliye ve İktisat Çalışmaları**, Ed.: Cuma Ercan, İKSAD Publishing House, 2020, ss.13.

SONUÇ

Eğitim ve sağlık, beşeri sermaye olarak da adlandırılan insan veya emek gücünün oluşmasında ve gelişmesinde rol oynayan faktörlerin başında gelmektedir. Birey açısından kaliteli yaşam, daha yüksek refah düzeyine erişme, yoksulluk ve işsizlikte azalma, bilinçli ve sağlıklı vatandaşlara dönüşme işlevleri yanı sıra ülkelere de birçok fayda sağlamaktadır. Eğitimli ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum, ülkeler için iktisadi ve sosyal gelişmişliğin en önemli göstergelerinden olmaktadır. Böyle bir toplumu oluşturmak ise, önemi ifade edilen her iki hizmete erişimi yükseltmek, hizmet sunumunda kaliteyi artırmak, uygun ve gerekli personelle hizmeti sunmak gibi faktörlere bağlıdır. İfade edilen bu faktörleri gerçekleştirmek için, eğitim ve sağlığa gerekli kaynağı ayırmak ve ayrılan kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanmak gerekmektedir.

Pozitif dışsallığı ve sosyal faydası sosyal maliyetinden büyük olan, en önemli gelişmişlik göstergelerinden ikisi olan eğitim ve sağlığa kamu tarafından ayrılan kaynakların tahsis düzeyinin ne olması gerektiği önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, çalışmada, OECD tarafından eğitim ve sağlığa dair yayınlanan ilk rapor ve paylaşılan ilk veriden, günümüzde yayınlanan son veriye kadar geçen sürede kamu eğitim ve sağlık harcamalarının gelişimi incelenmiştir. Türkiye'ye ait veriler MEB ve TÜİK istatistikleri ile de desteklenerek uzun dönemde detaylı bir şekilde kıyaslamalara dâhil edilmiştir. Ayrıca eğitim ve sağlıkla ilgili temel bazı göstergelere de yer verilerek harcamaların etkinliği değerlendirilmiştir. Paylaşılan verilerde ikincil değişken olarak GSYH kullanılmış, kamu eğitim ve sağlık harcamalarının durumu, toplam ülke çıktı miktarlarına oranla ortaya konulmuştur.

İlk gösterge olan kamu eğitim harcamaları/GSYH oranında veri seti 1995-2016 yılları arasında oluşturulmuştur. Belirtilen yıl aralığında seçilmiş OECD üye ülkelerinde kamu eğitim harcamaları/GSYH oranında %5.0 ortalaması yakalanmıştır. Aynı yıllarda Türkiye'de ise bu oran %3.8 olarak gerçekleşmiştir. Oran yıl bazlı olarak incelendiğinde, Türkiye'de belirli bazı yıllarda iyileşme olsa da oranda bir istikrarın sağlanamadığı ve çok fazla kırılmanın yaşandığı görülmektedir. Bu kırılmalar uzun dönemde Türkiye'yi diğer ülke ortalamalarının gerisinde bırakmıştır. Son veri yılı olan 2016 yılında ise şekil grafikte (Şekil 3.1.) gösterildiği üzere Türkiye, seçilmiş OECD

üye ülke ortalamasını yakalamış, aynı zamanda Akdeniz Havzası ülkeleri ile G7 ülkeleri ortalamasının da üzerine çıkmıştır. Bu yılda oranda görülen iyileşmenin temel sebebi OECD ülkelerinde 2015 yılına göre 2016 yılında oranda azalmalar yaşanması veya oranın bazı ülkelerde 2015 yılına göre sabit kalmasıdır. Türkiye’de ise oran 2015 yılına göre artış göstermiştir. Bu sayede hem G7 hem de Akdeniz Havzası ülkeleri ortalaması geçilmiş, OECD ortalaması ise ilk kez yakalanmıştır. 2016 yılında görülen iyileşmenin FATİH projesi kapsamında eğitim bütçesinin artışının bir sonucu olduğu söylenebilir. Bu yılda oranda meydana gelen iyileşme, gelecek yıllar adına umut verici bir gelişme olarak yorumlanabilir.

Eğitime dair önemli bir diğer gösterge de öğrenci başına yapılan eğitim harcamalarıdır. Bu veride seçilmiş OECD üye ülkelerinde ilköğretim aşamasında öğrenci başına ortalama 8.475 dolar, ortaöğretim aşamasında öğrenci başına ortalama 10.062 dolar ve yükseköğretim aşamasında öğrenci başına ortalama 15.318 dolar harcanmaktadır. Türkiye, Meksika’dan sonra yükseköğretim aşaması haricinde diğer tüm aşamalarda öğrenci başına en az harcama yapan ülke konumundadır. Ayrıca ilköğretimden yükseköğretime kadar tüm eğitim aşamalarında seçilmiş OECD üye ülkelerinde öğrenci başına ortalama 10.622 dolar harcanırken, Türkiye yapmış olduğu 5.633 dolar harcama ile bu ortalamanın da çok gerisinde kalmıştır.

Eğitime dair yapılan harcamalarda durum böyleyken, bir bakıma yapılan harcamaların ne kadar etkin ve verimli kullanıldığını gösteren, eğitime dair önemli göstergelerden bir diğeri de PISA verileridir. Çok fazla harcama yapılmasının doğru ve düzenli bir sistem olmadan başarı getirmediği, doğru ve etkin bir sistemin oturtulması durumunda ise aşırı harcama yapmaya gerek kalmadan başarının geldiği, bu verilerde net bir şekilde görülmektedir. Bunun en güzel örneği, PISA verilerinde 37 OECD üye ülkesi arasında tüm alanlarda en başarılı ülke konumunda bulunan Estonya’nın, öğrenci başına yapılan eğitim harcamalarında 31 OECD üyesi ülke arasında son on sırada yer alıyor olmasıdır. Tam tersi durumda ise İzlanda örneği göze çarpmaktadır. Öğrenci başına yapılan en yüksek harcamalarda ilk 10 ülke arasında olan İzlanda, PISA verilerinde 37 OECD üye ülkesi arasında 28’inci sırada kendine yer bulmuştur. Öğrenci başına en az harcama yapan ülkelere olan Türkiye ise buna paralel olarak PISA verilerinde 31’inci sırada yer almış ve okuma becerisi, matematik ve fen bilimleri

alanında oluşan OECD puan ortalamalarında her üç alanda da ortalamanın gerisinde kalmıştır.

Eğitimde PISA verilerinde gözlemlenen nispi başarısızlık, Türkiye’de eğitim alanında kaynakların etkin ve verimli kullanılmadığına işaret etmektedir. Keza incelemeye alınan 1995-2016 dönemleri arasında Milli Eğitim Bakanlığında 11 kez bakan değişikliğine gidilmiştir. Göreve gelen her bakan bir önceki eğitim sistemini değiştirerek, kendi sistemini uygulamaya koymuştur. Eğitim sisteminin sık sık değiştirilmesi bir önceki sistemin istenen başarıyı getirmediği gerçeğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda, 21 yıllık süreçte bu denli yönetici değişikliğine gidilmesi, sistemde istikrarın sağlanamadığının da bir göstermektedir.

Çalışmanın ikinci göstergesi olan kamu sağlık harcamaları/GSYH oranında veri seti 1995-2018 arasında oluşturulmuştur. İlgili yıl aralığında OECD üye ülkelerinde oran ortalama %6.3 seviyesindedir. Türkiye %3.2’lik ortalama ile kamu sağlık harcamaları/GSYH oranında OECD ortalamasının çok aşağısında kalmıştır. Yıl bazlı şekil grafikte (Şekil 3.2.) de görüldüğü üzere Türkiye, veri başlangıç yılı olan 1995 yılından 2008 yılına kadar oranda gözle görülür bir iyileştirme gerçekleştirmiş. 2008 yılı oranda yaşanan en yüksek seviyedir. Bu yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın devamı niteliğinde olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi’nin hayata geçirilmesi adına atılan adımların, beraberinde oranda yükselme sağladığı savunulabilir. Ancak bu yıldan sonra oran neredeyse hep aynı seviyelerde kalmaya devam etmiştir.

Kamu sağlık harcamaları/GSYH oranının izlediği seyir böyleyken, sağlık harcamalarına dair önemli bir diğer gösterge kişi başına yapılan sağlık harcamalarıdır. Satın alma gücü paritesi kullanılarak oluşturulan bu veride, 2017 yılında OECD üye ülkelerinde kişi başına ortalama 3.856,5 dolar harcama yapılmaktadır. Türkiye bu veride de seçilmiş OECD üye ülke ortalamasının gerisinde kalmıştır. Kişi başına 1.185,6 dolarlık harcama ile Türkiye, Meksika’dan sonra üye ülkeler arasında en az harcama yapan ikinci ülke konumundadır.

Sağlık harcamaları her ülke için önemi üst düzeyde olan harcamalardır. Hizmete gerekli kaynağı ayırmak, daha yüksek standartlarda hizmet verme olanağı

sağlayacağından önem arz etmektedir. Ancak yapılan harcama kadar, hizmetin sunulacağı yerlerin ve hizmeti sunacak olan personelin de yeterli sayıda olması gerekmektedir. Çalışmada OECD üye ülkelerinde 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayıları verilmiştir. Türkiye için bu istatistikte de rakamlar istenilen düzeyde değildir. 2017 yılında 25 OECD üye ülkesinde 1000 kişiye yaklaşık 4 doktor ve 11 hemşire düşerken, Türkiye’de bu sayı yaklaşık 2 doktor ve 2 hemşire seviyesindedir. Nüfusun giderek arttığı Türkiye’de tıbbi personel sayısının buna uygun olarak artış göstermediği görülmektedir.

Yakın dönemde ortaya çıkan ve hızla tüm dünyayı etkisi altına alan Korona virüs (COVID-19) pandemisi, sağlık hizmetleri ile hizmeti sunacak olan personelin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermiştir. Pandemi sürecinin en az hasar ile geride bırakılmasında ifade edilen unsurlar birinci derecede rol oynamaktadır. Hâlihazırda yaşanmakta olan salgın sürecinin başarı ile atlatılmasının, gelecek dönemde sağlık turizmi üzerinde de önemli avantajları yaratacağı düşünülebilir. Ülkenin tercih edilme oranını artıracak olan bu durum, beraberinde ekonomik olarak da getiriler sağlayacaktır.

Öte yandan, sağlık yatırımlarına ait paylaşılan hemen her verinin hem eğitim hem de sağlıkla ilgisi olmaktadır. Gerekli tıbbi personelin yetiştirilmesi, ülkenin eğitim seviyesinin belirli bir çıtanın üzerine çıkmasıyla mümkündür. Bu da ancak eğitime erişimin kolay olduğu, hizmete gerekli kaynağın ayrıldığı ve istikrarlı bir sistemin oturtulduğu ülkelerde gerçekleşebilir. Yetiştirilen personelin ise etkin ve verimli çalışması, sağlığa gerekli kaynağı ayırarak çalışanların refah düzeyini artırmakla sağlanabilir. Personel sayısının az olması, hem hizmete erişimi engellemekte hem de hizmeti sunan personelin, aşırı yığılmadan kaynaklı verimsizleşmesine yol açmaktadır. Bunlara ek olarak, belki de potansiyel düzeyde gelişmekte olan ülkeleri bekleyen bir diğer sorun da sağlık personellerinin ülkelerarası transferiyle ilintilidir. Özellikle salgın sonrası dönemde, pandemi ile mücadelede başarı elde etmiş kimi ülkelerdeki iyi eğitilmiş personelin gelişmiş ülkelere transfer edilmek istenilmesi, yeri zor doldurulabilecek bazı boşluklar yaratabilir. Hâlihazırda zaten sermaye ve döviz kıtlığı ile sınıanan bu ekonomilerde politika yapıcılar, bir de beşeri sermayenin, daha iyi yaşam

koşulları sunan ülkelere transferi gibi yeni nesil sorunlara yol açmayacak adımları ivedilikle atmakla mükelleftirler.

Eğitim ve sağlık, diğer kamu mali politikalarını doğrudan etkileyen ve aynı zamanda bu politikalardan doğrudan etkilenen olgulardır. Özellikle çalışmada verilen Ar-Ge harcamaları ile eğitim ve sağlık arasında doğrudan bir ilişki söz konusudur. Günümüz teknoloji dünyasında tüm alanlarda olduğu gibi eğitim ve sağlık alanında da inovasyonlar yaşanmaktadır. Yüksek maliyet oluşturan bu yeni teknolojik gelişmeler, ülkelerin kendi üretimlerini gerçekleştirmesi yoluyla düşüş göstermektedir. Bu da ancak Ar-Ge faaliyetlerine gerekli kaynağın tahsis edildiği ve kaynakların üretime dönüştüğü ülkelerde mümkün olabilir. Türkiye’de bunun en güzel örneği, COVID-19 pandemi döneminde üretilen solunum cihazlarıdır. Üretilen bu cihazlar hem ülkeyi büyük bir maliyetten kurtarmış hem de hizmete erişimi kolaylaştırmıştır. Türkiye’de Ar-Ge harcamalarına GSYH içerisinde yaklaşık son çeyrek asırlık dönemde %0,66 pay ayrılmıştır. Eğitim ve sağlık alanında meydana gelen teknolojik gelişmelerin gerisinde kalmamak, hizmetlerin maliyetini düşürmek, yerli ve kaliteli hizmet sunabilmek gibi faktörlerin gerçekleşmesi için Ar-Ge faaliyetlerine kamu harcamaları içerisinde daha fazla kaynak ayrılması savunulabilir.

Sonuç olarak, birer yarı kamusal mal ve hizmet olarak eğitim ve sağlık harcamaları; ülkeler için katma değer yaratan, gelişmişlik seviyesinde önemli roller üstlenen harcamalardır. Her iki olguya ait OECD verilerinde, eşik olarak üye ülke ortalamaları baz alınmıştır. Türkiye’ye ait verilerin de en azından ortalama düzeyinde olması arzu edilmektedir. Ancak eğitim alanında son veri yılı olan 2016 yılı haricinde, sağlık alanında ise incelemeye alınan tüm yıllarda bu ortalamanın gerisinde kaldığı görülmüştür. Ayrıca, etraflıca incelenen her iki değişkene ait uluslararası diğer göstergelerde ve kıyaslarda da istenilen başarıya yaklaşıldığının savunulması güçtür. Eğitim ve sağlıkta istenilen seviyelere ulaşmak için doğru, istikrarlı ve kaliteli bir sistem oturtmak gerekmektedir. Bu da hizmetlere hem gerekli kaynağı ayırmak, hem de ayrılan kaynakları etkin ve verimli kullanmakla mümkündür. Aynı doğrultuda yönetici ve bürokratların, iktisadi ve sosyal kalkınmışlığın en önemli göstergelerinden olan bu iki olguya dair uygulanacak politikaların saptanmasında, başarılı ülke uygulamalarını esas almaları bu çalışma özelinde ulaşılmış en temel sonuç olmuştur.

KAYNAKÇA

- ÂDEM, M. (1993) **Ulusal Eğitim Politikamız ve Finansman**, Ankara, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi.
- AFŞAR, M. (2011) **Eğitimin Ekonomik Temelleri ve Ekonomik Büyüme**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Basımevi.
- AKALIN, G. (1986) **Kamu Ekonomisi**, 2.bs., Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- AKAR, S. (2014) “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt 21, Sayı 1, ss. 311-322.
- AKÇACI, T. (2013) “Eğitim Harcamalarının İktisadi Büyümeye Etkisi”, **Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 4, Sayı 5, ss. 65-79.
- AKDEMİR, N.; Y. AKKUŞ (2006) “Rehabilitasyon ve Hemşirelik”, **Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, Cilt 13, Sayı 1, ss. 82-91.
- AKDOĞAN, A. (2017) **Kamu Maliyesi**, Ankara, Gazi Kitabevi.
- AKDUR, R. (1999) **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması**, 3.bs., Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- AKDUR, R. (2006) **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum**, 2.bs., Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- AKIN, C.S. (2007) “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”, Yüksek Lisans Tezi, **Çukurova Üniversitesi, S.B.E.** Adana.
- AKIN, U. (2009) “Türkiye’de Eğitim Bütçesi”, **Milli Eğitim**, Güz, Sayı 184, ss. 8-25.
- AKTAN, C.C.; A.K. IŞIK (2006) “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Ed: Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, Sağlıkta Umut Vakfı Yayınları, Ankara.
- AKYÜZ, Y. (2012) **Türk Eğitim Tarihi M.Ö. 1000 – M.S. 2008**, Gözden Geçirilmiş 12. Bs., Ankara, Pegem Akademi.
- AL, H. (2014) “Eğitim Hizmetlerinin Sunumunda Yönetişim Arayışları: Charter Yöntemi”, **Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi**, Cilt 9, Sayı 1, ss. 128-136.
- ALTUĞ, F. (2004) **Kamu Bütçesi**, Bursa, Ezgi Kitabevi.

- ASLAN, M.H. (2002) “Eğitimin Finansmanının Ekonomi Politikası ve Yükseköğretimde Adil ve Etkin Finansman Politikaları”, **Liberal Düşünce**, Güz, ss. 225-246.
- ATAÇ, B., E. (1992) “Türkiye’de 1964-1991 Döneminde Ekonomik Açından Kamu Harcamaları Bileşiminin Analizi”, **3. İzmir İktisat Kongresi**, İzmir, 4-7 Haziran, ss. 29-58.
- ATASEVER, M. (2014) **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara.
- AVRUPA BİRLİĞİ (2019) “Çevrimiçi” <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
Erişim Tarihi 10/05/2020.
- AY, H.M.; E. TALAŞLI (2008) “Ülkelerin Ekonomik Gelişmişlik Seviyeleri ve Vergi Yapıları Arasındaki İlişki”, **Maliye Dergisi**, Sayı 154, Ocak-Haziran, ss. 135-155.
- AYDIN, S. (2008) “Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri”, **Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu**, Ankara, 13-14 Kasım, ss. 17-24.
- BAKER, L.R. (2002) “The Government’s Role in Health Care Delivery”, **Annals of Health Law**, Vol. 11, pp. 73-92.
- BASAN, N.M.; N. BİLİR (2016) “Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Önleme Çelişkisi ve Nedenleri”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Vol. 15, dd. 44-50.
- BAŞER, D.A.; ve diğerleri (2015) “Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak”, **Ankara Medical Journal**, Cilt 15, Sayı 1, ss. 26-31.
- BLYTH, A. (1981) “From Individuality to Character: The Herbartian Sociology Applied to Education” **British Journal of Educational Studies**, Feb., 1981, Vol. 29, No. 1, pp. 69-79.
- BULUTOĞLU, K. (2008) **Kamu Ekonomisine Giriş**, Ankara, Maliye ve Hukuk Yayınları.
- BÜYÜKASLAN, M.A. (1995) “Toplumsal Kalkınma ve Eğitim”, **Eğitim Yönetimi Dergisi**, Sayı 4.
- CAN, H.; Ş. KAVUNCUBAŞI; S. YILDIRIM (2016) **Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi**, 8.bs., Ankara, Pegem Akademi.
- COŞKUN, G. (2004) “Bütçenin Tanımı ve Gelişimi”, **Bütçe**, Ed.: Engin Ataç, 1.bs., Eskişehir, ss.1-14.

- ÇALCALI, Ö. (2009) “Türkiye’de 1990 Sonrası Kamu Harcamaları İçerisinde Eğitim Harcamalarının Yeri ve Önemi (1990-2017)”, Yüksek Lisans Tezi, **Gaziosmanpaşa Üniversitesi S.B.E. Tokat.**
- ÇALIŞKAN, Ş. (2007) “Eğitimin Getirisi (Uşak İli Örneği)”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt 12, Sayı 2, ss. 235-252.
- ÇALIŞKAN, Ş.; M. KARABACAK; O. MEÇİK (2013) “Türkiye’de Eğitim-Ekonomik Büyüme İlişkisi: 1923-2011 (Kantitatif Bir Yaklaşım)”, **Yönetim Bilimleri Dergisi**, Cilt 11, Sayı 21, ss.29-48.
- ÇİÇEKLİOĞLU, M.; ve diğerleri (2013) “Türkiye Aile Hekimliği Modeline Nasıl Geldi ? Kısa Bir Hatırlatma”, **Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü ?**, Ed. Zeliha Öcek, Meltem Çiçeklioğlu, 1.bs., Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. ss. 26-29.
- ÇOKGEZEN, M.; N. TERZİ (2008) “Türkiye’de Devletin Eğitime Müdahalesinin Yeterli Gerekçesi Var mı ?”, **Liberal Düşünce**, Sayı 49, ss. 1-18.
- ÇÖMLEKÇİ, N. (1971) **Türkiye’nin İktisadi Kalkınmasında Eğitimin Rolü**, Eskişehir, İktisadi Ticari İlimler Akademisi Yayınları.
- DEMİR, E. (2006) “İlköğretim Hizmetinin Özel ve Kamu Kesimince Sunulmasının Etkinliğinin Ölçülmesi ve Denizli Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, **Pamukkale Üniversitesi S.B.E. Denizli.**
- DEMİRBİLEK, S.; M. ÇOLAK (2008) “Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği”, **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 2, ss. 91-111.
- DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI (DPT) (1963) **Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-1967.**
- DEVİRİM, F.; M. TOSUNER (1987) “Türkiye’de Eğitim Hizmetlerinin Finansmanında Son Gelişmeler”, **III. Türkiye Maliye Sempozyumu**, 23-26 Nisan, Gebze, ss. 86-109.
- DİNÇER, T.; Ş. KAVUNCUBAŞI, E. ALOĞLU (1994) “Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 9, Sayı 62, ss. 115-121.
- DURKHEİM, E (1956) **Education and Sociology** Çeviren: Sherwood D. Fox, USA.
- EDİZDOĞAN, N.; Ö. ÇETİNKAYA; E. GÜMÜŞ (2013) **Kamu Maliyesi**, 5.bs., Bursa, Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- EĞİTİM REFORMU GİRİŞİMİ (2011) **Eğitim İzleme Raporu 2010**, İstanbul.
- EREŞ, F. (2005) “Eğitimin Sosyal Faydaları: Türkiye-AB Karşılaştırması”, **Üç Aylık Eğitim ve Sosyal Bilimler Dergisi**, “Çevrimiçi”,

http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/167/index3-eres.htm Erişim Tarihi 06/07/2019.

- ERİŞTİ, H.E.; ve diğeri (2004) “OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999 – 2000”, **OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999 – 2000**, Ed.: Mehtap Kartal, Salih Mollahaliloğlu, 1.bs., Ankara, İsmail Ayg l Ofset Matbaacılık, ss. 1-74.
- EROL, H.; A. ÖZDEMİR (2014) “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 4, Sayı 1, ss. 9-34.
- ERSÖZ, F. (2008) “Türkiye ile OECD  lkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, **İstatistikçiler Dergisi**, Cilt 1, Sayı 2, ss. 95-104.
- ESENER, S. ., “Türkiye Ve Seçilmiş  lkelerde Ar-Ge Faaliyetlerinin Kamu Harcamaları İle İliőisine Dair Bazı  ıkarımlar”, **Maliye ve İktisat  alışmaları**, Ed.: Cuma Ercan, İKSAD Publishing House, 2020, ss.3-31.
- G LPEK, F. (2012) “Eğitim Getirilerinin  zel ve Sosyal Açıdan İncelenmesi”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi**, Cilt 14, Sayı 1, ss. 43-53.
- GÜLER,  .; Z.  OBANOğLU (1994) **Kentleşme ve  evre Sağlığı**, Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- GüMüş, E.; M. őİőMAN (2012) **Eğitim Ekonomisi ve Planlaması**, Ankara, Pegem Akademi.
- HOşGöRüR, V.; G. GEZGİN (2005) “Ekonomik ve Sosyal Kalkınmada Eğitim”, **Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt 2, Sayı 2.
- İSTANBULLUOğLU H.; M. GÜLEÇ, R. OğUR (2010) “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı 2, ss. 86-99.
- KAR, M.; S. TABAN (2003) “Kamu Harcama  eőitlerinin Ekonomik Büyüme  zerine Etkileri”, **Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi**, Sayı 58, ss. 145-169.
- KAVAK, Y.; C.E. EKİNCİ (1994) “Eğitimin Finansmanı Sorunu ve Maliyetlerin Azaltılmasına İlişkin Alternatif Stratejiler”, **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı 10, ss. 65-72.
- KILAVUZ, E. (2010) “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri”, **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 29, ss. 173-192.
- KIZILOLUK, H. (2007) “Ekonominin Eğitimin Amaçları ve İçeriği  zerindeki Etkileri”, **C. . İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı 1, ss. 21-30.

- LOŞ, N. (2007) “Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği”, Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi, S.B.E.** İstanbul.
- LOTT, J. (1987) **Eğitim Niçin Devlet Tarafından Sunulmaktadır? Eleştirel Bir Çalışma**, Çeviren: Metin Meriç, “Çevrimiçi” <http://www.canaktan.org/ekonomi/ozellestirme/kamu-ekonomisi-genisleme/meric-lott-education.htm> Erişim Tarihi 06/07/2019.
- LÖFGREN, K.G.; T. PERSSON, J.W. WEIBULL (2002) “Markets with Asymmetric Information: The Contributions of George Akerlof, Michael Spence and Joseph Stiglitz”, **Scandinavian Journal of Economics**, Vol. 104, No. 2, pp. 195-211.
- MAYNARD A.; A. DIXON (2012) “Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience”, **Funding Health Care: Options For Europe**, Ed.:Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, First Published, Philadelphia, pp. 109-127.
- McMAHON, W. (2010) “The External Benefits of Education”, **International Encyclopedia of Education (Third Edition)**, Ed.: Penelope Peterson, Eva Baker ve Barry McGaw, 2010, pp. 260-271.
- MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI (MEB) (2015), “Enfeksiyon Hastalıklarında Koruyucu Önlemler”, ss. 1-25, “Çevrimiçi” http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Enfeksiyon%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1nda%20Koruyucu%20%C3%96nlemler.pdf Erişim Tarihi 23/11/2019.
- MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI (MEB) (2019), **Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Öğretim 2018/2019**, http://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_09/30102730_meb_istatistikleri_orgun_egitim_2018_2019.pdf, Ankara.
- MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI (MEB) (1995-2019) “Çevrimiçi” <http://sgb.meb.gov.tr/> Erişim Tarihi 17/05/2020.
- MİNCER, J. (1991) “Education and Unemployment”, **NBER Working Papers**, No 3838, Cambridge, September, pp. 1-34.
- MİNGAT, A.; J.P. TAN (1996) “The Full Social Returns to Education: Estimates Based on Countries’ Economic Growth Performance”, **Human Capital Development Working Papers**, pp. 1-20.
- MİTRA, D. (2011) “Pennsylvania’s Best Investment: The Social and Economic Benefits of Public Education”, **Best Investment Report**, Pennsylvania.
- MOSSIALOS, E.; A. DIXON (2012) “Funding Health Care: An Introduction”, **Funding Health Care: Options For Europe**, Ed.:Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, First Published, Philadelphia, pp. 1-30.

- MUTLU A.; A.K. IŞIK (2012) **Sağlık Ekonomisine Giriş**, 3.bs., Bursa, Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- MUTLU, A. (1998) “Türkiye’de Konsolide Bütçe Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **XII. Maliye Sempozyumu**, 15-17 Mayıs, Antalya, ss. 237-258.
- MUTLU, A. (2006) “Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları”, **Maliye Dergisi**, Sayı 160, ss. 53-78.
- NADAROĞLU, H. (1983) **Kamu Maliyesi Teorisi**, İstanbul, Kaan Dağıtım ve Yayıncılık.
- NORMAND C.; R. BUSSE (2012) “Social Health Insurance Financing”, **Funding Health Care: Options For Europe**, Ed.:Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, First Published, Philadelphia, pp. 59-79.
- OECD (2019a) **Health at a Glance OECD Indicators**, Paris.
- OECD **Education at a Glance OECD Indicators**, Paris, 1998, 2003, 2007, 2011, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019.
- OECD (2019b) **PISA 2018 Results Combined Executive Summaries Volume I, II & III**, Paris.
- OECD (1995-2018) “Çevrimiçi”, <https://stats.oecd.org/#> Erişim Tarihi 10/05/2020.
- OĞUZKAN, A.F. (1974) **Eğitim Terimleri Sözlüğü**, Ankara, Tak Yayınları.
- ORHANER, E. (2006) “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı 1, ss. 1-22.
- ORTAÇ, R. (2003) “Cumhuriyetimizin 80. Yılında Eğitim Harcamaları”, **G.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi**, Sayı 2, ss. 239-247.
- ÖCEK, Z.; A. SOYER (2007) **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı**, 1.bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- ÖNERTÜRK, P. (1984) **Refah Devletinde Sağlık Hizmetleri**, Ankara, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu.
- ÖZER, Ö.; ve diğerleri (2014) “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı 42.
- PSACHAROPOULOS, G.; M. WOODHALL (1985) “Criteria for Educational Investment”, **Education for Development**, Ed.: George Psacharopoulos ve Maureen Woodhall, A World Bank Publication, ss. 14-28.

- SAMUELSON, P.A. (1954) “The Pure Theory of Public Expenditure”, **The Review of Economics and Statistics**, Vol 36, No. 4, pp. 387-389.
- RATHER, A.R. (2004) **Theory and Principles of Education**, First Published, New Delhi, India, Discovery Publishing House.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (SB) (2020) **Sağlık İstatistikleri Yıllığı**, “Çevrimiçi” <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim Tarihi 16.06.2020.
- SARGUTAN, A.E. (2005) “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 3, ss. 401-428.
- SAVEDOFF, W. (2004) **Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences**, Number 4, Geneva.
- SAYGILI, Ş.; C. CİHAN; Z.A. YAVAN (2006) **Eğitim ve Sürdürülebilir Büyüme**, İstanbul, Lebib Yalkın Yayınları.
- SAYIM, F. (2017) “Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi”, **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı 15, ss. 13-30.
- SERİN, N. (1979) **Eğitim Ekonomisi**, Ankara, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- SHAFFER, G.H. (1961) “Investment in Human Capital: Comment”, **The American Economic Review**, Dec. 1961, pp. 1026-1035.
- SOMUNOĞLU, S. (2012) “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi”, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ed.: Mehtap Tatar, 1.bs., T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, ss. 3-24.
- SÖYLER, İ. (2008) “Eğitim Hizmetleri Bağlamında Vakıf Üniversitelerinin Finansal ve Vergisel Sorunları”, **Maliye Dergisi**, Sayı 154, ss. 52-76.
- STARFIELD, B. (2009) “Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs”, **Humanity&Society**, Vol 33, Issue 1-2, pp. 56-78.
- ŞAKAR, A. (1999) **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Ankara, Türkiye Diyanet Vakfı Yayın Matbaacılık.
- ŞEMİN, S. (1999) **Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji**, Ankara, Türk Tabipleri Birliği.
- ŞEN, A.; N. BİNGÖL (2018) “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği”, **Akademik Yaklaşımlar Dergisi**, Cilt 9, Sayı 1, ss. 89-106.
- ŞENER, O. (1987) “Eğitim Ekonomisinin Temel İlkeleri”, **III. Türkiye Maliye Sempozyumu**, 23-26 Nisan, Gebze, ss. 5-22.

- TAŞ, U.; F. YENİLMEZ (2008) “Türkiye’de Eğitimin Kalkınma Üzerindeki Rolü ve Eğitim Yatırımlarının Geri Dönüş Oranı”, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 9, Sayı 1, ss. 155-186.
- TATAR, M. (2011) “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, ss. 103-133.
- TEZCAN, M. (1985) **Eğitim Sosyolojisi**, 4.bs., Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- TİLAK, J.B.G. (1989) “Education and Its Relation to Economic Growth, Poverty, and Income Distribution”, **World Bank Discussion Papers**, pp. 1-111.
- TİTİZ, T. (2004) “Milli Eğitim Sistemi Mevcut Durum ve Geliştirme İçin Politika Önerileri”, **AB Sürecinde Eğitimde Reform İhtiyacı Sempozyumu Bildiriler Kitabı**, Ankara, Eğitim Bir-Sen, 2004.
- TOKGÖZ, E. (1981) “Sosyal Gelişmede Sağlık”, **Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri**, Ankara, 2-7 Kasım, ss. 499.
- TUNÇ, O.; M. KIYAK (2015) “Türkiye ve Avrupa’da Özel Sağlık Sigortaları”, **Journal of Economics Finance and Accounting**, Volume 3, ss. 409-425.
- TURAL, N. (2002) **Eğitimin Finansmanı**, Ankara, Anı Yayıncılık.
- TUZCU, G. (2006) **Avrupa Birliği’ne Giriş Süreci ve Eğitimde Vizyon 2023**, Ankara, Türk Eğitim Derneği.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) (2010) **Türkiye İstatistik Yıllığı 2009**, “Çevrimiçi” <http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf> Erişim Tarihi 07/07/2019.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) (2017) **Eğitim İstatistikleri** “Çevrimiçi”, <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, Erişim Tarihi 07/07/2019.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) (2019) **Temel İstatistikler** “Çevrimiçi”, <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim Tarihi 21/04/2020.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) (2017) **Sağlık İstatistikleri** “Çevrimiçi”, http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi 19/04/2020.
- TÜRKİYE SİGORTA BİRLİĞİ (TSB) (2014) **Türkiye İçin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Modeli**, Ankara.
- TÜRKMEN, F. (2002) “Eğitimin Ekonomik ve Sosyal Faydaları ve Türkiye’de Eğitim Ekonomik Büyüme İlişkisinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, **Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü**.
- UNDP, **Human Development Report 2019**, New York, 2019.

- ÜNAL, E. (2013) **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, Bursa, Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- ÜNAL, I. (1996) **Eğitim ve Yerleştirme Ekonomisi**, 1.bs., Ankara, Torun Matbaası.
- ÜSTÜN, A. (2004) “Ekonomik Yapı ve Eğitim İlişkisi”, **Meslek Olarak Öğretmenlik**, Ed.: Cevat Celep, Ankara, Anı Yayıncılık, ss. 243-267.
- WOODHALL, M. (1987a) “Cost Analysis in Education”, **Economics of Education**, ss.393-399.
- WOODHALL, M. (1987b) “Economics of Education: A Review”, **Economics of Education: Research and Studies**, Ed.: George Psacharopoulos, Pergamon Press, ss. 1-7.
- WOODHALL, M. (1987c) “Human Capital Concept”, **Economics of Education: Research and Studies**, Ed.: George Psacharopoulos, Pergamon Press, ss. 21-24.
- WORLD BANK (1980) **World Development Report**, Washington, D.C.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1948) **Constitution of the World Health Organization**, April, New York.
- YARDIMCIOĞLU, F. (2012) “Eğitim Harcamaları, Ekonomik Büyüme ve Gelir Dağılımı İlişkisi”, Doktora Tezi, **Sakarya Üniversitesi S.B.E.** Sakarya.
- YARDIMCIOĞLU, F. (2013) “Eğitim ve Sağlık İlişkisi: Panel Eşbütünleşme ve Panel Nedensellik Analizi”, **Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Cilt 9, Sayı 1, ss. 49-74.
- YERELİ, A.B.; İ. KOBAL, A.M. KÖKTAŞ (2010) “Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler”, **8. Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi**, İstanbul, 28-31 Ekim, ss. 1-9.
- YILDIZ, Z. (2000) “Eğitim Sürecinde Ortaya Çıkan Kayıpların Gerçek Maliyetlerin Hesaplanmasındaki Önemi”, **Milli Eğitim Dergisi**, “Çevrimiçi”, http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/Milli_Egitim_Dergisi.html Erişim Tarihi 06/07/2019.
- YILMAZ, H.H. (2007) **İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi**, Ankara, TEPAV Yayınları.
- YİĞİT, A.; R. ERDEM (2016) “Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve”, **Süleyman Demirel Üniversitesi S.B.E. Dergisi**, Sayı 23, ss. 215-249.
- YURDADOĞ, V. (2007) “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, **Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 16, Sayı 1, ss. 591-610.

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU (2019) “Çevrimiçi”, <https://istatistik.yok.gov.tr> Erişim Tarihi 07/05/2020.

WORLD BANK (2016) “Çevrimiçi”, <http://databank.worldbank.org> Erişim Tarihi 10/05/2020.

