

T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İKTİSAT ANABİLİM DALI  
İKTİSAT POLİTİKASI BİLİM DALI

**SAĞLIK SİSTEMİ REFORMU ALTINDA SOSYAL GÜVENLİK  
KURUMLARININ ÜNİTERLEŞMESİNİN TÜRK EKONOMİSİNE ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

ÖZGÜR AKMAN

İstanbul, 2019

T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İKTİSAT ANABİLİM DALI  
İKTİSAT POLİTİKASI BİLİM DALI

**SAĞLIK SİSTEMİ REFORMU ALTINDA SOSYAL GÜVENLİK  
KURUMLARININ ÜNİTERLEŞMESİNİN TÜRK EKONOMİSİNE ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özgür AKMAN

Danışman: DR. ÖĞR. ÜYESİ M. EMRE AKBAŞ

İstanbul, 2019



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ONAY BELGESİ

İKTİSAT Anabilim Dalı İKTİSAT POLİTİKASI Bilim Dalı TEZLİ YÜKSEK LİSANS öğrencisi Özgür Akman'ın SAĞLIK SİSTEMİ REFORMU ALTINDA SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ ÜNİTERLEŞMESİNİN TÜRK EKONOMİSİNE ETKİLERİ adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 25.04.2019 tarih ve 2019-11/10 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından ~~oy birliği~~ / oy çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi 31...../07...../2019.....

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

	Öğretim Üyesi Adı Soyadı	İmzası
1.	Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi M. EMRE AKBAŞ	
2.	Jüri Üyesi Doç. Dr. JALE YALINPALA ÇOKGEZEN	
3.	Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi İSMAİL CEM AY	

## **BİLDİRİM**

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada orijinal olmayan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yapıldığını, aksinin ortaya çıkması durumunda her tür yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ediyorum.

## ÖNSÖZ

Öncelikle yüksek lisans tezimin danışmanlığını kabul eden, akademik bir çalışma olma özelliği ile tezim konusunda beni teşvik eden, araştırılmasında hazırlanmasında destek veren, eleştirileri ile bana yol gösteren tez danışmanım hocam Dr. Öğr. Üy. M. Emre AKBAŞ'a,

Bugünlere gelmemde ve yetişmemde katkısı olan, bana her zaman güvenen ve yol gösteren bütün öğretmenlerime,

Hayatımın her aşamasında ne olursa olsun yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen kız kardeşime, anneme ve babama,

Hayatıma girdiği anda hayatımın merkezine giren, bana yoldaş olan, tez yazımı aşamasında desteklerini esirgemeyen, ailemize yeni katılacak yavrumuzu taşıyan eşim Burcu ÖZDİL AKMAN'a ve ismini saymadığım bütün dostlarıma teşekkür ederim.

Tez çalışmamın yazımı aşamasında hayatıma gireceğini öğrendiğim ve onun geleceğini hayal edip vermiş olduğu mutluluk ile yaşadığım stresi bana unutturan ailemizin yeni üyesi, biricik Öykü'me teşekkür ediyorum ve çalışmamı ona armağan ediyorum.

## İÇİNDEKİLER

ABSTRACT.....	viii
KISALTMALAR.....	x
TABLolar .....	xi
GRAFİKLER.....	xiii
ŞEKİLLER.....	xiv
GİRİŞ.....	1
1. SAĞLIK, SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI VE SAĞLIK HİZMETLERİ .....	3
1.1.SAĞLIK KAVRAMI.....	3
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ .....	4
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	4
1.2.1.1. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
1.2.1.2. Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri .....	8
1.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	8
1.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri .....	9
1.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri .....	10
1.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri .....	10
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	11
1.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon.....	11
1.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	12
1.3.BİLİMDEKİ GELİŞMELERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİLERİ .....	12
1.4. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI .....	14
2.EKONOMİ İÇERİSİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ YERİ, ÖNEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI .....	18
2.1. KAMUSAL MALLAR (KAMU HİZMETLERİ) OLARAK SAĞLIK HARCAMALARI.....	18
2.1.1. Tam Kamusal Mallar.....	19
2.1.2. Yarı Kamusal Malları .....	19
2.1.3. Özel Mallar.....	20
2.1.4. Erdemli Mallar .....	20

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİĞİ KAMU EKONOMİSİNE ALINMASININ GEREKLİLİĞİ.....	21
2.2.1. Kamusalılık özelliği .....	22
2.2.2. Dışsallık Özelliği.....	23
2.2.3. Devlet Müdahaleleri .....	23
2.2.4. Doğal Tekel Oluşturma Özelliği .....	24
2.2.5. Piyasa Mekanizması Başarısızlıkları.....	25
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI .....	25
2.3.1. Doğrudan Finansman Yöntemi.....	26
2.3.2. Dolaylı Finansman Yöntemi .....	27
2.3.2.1. Çalışanların Finansmana Katılması .....	28
2.3.2.2. İşverenlerin Finansmana Katılması .....	29
2.3.2.3. Devletin Finansmana Katılması.....	29
3. SOSYAL GÜVENLİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ, SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARI, SOSYAL GÜVENLİK SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK GÖSTERGELER İÇİNDEKİ YERİ .....	31
3.1. SOSYAL GÜVENLİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	31
3.2. OSMANLI DÖNEMİ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN KISA TARİHİ .....	33
3.3. TÜRKİYE CUMHURİYETİ 'NDE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN KISA TARİHİ.....	34
3.4. SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN KISA TARİHİ .....	38
3.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	39
3.5.1. Dr. Refik SAYDAM dönemi (1923-1946).....	39
3.5.2. Dr. Behçet UZ dönemi (1946-1950) .....	41
3.5.3. Demokrat Parti Dönemi (1950-1960).....	41
3.5.4. Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi (1960-1980) .....	42
3.5.5. Sağlıkta Aktif Özelleştirme Dönemi (1980-2002).....	44
3.5.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2002- ...).....	45
3.6.SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ SAĞLIK YARDIMLARI .....	54
3.6.1. Emekli Sandığı Sağlık Yardımları.....	54
3.6.2. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Yardımları .....	55
3.6.3. Bağ-Kur Sağlık Yardımları .....	56
3.6.4. Genel Sağlık Sigortası Altında Sağlık Yardımları .....	57
3.7. SOSYAL GÜVENLİK REFORMLARININ EKONOMİK GEREKÇELERİ .....	59
3.8.SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ SAĞLIK HARCAMALARI.....	67
3.8.1. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-kur Sağlık Harcamaları (1988-2006).....	67
3.8.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları.....	71
3.9. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN MALİ YAPISI VE SOSYAL GÜVENLİK SAĞLIK HARCAMALARI .....	73
4. BÖLÜM AMPİRİK UYGULAMA.....	92

4.1.ÇALIŞMANIN AMACI .....	92
4.2.LİTERATÜR ÇALIŞMASI .....	92
4.3.VERİ SETİ.....	94
4.3. MODELLEME AŞAMASI .....	95
4.4.KIRILMALI ADF (DURAĞANLIK) TESTİ SONUÇLARI .....	97
4.5.VAR MODELİ .....	98
4.6. GRANGER NEDENSELLİK ANALİZİ .....	102
4.7. ETKİ TEPKİ ANALİZİ SONUÇLARI .....	103
4.8.VARYANS AYRIŞTIRMASI SONUÇLARI .....	105
4.9. AMPİRİK ANALİZİN SONUCU .....	107
5.SONUÇ .....	110
KAYNAKÇA.....	113

## ÖZET

Sosyal Güvenlik Kurumlarının en önemli hizmetlerinden birisi; sigortalılarına, sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu kişilere ve hak sahiplerine sağlık hizmeti sunmaktır. Sosyal Güvenlik Kurumları sağlık hizmetinin finansmanında yer almaktadır. Türkiye’de 2000’li yılların başında Sosyal Güvenlik Kurumları; Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur’ dan oluşurken, 2006 yılında bu 3 kurum birleştirilmiştir.

IMF ile yapılan stand-by anlaşmaları ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından sunulan niyet mektuplarında sağlık ve sosyal güvenlik reformlarına yer verilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye’deki sağlık sistemi yeniden düzenlenmiş ve Genel Sağlık Sigortası sistemi oluşturulmuştur. Genel Sağlık Sigortasıyla Türkiye’de yaşayan nüfus sağlık sigortalısı olmuştur. Bu sayede, sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaya çalışılmıştır. 2006 yılında yapılan Sosyal Güvenlik Reformuyla SGK sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli noktaya gelmiştir. Bununla birlikte SGK’nın yapmış olduğu sağlık harcamaları tutarları ve GSYİH içindeki payı araştırma dönemimiz olan 1989-2018 yılları arasında değişmiştir. Bu değişim yıllar itibariyle tablo ve grafikler yardımıyla açıklanmıştır.

Sosyal Güvenlik Sağlık harcamaları, emekli aylığı ve diğer harcamalar ve GSYİH arasındaki ilişki VAR modeli kullanılarak anlaşılmaya çalışılmıştır. VAR modeli oluşturularak etki-tepki fonksiyonları ile varyans ayrıştırması analizi gerçekleştirilmiştir. Var modeli üzerinden Granger nedensellik analizi uygulanmıştır. Bu analizler ile sosyal güvenlik sağlık harcamalarının GSYİH’ı etkileyip etkilemediği anlaşılmaya çalışılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası Sosyal Güvenlik Kurumlarının üniterleşmesi ve Genel Sağlık Sigortası reformu ile sağlık harcamalarının tek bir bütçe üzerinden yapılması bu tezin ana temasını oluşturmaktadır. Sosyal Güvenlik Reformu öncesi ve sonrasında kurumların yapmış olduğu sağlık harcamaları, söz

konusu harcamaların büyüklükleri, Türkiye Ekonomisi içindeki yeri ve önemi incelenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Harcamaları, Genel Sağlık Sigortası, VAR Analizi ve Granger Nedensellik Testi.

## **ABSTRACT**

One of the most important services of Social Security Institutions is to provide health services to the insured persons of the institution, their dependents of the insured persons and the right holders of the institution. Social Security Institutions are participating for financing of health services. In Turkey, in the early 2000s, the Social Security Administration was formed from the Retirement Fund, Social Insurance Institution and Bağ-Kur, and then these three institutions were combined in 2006.

In the Stand-By Agreements with the IMF and letters of intent submitted by the Republic of Turkey are given to health and social security reforms. By the Health Transformation Program, the health system in Turkey has been rearranged and the General Health Insurance system has been established. The population in Turkey, thanks to the General Health Insurance has been the health insurance holder. In this way, health services have been tried to be financed. With the Social Security Reform in 2006, the Social Security Institution has come to the forefront in the financing of health services. However, the share of the health expenditures of the SSI in the health economy and its share in the GDP has changed between the years 1989-2018, which is the research period. This change is explained with the help of tables and graphs.

Social Security Health expenditure, the relationship between their pension and other payments and GDP, has tried to be understood by using the VAR model. In this study, VAR model was formed and effect-response functions and variance decomposition analysis were performed. Granger causality analyse are applied on VAR model. As a result of these analyzes, it has been tried be understood whether social security health expenditures affect the GDP.

The main theme of this thesis is the unitaryization of the Social Security Institutions after the Health Transformation Program and the reform of the General Health Insurance and spending health expenditures on a single budget. Social Security Reform of institutions have done before and after health spending,

the aforementioned size of the spending, the importance of these expenditures in Turkey Economy are examined.

**Key words:** Retirement Fund, Bağ-Kur, Social Security Institution, Health Transformation Program, Social Security Institution, Health Expenditures, General Health Insurance. VAR Analysis and Granger Causality Test.

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>Bağ-Kur</b>	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>DB</b>	Dünya Bankası
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>GSMH</b>	Gayri Safi Milli Hasıla
<b>GSYİH</b>	Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
<b>IMF</b>	Uluslararası Para Fonu
<b>İşkur</b>	Türkiye İş Kurumu
<b>KHK</b>	Kanunun Hükmünde Kararname
<b>SDP</b>	Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SGP</b>	Satın Alma Gücü Paritesi
<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu

## TABLOLAR

Sayfa No:

Tablo 1: Sağlık personeli sayısı, 1989-2017.....	50
Tablo 2: Yataklı ve yataksız sağlık kurumları sayısı, 1989-2017.....	53
Tablo 3 : Emekli Sandığı SSK ve Bağ-kur Sağlık Harcama Tutarları (1988-2006, Milyon TL) .....	68
Tablo 4: Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur Sağlık Harcamaları, .....	69
Tablo 5: SGK Sağlık Harcama Tutarları (2007-2018) .....	71
Tablo 6: Sosyal Güvenlik Sistemi Gelir ve Gider Dengesi .....	74
Tablo 7: Sosyal Güvenlik Sistemine Yapılan Bütçe Transferleri.....	79
Tablo 8: Sosyal Güvenlik Kurumlarının 1989-2018 Yılları Arasında Yapmış Olduğu Harcama Kalemlerine Göre Toplam Tutarları (Bin TL) .....	82
Tablo 9: Sosyal Güvenlik Kurumlarının 1989-2018 Yılları Arasında Yapmış Olduğu Harcama Kalemlerine Göre Reel Tutarlar ve GSYİH içindeki Payları (Milyon TL) .....	85
Tablo 10: Sosyal Güvenlik Sisteminin Kapsamı ve Türkiye Nüfusu.....	87
Tablo 11: Değişkenlerin Kaynakları.....	95
Tablo 12: Basit İstatistiksel Analiz Sonuçları.....	95
Tablo 13: LGDP Durağanlık Sınaması.....	97
Tablo 14: LED Durağanlık Sınaması,.....	97
Tablo 15: LSH Durağanlık Sınaması.....	98
Tablo 16: Gecikme Uzunluğunun Belirlenmesi .....	99

Tablo 17: VAR Modeli .....	99
Tablo 18: Hata Terimleri Otokorelasyon LM Testi Sonuçları .....	101
Tablo 19: Hata Terimlerinin White Değişen Varyans Testi .....	102
Tablo 20: VAR Hata Terimleri Normallik Testi .....	102
Tablo 21: Granger Nedensellik Analizi Sonuçları.....	103
Tablo 22: Standart Hatalık Şoka Değişkenlerin Tepkisi .....	104
Tablo 23: Varyans Ayırıştırması DLGDP .....	106
Tablo 24: Varyans Ayırıştırması LED .....	106
Tablo 25: Varyans Ayırıştırması LSH .....	107

## GRAFİKLER

Sayfa No:

Grafik 1:Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi 1989-2017.....	48
Grafik 2: Emekli Sandığı, SSK Ve Bağ-Kur Yapmış Olduğu Toplam Sağlık Harcamaları Grafiği (1988-2006) .....	70
Grafik 3: Sgk Sağlık Harcamaları Grafiği (2007-2017).....	72
Grafik 4: Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı .....	90

## ŞEKİLLER

Sayfa No:

Şekil 1: Logaritması Alınmış Sağlık Harcamaları .....	96
Şekil 2: Logaritması Alınmış Gayri Safi Yurt İçi Hasıla.....	96
Şekil 3: Logaritması Alınmış SGK Gelirleri .....	96
Şekil 4: Var Modeli Kararlılık Grafiği .....	101

## GİRİŞ

Sağlık toplumların geleceklere için en önemli unsurlardan birisidir. Toplumdaki bireyler sağlıklı kalabilmek için sağlık hizmeti talep etmektedir. Sağlık hizmetleri kamu otoritesi veya özel kesim tarafından sunulabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise doğrudan ve dolaylı finansman yöntemleri ile karşılanabilmektedir. Dolaylı Finansman yöntemlerinin içinde Sosyal Güvenlik Kurumlarının yapmış olduğu sağlık harcamaları giderleri bulunmaktadır. Söz konusu harcamaların ekonomik büyüklükleri gün geçtikçe artmaktadır.

Sosyal Güvenlik Sisteminin yapmış olduğu sağlık harcamaları günümüz ekonomisinde önemli bir paya gelmiştir. Özellikle sağlık alanında yapılan önemli bir reform olan Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisi ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının üniterleştirilip tek bir çatı altına alınması neticesinde ülke genelinde Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulmuştur. Yapılan reformların etkisiyle sosyal güvenlik sisteminin yapmış olduğu sağlık harcamaları artmış ve yapılan sağlık harcamaları Türkiye ekonomisinde önemli boyutlara gelmiştir.

Bu çalışmanın amacı; sosyal güvenlik sisteminin yapılan reformlar dahilinde yapmış olduğu sağlık harcamalarının ekonomik göstergeler içinde büyüklüğünü ve önemini göstermektir. Bu amaçla sağlık alanına, kamu maliyesine, sağlık ekonomisine ve sosyal güvenlik ekonomisine atıfta bulunulmuş, özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan istatistik verileri incelenmiş, sosyal güvenlik sisteminin yapmış olduğu sağlık harcamalarının büyüklükleri izlenmiştir.

Çalışmamız üç temel hipotez üzerine kurulmuştur.

1) Sosyal Güvenlik Kurumları sağlık harcamaları bakımından ekonominin aktörlerindedir.

2) Sosyal Güvenlik Kurumlarının yapmış olduğu sağlık harcamaları reel olarak ve GSYİH içindeki payı Sağlıkta Dönüşüm Reformu ve Genel Sağlık Sigortasının Kurulmasıyla artmıştır.

3) Sosyal Güvenlik Kurumlarının sağlık harcamaları ile GSYİH arasında bir ilişki vardır.

Bu hipotezler üzerine kurulan tezimiz üç bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde sağlığın ve sağlık hizmetlerinin tanımı, bilimdeki gelişmelerin sağlık hizmetlerine etkileri ve sağlık sistemleri kavramsal çerçeve içerisinde incelenmiş ve sonraki bölümlerin daha iyi anlaşılması amaçlanmıştır.

İkinci bölümde ise sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisine alınmasının gerekli olup olmadığı, sağlık ekonomisinde finansmanın nasıl sağlandığına yer verilmiş olup, Türkiye ekonomisinde sağlık hizmetlerinin nasıl karşılandığı sorunsal kavramsal çerçeve içerisinde ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde ise çalışmanın temel araştırma konusu üzerine gidilmiş; 1989-2017 yılları arasında Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri incelenmiş, Sosyal Güvenlik Kurumlarının gelir ve gider dengesi incelenerek sosyal güvenlik sağlık harcamalarının büyüklüğü çeşitli ekonomik göstergeler ile incelenmiştir.

Dördüncü ve son bölümde ekonometrik VAR modeli kullanılarak, Sosyal Güvenlik Kurumlarının sağlık harcamaları, SGK emekli aylığı ve diğer harcamalar ile GSYİH arasındaki ilişki incelenerek etki-tepki analizi, varyans ayrıştırması ve Granger nedensellik analizi yapılmıştır. Sonuç bölümünde tezin genel değerlendirmesi ve ampirik analizin sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmıştır.

# 1. SAĞLIK, SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

## 1.1.Sağlık Kavramı

Sağlık kelimesi kişilerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden iyi halde olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet manasına gelmektedir.<sup>1</sup> Sağlığın kavramsal anlamını inceleyecek olursak: sağlık en temel manada hasta olmamak demektir. Kavramın bu şekilde açıklanmış olması hastalık kavramını ön plana çıkarmıştır. Hastalık kavramı ise zamana mekâna ve olguya göre değişkenlik gösteren bir kavram olmuştur. Bu durum ise; kendisinde, toplumunda, çevresinde hastalık bulunduğu halde bunu hastalık olarak algılamayan kimseler kendilerini sağlıklı olarak görmüşlerdir. Nitekim geçmiş dönemlerde frengi, cüzzam, trahom vs. gibi hastalıklar hastalık olarak görülmemiştir.<sup>2</sup> Bu örnekten bakıldığı zaman sağlık kelimesinin anlamı çeşitli toplumlarda farklı olarak tanımlanmaktadır. Ancak uluslararası manada sağlık anlayışını Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasasında "Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir"<sup>3</sup> şeklinde olduğunu görürüz. Tanımın içeriğinde de görüleceği üzere sağlık sadece hastalık olarak sınırlandırılmamış olup, kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal olma açısından iyi olma hali olarak bir bütünlük eşliğinde değerlendirilmiştir.

Yukarıdaki açıklamalar ışığında konuyu toparlayacak olursak, sağlık denilince kişinin hasta veya sakat olmaması değil fiziki ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi sağlıklı olmanın bir koşulu olmuştur. Bununla birlikte kişinin sağlıklı olabilmesi için sağlık hizmetleri kavramı ortaya çıkmıştır. Hastalıkların yok edilmesi yahut hastalığa sebep olan nedenlerin

---

<sup>1</sup> T.C. Atatürk Kültür ve Dil Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu, [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c4c703821d3a4.32701164](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c4c703821d3a4.32701164), Erişim tarihi 31/07/2019

<sup>2</sup> Recep Akdur, **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe /Uyumu**, 2. Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:25, 2006, s.11.

<sup>3</sup> Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası Başlangıç kısmı ikinci satır.

ortadan kaldırılması veya önleyici tedbirlerin alınması için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri olarak ele alınmaktadır.<sup>4</sup>

## 1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık kavramı tanımından yola çıktığımızda sağlık hizmetleri kavramının tanımlanması gerekmektedir. İnsanların ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında ise tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyenlerin ise başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak, toplumun sağlık düzeyini arttırmak için yapılan çalışmaların bütününe “sağlık hizmeti” denir.<sup>5</sup>

Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişilerin hasta olmalarını engellemek, onları hastalıklardan korumaktır. Ancak her seferinde insanların hasta olmaları engellenemeyebilir. Bu durumda ise sağlıklarını tekrardan kazanmaya yönelik tedavi hizmeti devreye girer. Sağlık hizmetlerinin bir diğer amacı ise hasta olan insanları tedavi etmektir. Yapılan tedavi sonrasında bazı insanlar sağlığına tekrardan kavuşur. Bazı insanlar yaşamını kaybeder bazıları ise sakat kalabilirler. Sağlık hizmetlerinin bir diğer amacı ise sakat kalan kişileri rehabilite ederek onları topluma kazandırmaktır. Bu amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üçe ayrılır.<sup>6</sup>

### 1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça geniştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temelinde insanların hastalanmasını önlemek, insanların sağlığını korumak için yapılan hizmetlerdir. İnsanların ve toplumun sağlığının korunması amacıyla bireylere ve çevreye karşı alınan tedbirlerdir. Yani hastalık

---

<sup>4</sup> Ayşegül Mutlu ve A. Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa, Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2012, s.14.

<sup>5</sup> Zafer Öztekin, “Türkiye’de Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt 1, Sayı 39, Mayıs- Haziran 2001, s.294

<sup>6</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara: Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2013, s.25.

riski ortaya çıkmadan önce bireylere ve topluma uygulanan koruma amaçlı hizmetlerdir.<sup>7</sup>

Koruyucu sağlık hizmetleri Türk mevzuatında da düzenlenmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergenin 4'üncü maddesinde koruyucu sağlık hizmetleri Temel (Primordiyal) Korunma, Birincil (primer) korunma, İkincil (sekonder) korunma, Üçüncül (tersiyer) korunma olarak dört başlığa ayrılmıştır.<sup>8</sup> Temel korumada toplumun bir bütün olarak sosyal ekonomik ve kültürel olarak kalkınmasını sağlayarak hastalıklarda rol oynayan etmenlerin etkisini azaltmak ve bu etmenleri ortadan kaldırmaktır. Nitekim temel koruma sadece belirli hastalıklara özgü olmayıp genelleme yapılarak bütün alanlarda etkili olup bütün toplumu koruma amacı gütmektedir. Birincil korumada hastalıklara karşı gerekli önlemler alınır ve hastalıkların ortaya çıkması engellenir. Birincil korumaya örnek vermek gerekirse çevredeki olumsuz etmenlerin yok edilmesi, oluşan bu olumsuz etmenlerde kişilerin maruz kalmasını önlenmesi, kişilere aşılama yapılması, kazaların önlenmesi için çalışmaların yapılması, sigara içmemek için toplumun bilinçlendirilmesi, kişisel hijyen kurallarının topluma öğretilmesi, çocukların yetiştirilmesinde çocuğa bakım veren ve çocukları yetiştiren kişilerin eğitilmesi, toplumun eğitilmesi örnek verilebilir. İkincil koruma da ise hastalıkların belirtilerinin meydana gelmediği süreçte veya hastalıkla ilgili belirtilerin ilk dönemlerinde bunları teşhis ederek tedavi etmektir. İkincil koruma süreci etken tanı olarak adlandırılır. Üçüncül koruma ise kişilerde hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin çıkışından itibaren, sağlıklarını kaybeden kişilerin en iyi bir biçimde tedavisi ve sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetlerdir.<sup>9</sup> Üçüncül korumada hastalığın kötü sonuçlarından korunmak amaçlanmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin özelliklerinden birisi de koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha etkin ve ucuz olmasıdır.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Emine Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, Birinci Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi, 2014, s.25

<sup>8</sup> [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&id=240](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240) Erişim Tarihi 31/07/2019

<sup>9</sup> Osman Hayran, **Sağlık Yönetimi Yazıları**, 2. Baskı, Ankara: Sageya Yayıncılık, 2012, s. 37.

<sup>10</sup> İlhan Serin, **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği**, 1. Bası, İstanbul: Kazancı Kitap, 2004, s.11.

Kişilerin hastalanmaları beklenilmeksizin onları hastalanmalara karşı korumak tedavi etmekten daha kolaydır.<sup>11</sup> Hastalıklar meydana gelmeden önce uygulanmasından ötürü, kişilerin sağlığı bozulmadan evvel önleyici tarzda uygulandıklarından kişilerin hastalanmaları engellenir ve hastalıkların engellenmesinden doğan zamanı ve maliyeti önlenir.<sup>12</sup>

Koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte kişilerin sağlıklarının kaybetmeden evvel müdahale olduğundan sunumunda çok fazla sağlık personeline ihtiyaç duyulmaz. İnsanlar sağlığını kaybetmeyecekleri için hastanelerin yükleri azalacaktır. Hastanelerin çalışma yüklerinin azalmasıyla birlikte sağlık alanında emeğin verimliliği artacaktır.<sup>13</sup>

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık risklerini azaltarak, hastalıklar ortaya çıkmasını engeller ve insanların sağlıklı kalmalarını sağlar. Kişilerin koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı kalabilmeleri ise bilimin ve araştırmanın en üst seviyeye gelmesine bağlıdır. Bilimdeki gelişmenin ve birikimin artmasıyla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri de buna bağlı olarak artacaktır.<sup>14</sup>

Literatürde ise koruyucu sağlık hizmetleri “insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri” ve “çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri” olmak üzere iki başlığa ayrılır.<sup>15</sup>

### **1.2.1.1. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişileri ve kişiler vasıtası ile birlikte toplumu hastalığın etkenleri ve belirtilerine karşılık korumayı, onları dirençli kalmalarını sağlamayı, hastalanmaları durumunda ise erken tanı konulması suretiyle en uygun tedavi yöntemini belirleyerek kişilerin en az hasar ile sağlıklarını kavuşmalarını sağlayan

---

<sup>11</sup> Barış Bahadır Bilgehan, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, 1. Baskı, Ankara, Dinamik Akademi Yayınları, 2012, s.29.

<sup>12</sup> Coşkun Can Aktan ve A. Kadir Işık, “Sağlık Hizmetlerinin sunumu Ve Alternatif Yöntemler” Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (ed.), **Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi** içinde (10-21), İstanbul: Aura Kitapları, 2007, s.14.

<sup>13</sup> Sefer Gümüş ve Derya Toy, **Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Ve Reklamın Etkileri**, 1. Baskı, İstanbul: Hiperlink Yayınları, 2013, s.20.

<sup>14</sup> Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe/Uyumu, s.6-7.

<sup>15</sup> Erdinç Ünal, **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, Birinci Baskı, Bursa: Ekin Yayın Dağıtım, 2013, s.89.

sağlık hizmetleridir.<sup>16</sup> Bu tür sağlık hizmetlerinin temelinde insanları bilinçlendirme yatmaktadır. İnsanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini inceleyecek olursak;

**Bağışıklama:** Bazı hastalıklara karşı önceden alınan bir önlemdir. Bağışıklama genellikle aşılama şeklinde olmaktadır. Çeşitli hastalıklara karşı kişiler aşılanarak o hastalığa karşı vücut direnç sahibi olur. Bağışıklamanın tüm topluma yapılmasıyla birlikte hatalıklar kontrol altına alınmış olacaktır.<sup>17</sup>

**İlaçla Koruma:** Her hastalığın tedavisinde aşılama olmayabilir. Böyle durumlarda kişilere koruyucu olarak ilaç ile koruma yapılabilir.<sup>18</sup>

**Erken Tanı:** İnsanlar genellikle hastalıklarının ileri aşamasında sağlık yardımlarına başvurmaktadır. Erken tanıda ise kişilerin hastalıkları ilerleyen boyutlara varmadan hastalığın ilk evrelerinde tespit edilip tanı konulmasıdır. Bu durumda kişiler sağlıklarını daha kolay kazanabilmektedir.<sup>19</sup> Örneğin kanser hastalığında hastalığın erken teşhis edilmesi tedavi sürecinin başarıya ulaşabilmesi için çok önemlidir.

**İyi Beslenme:** Pek çok hastalığın altında yatan temel sebeplerden birisi de dengesiz ve yetersiz beslenmeden kaynaklanmaktadır. Kişilerin beslenmelerinin düzenlenmesi ve hastalıklara karşı dirençlerinin artırılması önemlidir.<sup>20</sup>

**Aile Planlaması:** Burada kişilerin ekonomik sosyal ve kültürel planlama yapmak suretiyle çocuk yapmasını, çocuk sayısını, çocuk yapma sürelerini belirlemektir. Nitekim aile planlaması yapmayan kadınlarda çocukların sağlıksız bir şekilde doğması veya çocuğun doğmadan vefat etmesi, annenin doğumun

---

<sup>16</sup> Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe/Uyumu, s.13.

<sup>17</sup> Metin Ateş, **Sağlık Sistemleri**, 1. Baskı, İstanbul, Beta Yayınları, 2011, s.11.

<sup>18</sup> Ateş, Sağlık Sistemleri, s.11.

<sup>19</sup> Metin Ateş, "Sağlık Hizmetleri", Metin Ateş (Ed.), Sağlık İşletmeciliği içinde (3-24), İstanbul: Beta Yayıncılık, 2012, s.11.

<sup>20</sup> Öztekin, "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri",s.296.

olumsuz şartlarına bağılı olarak sağılığını kaybetmesi bunun sonucunda ölümlerin olması günümüzde aile planlamasını önemli kılmaktadır.<sup>21</sup>

**Sağılık Eğitimi:** Kişilerin kendi sağılıklarını nasıl koruyacaklarını ve sağılık hizmetlerini nasıl kullanabilecekleri açısından bilgilendirilmeleri olumlu davranışlar kazandırılabilmesi sağılık eğitimi ile mümkün olmaktadır. Sağılık eğitimi ile birlikte kişilere sağılıkları konusunda bilinçlendirme yapılmaktadır.<sup>22</sup>

### 1.2.1.2. Çevreye Yönelik Sağılık Hizmetleri

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağılığını olumsuz etkileyebilecek biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek yaşadığı çevreyi olumlu hale getirip, çevreden gelen olumsuzlukları en aza indirmektir.<sup>23</sup> Genel itibariyle çevre sağılığı hizmeti olarak bilinen bu hizmetler yeteri kadar ve temiz su sağılanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağılığı, endüstri sağılığı, haşerelerle savaş, hava kirliliği ile savaş, radyasyon ve gürültü ile savaş vb. hizmetleri kapsamaktadır.

### 1.2.2. Tedavi Edici Sağılık Hizmetleri

Kişilerin hastalanmaları halinde kişileri tekrardan sağılıklarını kazanmaları için verilen sağılık hizmetleridir. Tedavi edici sağılık hizmetleri koruyucu sağılık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturur ve hastalığın meydana gelmesiyle birlikte kişilere sunulan en pahalı hizmet türüdür. Nitekim tedavi edici sağılık hizmetlerinde kişisel fayda sosyal faydadan daha ön plandadır.<sup>24</sup>

Tedavi edici sağılık hizmetleri sağılığı bozulan bir kişiye sağılığını tekrardan kazanması için kendisi veya bir sağılık kuruluşu tarafından sunulan tanı, teşhis ve tedavilerden ibarettir.<sup>25</sup> Bu hizmetler kendi içinde Birinci Basamak

<sup>21</sup> Ünal, Sağılık Ekonomisi ve Yönetimi, s.91.

<sup>22</sup> Öztekin, "Sağılık Kavramı ve Sağılık Hizmetleri", s.296.

<sup>23</sup> Sefer Gümüş ve Emine Ünal Göker, **Hizmet Kalitesinin Hizmet Performansına Etkisi: Bir Hastanede Uygulama**, 1. Baskı, İstanbul: Hiperlink Yayınları, 2012, s.11.

<sup>24</sup> Ramazan Armağan, 1990 Sonrası Gelişmeler Bağlamında Sağılık Harcamalarında Finansman Sorunu ve Türk Kamu Maliyesindeki Yeri, **SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Cilt 8, Sayı. 15, yıl. 2008, s.151.

<sup>25</sup> Orhaner, Türkiye'de Sağılık Sigortası, s.26

Tedavi Hizmetleri, İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır.<sup>26</sup>

### **1.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Hastaların tedavileri evlerde veya ayakta yapılmaktadır. Birinci basamak kuruluşlar hastaların ilk başvuru yaptığı yerlerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetleri iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte koordineli olarak verilir. Nitekim bu kuruluşlar kişilerin ikametlerine yakın olduğu en yakın kuruluşlardır. Birinci basamak sağlık kuruluşları yataklı sağlık kuruluşlarının önünde yer almaktadır.<sup>27</sup> Hastalık seviyesi çok yüksek olmayan bir kişi ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara gitmeden birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlığına kavuşabilmektedir. Bu durum ise hastaların daha fazla zaman kaybetmeden sağlığına kavuşmasını sağlamakta ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında oluşabilecek fazla yoğunluğu azaltacaktır. Birinci basamak sağlık hizmet sunucusuna başvuran bir kişi hastalığının durumuna göre bir ön tanı konulacak doktor tarafından ikinci basamak bir kuruluşa ya da durumun ciddiyetine göre üçüncü basamak kuruluşlara sevk yapılacaktır. Bu sevk sistemi ile birlikte hastaya ön tanı konulup tedavi süreci daha da hızlandırılmış olacaktır.<sup>28</sup>

Ülkemizde sağlık bakanlığına bağlı olan birinci basamak sağlık kuruluşları, aile hekimlikleri, kamu idarelerinin bünyesinde bulunan kurum hekimlikleri, 112 Acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin bünyelerinde bulunan medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetler Bünyesinde bulunan birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait olan poliklinikler, işyeri hekimlikleri, ‘Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’ kapsamında açılan özel poliklinikler, ‘Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’ kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı

---

<sup>26</sup> Akın Marşap, **Sağlık İşletmelerinde Kalite Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik**, 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları, 2014, s.185.

<sup>27</sup> Ünal, Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, s.93.

<sup>28</sup> Orhaner, Türkiye’de Sağlık Sigortası, s.28.

hizmeti veren özel sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık kuruluşlarına örnek verilebilir.<sup>29</sup>

### **1.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Sağlıklarını kaybeden kişilerin yatırılarak teşhis ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu sağlık kuruluşlarında temel fonksiyonu yataklı olmalarıdır. İkinci basamak sağlık kuruluşları birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre daha maliyetli olup burada hastalara uygulanan tedavi yöntemleri de daha tekniktir.<sup>30</sup> İkinci basamak sağlık hizmet sunucularında tedavi olan hastalarda uygulanan ilaç, ameliyat, yatak, hastanın bakımı için gerekli olan cihazlar, hastanın tedavisi ve bakımı için gerekli personel gibi giderlerin olması ikinci basamak sağlık hizmet sunucularının maliyetlerini birinci basamak sağlık hizmet sunucularına göre daha fazla olmasına neden olmaktadır.<sup>31</sup>

Ülkemizde ikinci basamak sağlık kuruluşlarına örnek verecek olursak: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi, Özel Hastaneler Yönetmeliği' ne göre ruhsat almış hastaneler, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik' in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleridir.<sup>32</sup>

### **1.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri**

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; sağlık alanında belirli bir yaş grubuna, belirli bir cinsiyete, belirli bir hastalığa vs. karşı uzmanlaşma olarak

<sup>29</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, s.1

<sup>30</sup> Ünal, Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, s.93.

<sup>31</sup> Orhaner, Türkiye'de Sağlık Sigortası, s.29.

<sup>32</sup> 24/03/2013 tarih ve 28597 sayılı Resmi Gazete, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği s.2., <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324.htm> (Erişim Tarihi:31/07/2019)

karşımıza çıkmakta ve bu hizmetler üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezlerinin uygulandığı yerlerdir.<sup>33</sup> Üçüncü basamak tedavi hizmetlerinde verilen hizmetler hem araştırılma evresindedir hem de bu hastalıklara maruz kalan kişiler tedavi edilmektedir. Tıbbi bilgi seviyesinin sürekli geliştirilmeye çalışıldığı bu bilginin en ileri seviyelere getirilmeye çalışıldığı uygulama ile birlikte sağlandığı yerlerdir.<sup>34</sup>

Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına örnek olarak: Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri sıralayabiliriz.<sup>35</sup>

### **1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalanan kişilerin tedavisinden sonra bedence veya ruhen engelli hale gelmiş kişilerin tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki açıdan mümkün olabilecek en iyi seviyeye çıkartıp, kişinin başkalarına muhtaç kalmadan kendisine, ailesine, topluma daha fazla faydalı olmasını hedef alan kalıcı rahatsızlıkları en az seviyeye indiren tedavi süreçlerinin bütünüdür.<sup>36</sup>

Rehabilitasyon hizmetleri Tıbbi Rehabilitasyon ve Sosyal Mesleki Rehabilitasyon olmak üzere<sup>37</sup> iki başlığa ayrılır.

#### **1.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon**

Hastalık ve kaza sonrası kişilerde oluşan engellerin, özürlerin cerrahi ve tıbbi yöntemlerle birlikte doktor ve diğer yardımcı personelle birlikte ortadan

---

<sup>33</sup> Egemen Cevahir, **Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri**, 1. Baskı, İstanbul: Kibele Yayınları, 2016, s.26.

<sup>34</sup> Ünal, Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, s.93.

<sup>35</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, s.2.

<sup>36</sup> Hayran, s. 39.

<sup>37</sup> Öztekin, “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, s.298.

kaldırılmaya çalışılmasıdır. Bu hizmetler sonunda kişi az da olsa günlük yaşam fonksiyonlarını yapabilmektedir.<sup>38</sup>

### 1.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Fizyolojik ve psikolojik açıdan sağlıklarını kaybedip hasar görmüş kişilerin toplum içinde iş bulması güç bir durumdur. Bu kişilerin tekrardan topluma kazandırılması, ailesine ve topluma yük olmaması gerekmektedir. Bu kişilere kendilerine uygun yapabilecekleri bir iş verilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde hiç çalışamayacak durumda olan kişilere ise bir yerde bakılması gerekmektedir. Verilen bu hizmetlerin bütününe Sosyal Rehabilitasyon hizmeti denir. Sosyal Rehabilitasyon hizmetleri kendiliğinden olmaz. Bu hizmetleri yerine getirebilmek için toplumsal kurum ve örgütlenmelere gereksinim vardır.<sup>39</sup>

### 1.3.Bilimdeki Gelişmelerin Sağlık Hizmetlerine etkileri

İnsanlık tarihi boyunca sağlık hizmetleri bilimdeki gelişmelerin ışığında yön değiştirmiştir. İnsanoğlunun öğrenme, üretme ve dönüştürme merakı bilimsel çalışmalar yapmasına vesile olmuştur. Bilim üreten toplumlar daha sağlıklı ve yaratıcı nesiller yaratmada başarılı olmuşlardır. Bilimsel gelişimin sağlık hizmetlerine yansımaları bakımından sağlık hizmetleri dört dönemden geçmiştir.<sup>40</sup>

Mistik Dönem adı verilen ilk dönem, pozitif bilimlerin olmadığı, meydana gelen her türlü iyilik ve her türlü kötülüğün doğaüstü güçlerden ve inançlardan geldiği kabul edilen dönemdir. Bir kişinin hastalanması mistik güçleri kızdırdığı manasına gelmekteydi. Bunun tedavisi için bir takım içgüdüsel davranışlar dışındaki doğa üstü güçlere tapmak, adak sunmak, kötü ruhları kovmak vs. inanışlar hakimdir.<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> Orhaner, s.26

<sup>39</sup> Orhaner, s.27

<sup>40</sup> Recep Akdur ve Diğerleri, **Halk Sağlığı**, 1. Baskı, Ankara: Antıp AŞ, 1998, s.6.

<sup>41</sup> Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliği/Uyumu, s.3.

Polifarmasi Dönemi adı verilen ikinci dönemde mistik uygulamalar devam ederken aynı zamanda insanlar bitkilerin bazı hastalıklara karşı iyi geldiğini keşfetmişlerdir. Bu uygulamalar deneme yanılma yöntemleri ve gözlemlerle birlikte zenginleştirilmiştir. Bu şekilde hastalanıp acı ve sıkıntı içinde bulunan insanların bazı maddeleri kullanıp acılarının giderilmesi veya azaltılması hedeflenmiştir. Ancak bu uygulamayla kullanılan madde ve hastalık ayrımı yapılamamıştır. Yani aynı hastalıkta çok çeşitli maddeleri ya da aynı maddenin çeşitli hastalıklarda kullanılması durumu olmuştur. Günümüzde hala bazı toplumlarda aynı bitki ve maddenin birden fazla hastalıkta kullanılması devam etmektedir.<sup>42</sup>

Etiyolojik Tedavi Dönemi adı verilen üçüncü dönemde bilim ve sağlık alanındaki birikimler çoğalmış, çeşitli gelişmelerle birlikte birçok hastalığın ortaya çıkma nedenleri araştırılmış ve bulunmuştur. Bununla birlikte aynı yakınmaları olan hastaların bile yakınma durumlarının aynı ancak bu yakınma sebeplerinin birbirinden farklı olduğu keşfedilmiştir. Hastalıkların tedavisi durumunda esas olanın hastaların yakınmalarının giderilmesini değil bu hastalığa sebep olan nedenlerin giderilmesi ve bu nedenlerin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Bulaşıcı hastalıkların tedavi yöntemlerinin bulunması, penisilin icadı gibi şeyler bulunmuştur. Bu döneme kadar olan bütün dönemlerde “hasta kişi yok hastalık var” anlayışı ön plana çıkmıştır. Yani bu dönem ve bundan önceki Mistik ve Polifarmasi dönemlerinde hastalık kişiye endekslenmiştir. Halbuki kişinin hastalanması bu kişinin beraberinde yaşayan ailesini sosyal çevresini ihmal etmiştir. Bunun bir sonucu olarak hastalık kişisel bir olgu ve yükümlülük olarak algılanmıştır.<sup>43</sup>

Son dönem olan Çağdaş Anlayış Dönemi ise artık birçok hastalığın nedeninin keşfedildiği dönemdir. Hastalık nedenleri tek bir etken üzerinden açıklanmamış, hastalığa neden olan birden fazla etkenler ile açıklanmaya çalışılmıştır. Verem, kanser, kalp ve damar hastalıkları gibi bazı hastalıkların

---

<sup>42</sup> Akdur ve Diğerleri, Halk Sağlığı, 1. Baskı, Ankara: Antıp AŞ, 1998, s.7.

<sup>43</sup> Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliği/Uyumu, s.3.

ortaya çıkmasında birden fazla etkene rastlanılmıştır. Nitekim hastalık virüsü her insana bulaştığında sonuç olarak hastalık meydana gelmemiştir. Öyle ki verem hastalığında verem mikrobu yayıldığı zaman bazı toplumlarda bulaşıcı bir hal alıp toplu ölümlere neden olurken, bazı toplumlarda ise verem mikrobu hastalığa bile neden olmamıştır. Bu dönemde araştırmacılar hastalığın nedenleri arasında sadece hastalığa neden olan mikroorganizmalar, virüsler vs. değil fiziki çevrenin, biyolojik çevrenin sosyal çevrenin vs. çevresel faktörlerin kişisel faktörlerinde ekili olduğunu benimsemişlerdir.<sup>44</sup>

Günümüzde yapılan toplumsal ölçekli araştırmalar ve izlemeler, hastaların tek tek tedavi edilmesiyle toplumun sağlık düzeyinin artmadığını göstermektedir. İnsanların hastalanmaları sonucu tedavi olsalar dahi, tedavilerinin sonucunda tekrardan yaşadığı çevreye dönmesiyle birlikte aynı olumsuz çevresel ve kişisel etkilere maruz kalacak yine sağlıklarını kaybedeceklerdir. Bu şekilde hastalığı bulaştırma yoluyla tüm topluma yayacaklardır. Bu gelişmelerin bir sonucu olarak bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi artmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinde insanları öncelikle sağlıkları yerindeyken korumak, buna karşın hastalanması durumunda kişiye yönelik tedavi uygulamak ve tedavilerinin gereği olarak rehabilite etmek diye tanımlanan çağdaş sağlık anlayışına geçilmiştir.<sup>45</sup>

#### **1.4. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması**

1990'lı yıllardan günümüze kadar sağlık sistemleri çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Bu sınıflandırmalar arasında en fazla geçerliliğe sahip olan sistem Milton I. Roemer'in Oxford Üniversitesi tarafından 1991 ve 1993 yıllarında yayınlanan "National Health Systems of the World"

---

<sup>44</sup> Akdur ve Diğerleri, Halk Sağlığı, s.8.

<sup>45</sup> Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliği/Uyumu, s.4-6.

(Dünyadaki ulusal Sağlık Sistemleri) adlı çalışmasında ortaya koyduğu sistemdir. Bu çalışmaya göre sağlık sistemleri temel olarak 4 ana başlığa ayrılmıştır:<sup>46</sup>

#### **1.4.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi**

Liberalizmin en temel bakış açılarından birisi devletin piyasadan çekilip yalnızca düzenleyici işlev üstlenmesi ve özel sektörün serbest piyasa koşullarında rekabet etmesidir. Bu anlayış yalnızca reel sektörde değil, devletin vatandaşlarına en çok hizmet sunduğu sektörlerden biri olan sağlık sektöründe de kendini göstermiştir. Liberal anlayış; sağlık hizmetlerini doğrudan ve kişisel ödemelerle özel sektör tarafından sağlanması öngörülmüştür. Bu noktada Girişimci ve Serbest Sağlık Sisteminde sağlık hizmetlerinin arzı özel girişimciler aracılığıyla kurulan sağlık kuruluşlarınca sağlanmaktadır.<sup>47</sup> Bu hizmetlerin finansmanı ise sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin doğrudan ödemeleri veya bu kişilerin satın aldıkları sağlık poliçeleri tarafından karşılanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasa koşulları altında özel mal niteliğinde olup, sağlık hizmetindeki arz ve talepler piyasa koşulları altında şekillenmektedir.<sup>48</sup>

#### **1.4.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi**

1883 yılı Bismarck Almanya'sında ortaya çıkan ve gelişen bir modeldir. Almanya da işçi sınıfını korumak için dönemin Alman Başbakanı Otto Von Bismarck tarafından, çalışan işçileri sosyal olarak korumak ve aynı zamanda liberal ekonomiyi sosyalizmin etkilerinden uzak tutmak için ortaya atılmış ve geliştirilmiştir.<sup>49</sup> Ülkemizde uygulanan sosyal sigortacılık sisteminin temelinde bu anlayışın izleri görülmektedir. Mevcut sisteme göre; hem çalışanlardan ve işverenlerden toplanan primler hem de devlet tarafından yapılan katkılar bir fonda toplanarak sağlık sigortası oluşturulmaktadır. Bu anlamda Refah Yönelimli Sağlık Sistemi, prim gelirlerine dayalı olan ve temelinde sosyal sigortacılık ilkesi yatan

---

<sup>46</sup> A.Erdal Sargutan, **Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 8, Sayı 3, Yıl 2006, s.395-424

<sup>47</sup> A.Erdal Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, s.55.

<sup>48</sup> A. Kemal Çelebi, Serkan Cura, **Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz**, Maliye Dergisi, Sayı 164, Ocak-Haziran 2013, s.47-67

<sup>49</sup> Sargutan, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, s.57.

bir sistemdir. Devlet; kamu harcamaları vasıtasıyla sağlık hizmeti sunmakta, yapmış olduğu kamu harcamalarının finansmanını ise toplamış olduğu primlerden tahsil etmektedir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinden faydalananlar toplumun tüm kesimi olmaktan ziyade aktif iş gücüne katılan kişiler ve aktif iş gücü içinden emekliye ayrılan kişilerden oluşmaktadır.<sup>50</sup>

### **1.4.3. Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi**

II. Dünya savaşı sırasında William Beveridge başkanlığında olan bir ekip tarafından hazırlanan Beveridge raporu olarak bilinen bu sistem savaş sonrası İngiltere’de uygulanmıştır. Beveridge raporuna göre sağlık hizmetleri toplumun tüm kesimini kapsayacak, bu hizmetlerin finansmanı ve üretimi ise kamu kesimi tarafından karşılanacaktır.<sup>51</sup> Sağlık hizmetleri kişilere ücretsiz sunulan tam kamusal mal olarak görülmüştür. Sistemin kurucusu olan İngiltere’de birçok hastane ve klinik devlete aittir. Bu hastanelerde çalışan doktorlar ücretini devletten almaktadır. İlaçlar ve diğer sağlık ekipmanları vs. hizmetlerin arz edilmesi devletin kontrolündedir. Sağlık sektörü içerisinde özel girişimin payı çok azdır. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin tamamı ulusal hükümetin genel gelirlerinden sağlanmaktadır.<sup>52</sup>

### **1.4.4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi**

Rusya’da Ekim 1918 Bolşevik Devrimi, siyasal sistemi değiştirdiği gibi sağlık sisteminde de köklü değişikliklere yol açmıştır. Devrimden sonra oluşturulan Halk Sağlığı ve Tıp konferansında vatandaşlık temeline dayanan toplumdaki bütün herkesin tıbbi bakımın parasız olması gerektiği tartışılmış ve bu konferansta karara bağlanmıştır. Konferansın akabinde Rusya Cumhuriyetinde Sağlık Bakanlığı oluşturulmuş olup, oluşturulan bu bakanlık dünya tarihindeki ilk Sağlık Bakanlığı unvanını kazanmıştır. Sosyalist sistemde toplumda yaşayan bütün bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti gereksinimleri en üst düzeyde sağlık hizmeti sunulması temel ilkesine dayanmaktadır. Toplumdaki bütün

---

<sup>50</sup> Çelebi, Cura, a.g.e.,s.53

<sup>51</sup> Sargutan, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, s.60.

<sup>52</sup> İlker Daştan, Volkan Çetinkaya, **OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması**, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Ocak 2015, s.106-107

kişilerin tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır.<sup>53</sup> Sağlık hizmetlerinin arzı devlet tekelindedir ve özel girişimcilik yoktur. Hastaneler ve klinikler devletin kontrolünde olup, buralarda çalışanlar kamu görevlisidir. Sağlık harcamalarının finansmanı devletin elde etmiş olduğu gelirlerinden sağlanmaktadır ve yönetim maliyetleri çok düşüktür. Sağlık harcamalarının kontrolü çok kolaydır. Devletin uygulamış olduğu planlama sistemi ile sağlık hizmetlerinin bulunabilirliği çok kolaylaşmaktadır. Sağlık çalışanlarının ihtiyaçları ve gereksinimleri devlet tarafından tedarik edilmektedir.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Sargutan, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, s.63.

<sup>54</sup> Mehmet Şener, Özgür Yeşilyurt ve Fuad Salamov, **Türk Devletleri Sağlık Sistemlerinin Ve Harcamalarının Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi**, International Journal of Social Science Number:61, Yıl 2017, s.515

## 2.EKONOMİ İÇERİSİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ YERİ, ÖNEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

### 2.1. Kamusal Mallar (Kamu Hizmetleri) Olarak Sağlık Harcamaları

Kamu hizmetleri toplumun ortak nitelikteki ihtiyaçlarının karşılanmasına yöneliktir. Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse toplumun ortak nitelikteki ihtiyaçlarının karşılanması bakımından, devletin yapmak zorunda olduğu hizmetler kamu hizmeti olarak adlandırılmaktadır.<sup>55</sup>

İhtiyaçlar, içinde yaşanılan ortamdan, ekonomik, sosyal siyasal ve mali durumlardan etkilenmektedir. İhtiyaçların karşılanması bakımından devlet farklı boyutlarda görevler üstlenmiştir. Günümüze kadar hemen hemen her devirde devlet düzenleyici kurallar koymak, yol göstermek, özendirmek ve sermaye yatırmak suretiyle toplumsal ihtiyaçları karşılamak amacıyla ekonomide yer almıştır. Devletlerin içte ve dışta ülkesinin ve toplumunun çıkarlarının korunması, devletin hukuki sisteminin varlığını sürdürebilmesi açısından devlete önemli görevler verilmiştir. Nitekim XIX. Yüzyılda; kamu sağlığının korunması, yoksullara yardım edilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi alanlarında önemli gelişmeler olmuştur. Bu konularda yapılan düzenlemeler anayasalarda yer almıştır.<sup>56</sup>

Günümüzde devlet: güvenlik asayiş, eğitim, sağlık hizmetleri ile ekonomik ve sosyal görevlerinden dolayı hizmet sunmaktadır.<sup>57</sup>Devletin kamusal hizmetleri tam kamusal mallar, yarı kamusal mallar, erdemli mallar, özel mal ve hizmetler vs. olarak sıralayabiliriz.<sup>58</sup>

---

<sup>55</sup> Metin Erdem, Doğan Şenyüz ve İsmail Tatlıoğlu, **Kamu Maliyesi**, 10. Baskı, Bursa: Ekin Yayın Dağıtım, 2012, s.21

<sup>56</sup> Abdurrahman Akdoğan, **Kamu Maliyesi**, 14. Baskı, Ankara: Gazi Kitapevi, 2011, s.37.

<sup>57</sup> Akdoğan, s.39-40

<sup>58</sup> Mahmut Kalenderoğlu, **Kamu Maliyesi Bütçe ve Borçlanma**, 10. Baskı, Ankara: Agon Bilgi Akademisi, 2010, s. 35.

### 2.1.1. Tam Kamusal Mallar

Tam kamusal mal ve hizmetlerden bütün toplum yararlanmaktadır ve bu mallarda fayda bütün topluma aittir.<sup>59</sup> Bu mal ve hizmetlerde elde edilen faydalar birimlere bölünemez bu faydadan toplumdaki kimse mahrum bırakılamaz. Tüketiciler arasında herhangi bir rekabet söz konusu değildir. Genellikle bu mal ve hizmetler devlet tarafından üretilir.<sup>60</sup>

Başka bir tanıma göre tam kamusal mal ve hizmetler toplumsal nitelikteki ihtiyaçları karşılamaya yönelik olan faydasından kimsenin mahrum bırakılmadığı, bu mal ve hizmetlerle ilgili kararların siyasal süreç içerisinde belirlendiği mal ve hizmetlerdir.<sup>61</sup> Bu mal ve hizmetlerde fayda bölünemez ve finansmanı kamu gelirleriyle sağlanmaktadır. Tam kamusal mal ve hizmetlere örnek vermek gerekirse: devletin savunma faaliyetleri, genel polis hizmetleri, zorunlu eğitim hizmetleri vs.<sup>62</sup>

### 2.1.2. Yarı Kamusal Malları

Hem kamusal hem de özel niteliği olan mal ve hizmetlere yarı kamusal mal ve hizmetler denir. Yarı kamusal mal ve hizmetler serbest piyasada arz ve talep kurallarına göre de üretilebilir.<sup>63</sup> Nitekim bu mal ve hizmetler fiyatlandırılabilir ve pazarlanabilir niteliktedir. Öyle ki yarı kamusal mal ve hizmetlerde bedelini ödemeyen kişiler malın faydasından mahrum bırakılabilmektedirler. Yarı kamusal mal ve hizmetlere örnek olarak; eğitim ve sağlık hizmetlerini sayabiliriz. Eğitim ve sağlık hizmetlerinde mal ve hizmetin bedelini ödemeyen kişiler bu hizmetlerden mahrum bırakılabilmektedirler.<sup>64</sup>

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin topluma olan faydaları tam kamusal mallardaki gibidir. Bireylere olan faydaları ise özel mal ve hizmetler gibidir. Yarı kamusal mal ve hizmetler devlet tarafından da üretilebilmektedir. Yarı kamusal

<sup>59</sup> Orhan Şener, **Kamu Ekonomisi**, 12. Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi, 2014, s.60.

<sup>60</sup> Osman Pehlivan, **Kamu Maliyesi**, 1.basım, Trabzon, Murathan Yayınevi, 2013, s.40.

<sup>61</sup> Fatih Savaşan, **Piyasa Başarısızlığından Devletin Başarısızlığına Kamu Ekonomisi**, 2. Baskı, İstanbul: Dora Yayıncılık, 2013. S.140-141.

<sup>62</sup> Akdoğan, s.41-42.

<sup>63</sup> Erdem, Şenyüz ve Tatlıoğlu, s.24.

<sup>64</sup> Pehlivan, s.42.

mallardaki başlıca özellik bu mal ve hizmetlerden yararlananların yanında toplum üyelerine marjinal katkı sağlamasıdır. Yarı kamusal mal ve hizmetler bölünebilir nitelikte olduğu için fiyatlandırılabilir. Fiyatlanabilen yarı kamusal mal ve hizmetlerde tüketiciler ihtiyaçları ve kaynakları doğrultusunda talebini belirler. Bu bakış altında eğitim, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması imkanı doğar. Aynı zamanda dışlama etkisine de sebep olur.<sup>65</sup>

### **2.1.3. Özel Mallar**

Özel mallar, toplumsal mal ve hizmetlerin aksine faydaları bölünebilir niteliktedir.<sup>66</sup> Nitekim özel mal ve hizmetlerden yararlanabilmek için bu mal ve hizmetlerin bedelini ödemek gerekmektedir. Özel mallar kişilere özel bir fayda sağladığı için bu mal ve hizmetlerden bedelini ödemeyen kişiler mahrum bırakılır. Özel mal ve hizmetler piyasa koşullarında talep edilir ve piyasa koşullarında arzı sağlanır. Devletler bazı durumlarda özel veya pazarlanabilen mal ve hizmetleri kendisi üretebilmektedir. Devlet, kamu faydasının önem taşıdığı elektrik, su, telefon, haberleşme, demiryolu, havayolu vb. alanlarda iktisadi girişimlerde bulunabilmektedir. Devlet, dışlanabilecek malların üretmesi ile ilgilenebilmektedir. Özel sektör doğal tekel olma nedeniyle veya dışsal faydalar nedeniyle optimal seviyede üretim yapmayabilmektedir. Bu durumda üretimi piyasaya bırakılabilecek mal ve hizmetlerin devlet tarafından piyasaya sunulması daha uygun bulunabilir.<sup>67</sup>

### **2.1.4. Erdemli Mallar**

Erdemli mallara değerlendirilmiş mallar ya da yararlı özel mallar da denilmektedir.<sup>68</sup> Erdemli mallar özel bir mal niteliğinde olmasına karşılık tamamen piyasa şartlarına bırakıldığında yeterli sayıda üretilmediği için toplumsal refahı arttırmak ve yaygınlaştırmak için devlet tarafından üretilir.<sup>69</sup>

---

<sup>65</sup> Akdoğan, s.47.

<sup>66</sup> Şener, s.74.

<sup>67</sup> Akdoğan, s.48-49.

<sup>68</sup> Kalenderoğlu, s. 39.

<sup>69</sup> Pehlivan, s.43.

Erdemli mallar gerek toplumsal gerekse de bireysel açıdan önceliği ve üstünlüğü olan mal ve hizmetlerdir. Bu mal ve hizmetler ya doğrudan devlet tarafından sunulmaktadır ya da piyasa fiyatının altında pazarlanmaktadır. Erdemli mallara örnek olarak devletin ücretsiz veya düşük ücretle sağlık ve tedavi hizmeti sunmasını, kimsesizlere, yaşlılara, çocuklara, düşkünlere vb. yardımcı olunmasını, sakatlara sosyal hizmetler verilmesini sayabiliriz.<sup>70</sup>

## **2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özelliği Kamu Ekonomisine Alınmasının Gerekliliği**

Sağlık hizmetleri günümüze kadar çeşitli aşamalardan geçmiştir. Sanayi Devrimine kadar sağlık hizmetleri devlet tarafından değil de hayır kurumları tarafından verilmiştir. Sanayi devrimi sonucunda bireylerin sağlığı ile toplumların sağlığı arasındaki ilişkinin doğru orantılı olduğu anlaşılmıştır. Sanayi devrimi sonucunda ortaya çıkan sosyal devlet anlayışıyla sağlık hizmetleri devlet tarafından sağlanmaya başlanılmıştır. Nitekim ödeme gücü olmayan kişilerin sağlık hizmetleri devlet tarafından yapılmadığı sürece bu kişilerin sağlıkları bozulmaktadır. Sağlığını kaybedip iyileşemeyen hasta toplum açısından sosyal bir maliyet yaratmaktadır; ancak bu kişinin tedavi edilip iyileşmesi durumunda ise sosyal fayda sağlanmaktadır.<sup>71</sup>

Sağlıklı kişilerin topluma olan faydası ne kadar yüksekse; sağlıksız kişilerin maliyeti topluma o kadar zararlıdır. Bu sebepten dolayı devletin toplumun sağlığını korumak için müdahale etmesi kaçınılmazdır. Nitekim devlet toplumun sağlığını korumak için kamusal mal niteliğinde olan koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Özel kesim ise koruyucu sağlık hizmetlerinde karlılık olmaması durumunda faaliyette bulunamayabilir. Bu sebepten dolayı devlet sağlık sektöründe he zaman faaliyet göstermektedir.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> Akdoğan, s.51.

<sup>71</sup> Mutlu ve Işık, s.45.

<sup>72</sup> Asuman Altay, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, Sayı:64 (Ocak- Mart 2007), s.35.

Sağlık hizmetleri günümüzde kamusal özellik, dışsallıklar, devlet müdahaleleri, doğal tekel oluşturma özelliği, piyasa mekanizması başarısızlıkları gibi nedenlerden dolayı kamu ekonomisinde tamamen ayrılmaması savunulmuştur.<sup>73</sup>

### 2.2.1. Kamusal özellik

Kamusal mal ve hizmetler kavramı tam kamusal mal ve hizmetleri ve yarı kamusal mal ve hizmetleri kapsamaktadır. Samuelson'a göre kamusal mal ve hizmetler toplumdaki bütün herkes tarafından eşit bir şekilde tüketilmektedir. Bu hizmetlerin faydası bölünemez niteliktedir ve bedel ödenmeden de bu hizmetlerden yararlanabilir. Musgrave ise kamusal malları sosyal ihtiyaçları gideren mal ve hizmet olarak tanımlamıştır.<sup>74</sup>

Sağlık hizmetleri tam kamusal ve yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Tam kamusal mal olan sağlık hizmetlerinden toplumdaki herkes yararlanmakta ve faydaları bölünmemektedir. Örneğin doğrudan hastalarla ilgili olmayan koruyucu sağlık hizmetlerini tam kamusal mal olarak tanımlayabiliriz. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tamamına sunulur. Ödeme yapmayan kişiler koruyucu sağlık hizmetlerinden dışlanamaz. Faydası tespit edilemediği için fiyatlandırılmaz ve pazarlanamaz. Bu nedenden ötürü kamu kesimi koruyucu sağlık hizmetlerinde üretici konumunda olmak durumundadır.<sup>75</sup>

Sağlık hizmetleri aynı zamanda yarı kamusal mal ve hizmetlerdir. Çoğu sağlık hizmeti yarı kamusal mal olup, tüketiminde toplumda dışsal faydalar sağlanmakta ve hizmeti alan kişi ise özel fayda elde etmektedir. Yarı kamusal sağlık hizmetlerinde bedelini ödemeyen kişiler dışlanmaktadır. Bölünebilme ve fiyatlandırılabilme özelliğinden ötürü özel mal ve hizmetlere benzemekle birlikte bu mal ve hizmetlerin toplum içinde birlikte tüketim imkânı vermesi ve sosyal fayda sağlamasıyla birlikte kamusal özelliği ortaya çıkmaktadır.<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Görmüş, s.108.

<sup>74</sup> Mutlu ve Işık, s.47.

<sup>75</sup> Mutlu ve Işık, s.47.

<sup>76</sup> Mutlu ve Işık, s.48.

### 2.2.2. Dışsallık Özelliği

Dışsallıklar ilk defa ekonomist Knut Wicksell tarafından 1886 yılında ele alınmıştır. Genel anlamda dışsallık, bir ekonomik birimin faaliyetleri sonucunda bir başka ekonomik birimin faaliyetleri üzerinde dolaylı olarak görülen olumlu ve olumsuz etkileridir; ya da bir üretim veya tüketim faaliyetine bağlı olarak diğer üretim veya tüketim faaliyetlerinin üzerinde olumlu veya olumsuz olarak ortaya çıkmasına denilmektedir.<sup>77</sup>

Sağlık hizmetlerine baktığımızda dışsallıkları birçok alanda görmekteyiz. Özellikle bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik yapılan çalışmalar ve bunun sonucunda elde edilen başarılar birer dışsallık örneğidir.<sup>78</sup> Örneğin insanlar çocuk felci, grip gibi hastalıklara yakalandıkları zaman sadece kendileri için zararlı olmamakta, çevresindeki insanlara da bu hastalıkları bulaştırarak zarar verilmektedirler. İnsanların bu bulaşıcı hastalıklardan korunması için önlemler aldığı takdirde bu durumdan sadece önlem alan kişi fayda etmekle kalmayıp çevresindeki insanlar da fayda sağlamış olacaktırlar. Sağlık alanında yapılan tıbbi araştırmalar ve tıbbi gelişmelerde dışsallık olmaktadır. Öyle ki bu araştırmalar sonucunda elde edilen faydalardan tüm toplum yararlanmaktadır.<sup>79</sup>

### 2.2.3. Devlet Müdahaleleri

Sağlık sektörüne devlet müdahalesi kaçınılmaz bir olgudur. Devlet ve devlete ait kurumlar piyasada bulunan girişimciler tarafından istenilmemesine rağmen, piyasaya zorla girebilmektedir.<sup>80</sup> Sağlık sektöründe ruhsat ve yetki belgelerinin istenilmesi genellikle yaygın bir uygulamadır. Sağlık alanında çalışan doktorların diplomalarına istinaden sağlık bakanlığından çalışma belgesi alması, özel hastanelerin vermiş olduğu hizmetlerin ruhsata dayanması sağlık sektöründe devletin müdahalesini göstermektedir. Devletin düzenleyici işlevini ön plana koyup, doktorluk diploması olmayan kişilerin doktorluk yapmasını engellediği gibi yetersiz kapasitede olan bir hastanenin ruhsat alamayarak çeşitli hizmetleri

---

<sup>77</sup> Akdoğan, s.54.

<sup>78</sup> Dilaver Tengilimoğlu, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi, 2012, s.57.

<sup>79</sup> Mutlu ve Işık, s.50

<sup>80</sup> Görmüş, s.114

gerçekleştirememesi toplumsal refahı arttırması açısından da önemli bir husustur. Devletin müdahalesi sadece kimlerin hangi şartlar altında sağlık sektöründe çalışacağı ile kalmamaktadır. Devlet müdahalesi sağlık hizmetlerinin finansmanı ile karşımıza çıkabilmektedir. Devlet sosyal sigorta sistemi kurarak çalışanlardan veya toplumun bütün kesiminden sigorta parası toplayarak sağlık hizmetlerini karşılayabilmektedir. Devletin müdahalesi bu noktada kurmuş olduğu sosyal sigortacılık sistemine kişilerin zorunlu olarak sisteme girmesi ve bu sisteme ödeme yapmasıyla ortaya çıkmaktadır. Sosyal sigortacılık sistemine devlet zoruyla girenler sağlık hizmetlerinden faydalanabilmekte, emekli veya malullük aylıklarından faydalanabilmektedirler.<sup>81</sup>

#### **2.2.4. Doğal Tekel Oluşturma Özelliği**

Sağlık hizmetleri tekel oluşturabilme özelliğine sahiptir. Tekel oluşturabilme özelliğinden ötürü devlet müdahalesi kaçınılmazdır.<sup>82</sup> Sağlık sektörü içerisinde devletin müdahale etmesi sonucunda gerekli yetki ve yeterlilik belgesine sahip olmayan kişiler sağlık sektöründe hizmet verememektedir. Doktorluk yapabilmek için tıp fakültesinden mezun olmak ve sağlık bakanlığına kayıtlı olmak gerekir. Bu durum çeşitli bölgelerde doktor sayılarının azalmasına insanların doktor tercihlerinin sınırlandırılmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte devletin müdahalesi sonucu hastalıkların tedavi edilmesi için üretilen ilaçların sağlık bakanlığından ruhsat alması gerekmektedir. Devlet birçok ilaca ruhsat vermeyip bazı ilaçların piyasada tekel olarak kalmasına neden oluşturabilmektedir. Burum ruhsat sahibi olan ilaç firmalarını teknelci konuma getirecek ve teknelci rantından yararlanıp toplumsal refahın azalmasına neden olacaktır.<sup>83</sup>

---

<sup>81</sup> Mutlu ve Işık, s.53.

<sup>82</sup> Görmüş, s.107.

<sup>83</sup> Mutlu ve Işık, s.66.

### 2.2.5. Piyasa Mekanizması Başarısızlıkları

Genel anlamda kamu ekonomisi literatüründe piyasanın bazı mal ve hizmetlerinin üretiminde pareto optimum\* olamamaktadır. Söz konusu durumun gerçekleşmesi durumunda ise piyasa başarısızlıkları meydana gelmektedir.<sup>84</sup>

Toplumdaki bireyler arasında gelir eşitsizliği olabilir. Bu durumda devlet müdahalesi meydana gelebilmektedir. Sağlık hizmetleri açısından piyasalar pareto optimum noktasına ulaşmış olabilir. Ancak toplum içinde herhangi bir geliri ve güvencesi olmayan kişiler piyasaların pareto optimum noktasında olamayabilir.<sup>85</sup> Sağlık sisteminde dışsalılık etkisinin fazlalığı ve piyasa mekanizması etkinliğinin düşük olması devletin varlığını devam ettirmektedir.<sup>86</sup>

### 2.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sürdürülebilir sağlık hizmetleri insanların sağlık hizmetlerine kolay erişebilmesiyle ilgilidir. Sağlık hizmetlerine kolay erişebilmenin en önemli koşullarından birisi de verilen sağlık hizmetlerinin finansmanının hangi yöntemle sağlanacağıdır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi hizmetlere sürdürülebilir erişim imkanı sağlar. Bu açıdan hizmetlerin finansmanında sorunların olmaması gerekir. Hizmetlerin çeşidi, miktarı ve planlaması içeren maliyet unsurlarının önceden kesin belirlenmesi gereklidir.<sup>87</sup>

Sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte sağlık hizmetini sunan kurumların modern teknolojiyi ve nitelikli personel istihdam etmesi

---

\* Pareto Optimum: Optimum pareto veya pareto optimumu toplumdaki üretici, tüketici ve faktör sahiplerinden birinin durumunu kötüleştirmeden bunlardan bir başkasının durumunu iyileştirmenin mümkün olmadığı kaynak tahsisi durumu.

<sup>84</sup> Joseph E. Stiglitz, **Economics Of The Public Sector**, W.W.Norton&Company, New York, Third Edition, s.58

<sup>85</sup> Erdiñ Ünal, "Sağlık Ekonomisi", Metin Ateş (Ed.), **Sağlık İşletmeciliği** içinde (181-235), İstanbul: Beta Yayıncılık, 2012, s.209.

<sup>86</sup> Görmüş, s.109.

<sup>87</sup> Elias Mossialos, Anna Dixon, "Funding health care: an introduction", Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin (Ed.), **Funding health care: options for Europe** içinde (1-30), Buckingham, Open University Press, 2002, s.1.

çabaları sağlık hizmeti giderlerini arttırmaktadır. Artan sağlık hizmeti giderlerinin hangi finansman kaynağı ile karşılanacağı günümüzün önemli bir sorunudur.<sup>88</sup>

Sağlık sistemleri içinde bulunan hizmetlerin finanse edilmesi ülkenin sosyo- kültürel yapısına, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık göstermektedir.<sup>89</sup> Sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerini etkileyen finansman yöntemi aynı zamanda gelirin yeniden dağıtılması, kaynakların dağılımı ve genel ekonomi üzerinde etkilidir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları alt tanımlamalarla ifade edilir. Genel yaygın olan sınıflandırma finansman kaynaklarının özel veya kamu olması üzerinedir. Özel ve kamu kaynaklarıyla finansmanına dış kaynakların eklenmesiyle sınıflandırma mevcuttur. Buna göre:<sup>90</sup>

- 1- Doğrudan Finansman (Cepten Ödemeler)
- 2- Dolaylı Finansman
  - Çalışanların Finansmana Katılması
  - İşverenlerin Finansmana Katılması
  - Devletin Finansmana Katılması

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri tanımlaması yapılırken daha kapsayıcı olması açısından bu sınıflandırma kullanılacaktır.

### **2.3.1. Doğrudan Finansman Yöntemi**

Toplumdaki bireylerin sağlık hizmetlerini doğrudan kendilerinin ödemesine sağlık hizmetlerinin doğrudan finansmanı denilmektedir.<sup>91</sup> Literatürde Cepte ödeme olarak adlandırılan bu yöntemde sağlık hizmetini talebinde bulunan kişiler sağlık arzını sunan sağlık hizmet sunucularına ücreti doğrudan kendi ceplerinden ödemektedirler.<sup>92</sup> Doğrudan finansman yönteminde sağlık

---

<sup>88</sup> Emine Orhaner, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası" **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, No:1, 2006, s.6

<sup>89</sup> Orhaner, Türkiye'de Sağlık Sigortası, s.94.

<sup>90</sup> Mutlu ve Işık, s.288.

<sup>91</sup> Coşkun Can Aktan ve A. Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler" Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (ed.), **Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi** içinde (22-31), İstanbul: Aura Kitapları, 2007, s.25.

<sup>92</sup> Ateş, Sağlık Sistemleri, s.16.

hizmetlerinin arzını ve talebini piyasa belirler. Sağlık hizmetini ihtiyacı olanlar bedelini ödemek koşuluyla bu hizmetten yararlanırlar.<sup>93</sup>

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine baktığımızda sağlık hizmetlerinin tüketiminde talebin etkisini açık bir şekilde görmekteyiz. Doğrudan finansman yöntemiyle sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen kişilerin kendi ceplerinden ücret çıkmasının neticesinde dolaylı finansman yöntemine göre sağlık hizmetlerine daha az talep oluşmaktadır. Doğrudan finansman yönteminde sağlık hizmetlerinin talebi serbest piyasa sistemine göre belirlenmektedir.<sup>94</sup>

İleri düzey sağlık hizmetleri yoğun bakım, organ nakli, ameliyat gibi hizmetler ağır bir maliyet getirdiğinden sadece çok yüksek gelirli insanlar doğrudan finansman yolunu kullanabilirler.<sup>95</sup>

### 2.3.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Dolaylı finansman yönteminde sağlık hizmetlerini arz ve talep edenlerin arasında sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılayan üçüncü bir ödeyici taraf yer almaktadır.<sup>96</sup> Bu sistemde sağlık hizmetlerini arz edenler ve talep edenler arasında para ilişkisi ortadan kalkmaktadır. Finansal araçlardan yer aldığı bu yöntemde sağlık harcamalarında tüketicilerin risk paylaşımı söz konusu olmaktadır.<sup>97</sup> Hastalıklar için yapılan harcamalarda tüketicinin yanında aracı kuruma katkıda bulunan herkes harcamalara katılmaktadır. Tüketici sağlık hizmetlerinden yararlanırken fona yapmış olduğu katkılar dikkate alınmamakta; ancak belirli bir düzeyin üstünde almış olduğu hizmetlerden katkı istenebilmektedir.<sup>98</sup>

Doğrudan finansman sisteminde bir tarafta sağlık hizmetini arz eden kesim bulunurken diğer tarafta hizmeti talep eden kesim bulunmakta olup, sistem arz ve talebin kesişmesiyle yürümektedir. Dolaylı finansman yönteminde ise

---

<sup>93</sup> Metin Ateş, "Sağlık Sistemleri Ve Finansmanı", Metin Ateş (Ed.), **Sağlık İşletmeciliği** içinde (98-150), İstanbul: Beta Yayıncılık, 2012, s.101.

<sup>94</sup> Savaş Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPB, Yayın No:2350, Yıl:1994, s.42-43

<sup>95</sup> Thomas Getzen, **Health Economics: Fundamentals and Flows of Funds**, Temple University Press and John Willey and Sons Inc.New York, 1997, s.7

<sup>96</sup> Ateş, Sağlık Sistemleri, s.17.

<sup>97</sup> Aktan ve Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler", s.26.

<sup>98</sup> Mutlu ve Işık, s.291-292.

hizmeti talep ve arz edenlerin yanında bir üçüncü unsur devlet ya da sigorta şirketleri fonlar bulunmaktadır. Dolaylı finansman yöntemi daha karmaşık bir yapıda olup, üreticiler ve tüketiciler arasında ayrıca aracılar bulunmaktadır.<sup>99</sup>

Dolaylı Finansman Yöntemi finansman yöntemi açısından üç bölüm altında incelenmektedir:<sup>100</sup>

- 1- Çalışanların Finansmana Katılması,
- 2- İşverenlerin Finansmana Katılması,
- 3- Devletin Finansmana Katılması.

### **2.3.2.1. Çalışanların Finansmana Katılması**

Sağlık hizmetleri sağlanırken çalışan kesim sağlık hizmetlerinin talep kısmında yer almaktadırlar. Dolaylı finansman yönteminde çalışanların sağlık hizmetlerini alabilmesi için finansal ve mali araçlara önemli rol düşmektedir. Finansal ve mali araçlar tarafından çalışanlardan sağlık hizmetlerinin finansmanı için prim toplanmaktadır. Söz konusu toplanan primlerle çalışanların sağlık hizmetlerini talep etmeleri durumunda toplanan tutarlar üzerinden sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaktadır.<sup>101</sup>

Çalışanların finansal ve mali kuruluşlara üye olmadığı durumda sağlık hizmetlerinden dışlanacak, bu durumda finansmana katılmayan çalışanlar sağlık hizmetlerini kendi ceplerinden karşılamak durumunda kalacaktır.<sup>102</sup>

Çalışanların belirli bir dönem içerisinde almış oldukları ücretin bir kısmı sağlık hizmetlerinin finansmanı için kesintiye uğrayacak ve toplanan kesintiler bir fonda birikerek, kişilerin sağlık hizmeti talep etmesi durumunda finansman fon birikiminden karşılanacaktır.<sup>103</sup>

---

<sup>99</sup> Mehmet Cihan Erumut, “Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem”, **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı 5, 2014, s.98-99.

<sup>100</sup> Aktan ve Işık, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler”, s.27.

<sup>101</sup> Aktan ve Işık, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler” s.27.

<sup>102</sup> Mutlu ve Işık, s.289

<sup>103</sup> İlyas Çelikoğlu, **Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması**, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No: 2355-YUSPKGM: 424, 1994, s.69

Çalışanların ücretlerinden kesilecek olan prim oranları aracı kurumlar tarafından belirlenebileceği gibi devlet tarafından da belirlenebilir. Çalışanların bu şekilde finansmana katılması kanuni zorunluluktan kaynaklanmaktadır. Çalışan sigortalılar ödeyecekleri prim tutarını kendileri ödeyebilecekleri gibi işverenleri tarafından ücretlerinden kesinti yapılmak suretiyle de ödenebilmektedirler.<sup>104</sup>

### **2.3.2.2. İşverenlerin Finansmana Katılması**

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemlerden birisi de işverenlerin finansmana katılmasıdır. Bu sisteme göre çalışan işçinin ödediği primin yanında ek olarak işverenden de prim alınmaktadır. Bunun gerekçesi çalışanların işverenlerinin yanında yaptığı işe bağlı olarak maruz kalabileceği sağlık sorunlarıdır. Çalışanların çalışma esnasında maruz kalabilecekleri kısa ve uzun vadeli hastalıkları, iş kazaları işverenlerin finansmana katılmasına neden olmuştur.<sup>105</sup>

İşverenlerin, çalışanlarının sağlık hizmetleri için finansmana katılması durumu maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Eksik rekabet koşulları altında, işverenler kar marjlarını arttırmak için sigortasız işçi çalıştırma, sigorta primlerini olduğundan daha az göstererek kayıt dışı faaliyetlere yönelebilmektedirler. Artan maliyetlerin sonucunda bir maliyet enflasyonu oluşabilmektedir.<sup>106</sup>

### **2.3.2.3. Devletin Finansmana Katılması**

Devletin finansmana katılması aynı zamanda devletin vergi gelirleriyle finansmanı anlamına gelmektedir. Bu durumun nedeni ise devletin finanse etme biçim ve amacı ne olursa olsun genel bütçe içerisinde vergi gelirlerini kullanmasından kaynaklanmaktadır.<sup>107</sup>

---

<sup>104</sup> Mutlu ve Işık, s.294.

<sup>105</sup> Aktan ve Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler", s.28.

<sup>106</sup> Mutlu ve Işık, s.295.

<sup>107</sup> Ferdi Çelikyay ve Erdal Gümüş, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11/1, Yıl 2014, s.195

Devletin finansmana katılması iki şekilde olabilir. Bunlardan ilki devletin sağlık harcamaları için kurulacak fona direk olarak katkı yapmasıdır. Bir diğer ise devletin kurulan fona direkt katkıda yapmayıp, bu fonda biriken tutarların yapılan sağlık harcamalarını karşılamaması durumunda oluşan fon açıklarının devletin üzerinden kapatmasıdır.<sup>108</sup>

Devletin finansmana katılması gerek kendi kuracağı fonla gerekse de özel sektör tarafından kurulacak fona destek olmasıyla mümkündür. Devletin kendi kuracağı fona veya özel sektör tarafından kurulacak fona destek sağlamasıyla piyasaları düzenleyebilmekte, topluma verilecek sağlık hizmetlerinin miktarını ve niteliğini belirleyebilmektedir. Ekonomide daralma dönemlerinde devletin yaptığı katkı; işverenlerin ve çalışanların finansman yükünü azaltacaktır. Bu işlem ekonomideki daralma döneminin aşılmasına da katkıda bulunur.<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> Çelikoğlu, s.71.

<sup>109</sup> Mutlu ve Işık, s.296

### 3. SOSYAL GÜVENLİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ, SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARI, SOSYAL GÜVENLİK SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK GÖSTERGELER İÇİNDEKİ YERİ

#### 3.1. Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi

İnsanlar karşılaşabilecekleri olumsuzluklardan kurtulabilmek için çeşitli güvenceler aramışlardır. Tarihin en eski dönemlerinde küçük birimlerde yaşayan kalabalık ailelerin güvenlik ihtiyaçları geleneksel dayanışma ve yerel destekler çerçevesinde karşılanmıştır.

Avrupa’da sosyal güvenlik ilk kiliselerin çevresinde oluşan yardım kuruluşlarından meydana gelmiştir. Sanayi devrimi öncesinde yoksullara, hastalara yardım eden küçük kurumlar ve yardım sandıkları bulunmaktaydı. Kiliselerin çevresinde aş evleri, hasta evleri sosyal güvenliğin ilk örneklerini oluşturmuştur.<sup>110</sup>

Sanayi devrimi ile birlikte çalışma yaşamında iş kazası ve meslek hastalıkları riski artmıştır. Kapitalist sistem işçi sınıfı üzerinde yoksulluğu arttırmış ve sosyal güvenlik ihtiyaçlarını daha da derinleştirmiştir. Siyasal ve sosyal düzende sosyal güvenlik önemli bir olgu haline gelmiştir.<sup>111</sup> Nitekim sosyal güvenlik devletin toplum davranış ve refahına açıkça müdahale ettiği ve bireylerin de en fazla etkilendiği alan olmuştur. Sosyal güvenliğin ilk örneğini veren Bismarck dönemi Almanya’sında sosyal sigorta sistemi sosyal bir araç yerine politik bir araç olarak kullanılmıştır.<sup>112</sup>

Sanayi devrimi ile birlikte toplumsal yaşam içinde köklü değişimler meydana gelmiştir. Bu köklü değişimlerden biri de sosyal güvenlik alanında

---

<sup>110</sup> Polat Tunçer, **İş Ve Sosyal Güvenlik Hukuku**, 1. Baskı, Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2012,s.209

<sup>111</sup> Çelikoğlu, s.16-17.

<sup>112</sup> Hüseyin Akyıldız, **Sosyal Güvenlik Reformuyla Ulaştığı Son Şekliyle Sosyal Güvenlik Hukuku**, 4. Basım, Ankara: Alter Yayıncılık, 2012, s.3

meydana gelmiştir. Üretim ilişkileri sisteminin değişmesiyle birlikte toplumsal yapı ve iş bölümü değişmiştir. Buna bağlı olarak toplum içinde zengin kapitalist ve yoksul işçi sınıfı ortaya çıkmıştır. İşçilerin içinde buldukları kötü koşullar, uzun çalışma süreleri, çok sayıda meydana gelen iş kazaları, düşük ücretler, ağır hastalıklar iş ve gelecek güvencesinin bulunmaması gibi sorunlar çalışan işçileri sık sık isyana yöneltmiştir.<sup>113</sup>

Almanya’da çalışanların risk ve tehlikelere karşı korunmasında geleneksel yöntemler yetersiz kalmıştır. Buna karşılık olarak toplumun risklerden ve tehlikelerden korumasına yönelik zorunlu sigorta yöntemi 1880 yılında Almanya da Bismarck tarafından ortaya konulmuştur. 1883 yılında “hastalık” daha sonra 1884 yılında “iş kazası” 1889 yılında “yaşlılık ve malullük” sigortası oluşturulmuştur. Sanayi devriminin olumsuz koşullarından dolayı devletler ekonomik ve sosyal yaşama müdahale etmek durumunda kalmıştır. 19. Yüzyılın sonlarına doğru çalışanların çeşitli yöntemlerle korunması devletin görevi haline gelmiştir.<sup>114</sup> Bu kanunlar daha sonra imparatorluk sigorta kanunları olarak 1911 yılında birleştirilerek ve I. Dünya savaşına kadar uygulanan tek örnek olmuştur. Sosyal sigortacılık sistemi I. Dünya Savaşından sonra diğer ülkelere de yayılmıştır.<sup>115</sup>

Sosyal güvenlik terimi 20. Yüzyılın başlarında önem kazanmıştır. New Deal politikası; Büyük Buhran sonrası Başkan Roosevelt tarafından, 1935 yılında Amerikan halkına gelir güvencesi sağlaması için sosyal güvenlik disiplini kanunlaştırmıştır.<sup>116</sup> 1929 Büyük Buhranı Amerikan ekonomisinde derin sarsıntı yaratmış ve işsizlik ürkütücü boyutlara gelmiştir. Bunun üzerine Amerikan Devleti ekonomik ve sosyal alana müdahalesini engelleyen jandarma devleti anlayışını terk etmiş ve Refah Devleti anlayışını benimsemiştir.<sup>117</sup>

---

<sup>113</sup> Cemal Hüseyin Güvercin, Sosyal Güvenlik Kavramı Ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 57, Sayı 2, Yıl 2004, s.90

<sup>114</sup> A.Erdal Sargutan, **Sosyal Politika Bilimi**, 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları,2006, s.249.

<sup>115</sup> A.Can Tunçay ve Ömer Ekmekçi, **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, 15. Bası, İstanbul: Beta Yayınları, 2012, s.21.

<sup>116</sup> Tunçer, s.205.

<sup>117</sup> Ali Güzel ve Ali Rıza Okur, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 10. Bası, İstanbul: Beta Yayınları, 2004, s.22.

Birleşik Krallıkta ikinci dünya savaşı süresince görevlendirilen Sir William Beveridge tarafından hazırlanan ve kendi ismiyle anılan Beveridge raporunda temel ilke olarak yoksulluktan kurtulma kabul edilmiş ve bunun için gerekli çözüm yolları aranmıştır.<sup>118</sup> Beveridge raporunda geniş kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi ile toplumun yoksulluk sorununun çözümleyebileceğini ifade etmiş ve sistemin yaslanacağı temel ilkeleri belirlemiştir.<sup>119</sup>

### 3.2. Osmanlı Dönemi Sosyal Güvenlik Sisteminin Kısa Tarihi

Osmanlı döneminde sosyal güvenlik uygulamaları doğal geleneksel kurumlardan modern sosyal güvenlik uygulamalarına doğru değişim göstermiştir.<sup>120</sup> Geleneksel aile yapısı sosyal koruyucu birim olarak hizmet ettiğinden merkezi sosyal güvenlik sistemine dönüşüm gerçekleşmemiştir.<sup>121</sup>

İmparatorluk içinde halkın çoğunluğu tarım ve el sanatları alanında çalıştığı için sosyal güvenlik aile içi yardımlaşma, meslek teşekkülleri çerçevesinde yardımlaşma ve sosyal yardımlar şeklinde sağlanmıştır.<sup>122</sup>

Küçük yerleşim merkezlerinde sosyal güvenlik ihtiyaçları, aile içi yardımlar ve bölgesel destekler sayesinde karşılanmıştır.<sup>123</sup> Zekat, fitre, adak, kurban sadaka ve bağış gibi dinsel yardımlar da insanların sosyal güvenlik ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli olmuştur. Bununla birlikte toplum içinde sosyal yardım kurumu olarak faaliyetlerde bulunan vakıflar da toplum tarafından korunmaya muhtaç, sakat, dul, yetim, kimsesiz ve yoksul kimselerin ihtiyaçlarını karşılamıştır. Esnaf ve sanatkârlar tarafında ise biriktirme ve yardım sandıklarının önemli işlevleri olmuştur.<sup>124</sup> Lonca yapısı içinde oluşturan ve bazı düşünürlere

---

<sup>118</sup> Hüseyin Akyıldız, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 1. Baskı, Isparta:Süleyman Demirel Üniversitesi Yayın No:43, 2004, s.2.

<sup>119</sup> Tunçay ve Ekmekçi, **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, s.28.

<sup>120</sup> A.Gürhan Fişek, Şerife Türcan Özsuca ve Mehmet Ali Şuğle, **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**, Ankara: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, 1997, s.9.

<sup>121</sup> Güvercin, s.91

<sup>122</sup> Gürbüz Ersan, **Türkiye’de Sosyal Güvenlik**, 1. Baskı, İstanbul, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, 1987, s.9.

<sup>123</sup> Sargutan, **Sosyal Politika Bilimi**, s.253.

<sup>124</sup> Fişek, Özsuca ve Şuğle, s.9.

göre ülkemizde sosyal sigortaların çekirdeği olarak görülen teavün (orta) sandıklarından yaşlılık nedeni ile işini sürdüremeyen, çocuğu olan evlenen, sakatlanan, hastalanan esnafa ve esnafın ailelerine aynı veya nakdi yardımlar sağlanmış, ölenlerin ise cenaze giderleri karşılanmıştır.<sup>125</sup>

Osmanlı İmparatorluğunun son yıllarında asker ve sivil memurlar, bazı işyerlerinde çalışanların korunması amacıyla resmi veya özel bir takım emeklilik ve yardımlaşma sandıkları kurmuşlardır. Ancak bunların hiçbirisi günümüz anlamıyla bir sosyal güvenlik sistemi olarak görülemez. Tarih sırasına göre bunları sıralarsak:<sup>126</sup>

- 1865 yılında Ereğli’de bulunan kömür bölgesi için Dilaver Paşa Nizamnamesi,
- 1866 yılında Osmanlı Ordusu için Askeri Tekaüt Sandığı,
- 1869 yılında Maadin Nizamnamesi,
- 1881 yılında Sivil Memurlar için Emekli Sandığı,
- 1890 yılında Seyrisefain Tekaüt Sandığı,
- 1909 yılında Askeri ve Mülki Sandıklar ile Tersane-i Amire’nin işçi ve memurları için Emekli ve Malullük Sandığı,
- 1910 yılında Hicaz Demiryolu ve Müstahdemlerine hastalık ve kaza halleri için yardım sandığı,
- 1917 yılında Şirket-i Hayriye Tekaüt Sandığı.

### **3.3. Türkiye Cumhuriyeti ’nde Sosyal Güvenlik Sisteminin Kısa Tarihi**

Cumhuriyetin kurulması yıkılan Osmanlı İmparatorluğu’nun hayır ve yardımseverlik anlayışına dayalı olan sınırlı ve geleneksel olarak tanımlanan

---

<sup>125</sup> Tunçer, s.214.

<sup>126</sup> Güzel ve Okur, s.28.

sosyal güvenlik anlayışı nedeniyle Osmanlı İmparatorluğu'ndan Türkiye Cumhuriyeti'ne düzensiz sosyal güvenlik uygulamaları miras kalmıştır.<sup>127</sup>

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte Osmanlı İmparatorluğu döneminde çıkartılan yasaların birçoğu yürürlükte kalmış bu yasalara ek olarak hükümet tarafından memurlar için yeni yasalar çıkartılmıştır. Tarih sırasına göre bu yasaları sıralarsak:<sup>128</sup>

- 1924 yılında Milli Mücadelede Şehit Olan Subay ve Astsubayların Ailelerine Aylık Bağlanması Dair çıkarılan kanun,
- 1928 yılında Evkaf, Şehremanet-i ve Ziraat Bankası memurlarının Tekaüt Maaşlarına dair çıkarılan kanun,
- 1930 yılında Askeri ve Mülki Tekaüt Kanunu,
- 1933 yılında Vilayet Hususi İdarelerinden Maaş Alan Memur ve Muallimlerin Tekaüt Maaşlarına dair kanun,
- 1933 yılında İstanbul Mahalli idaresi ile Ankara Merkez Belediyesi Memurları Tekaüt Sandığına dair kanun,
- 1934 yılında Devlet Demiryolları ve Limanları İşletmesi Umumi İdaresi Memurları Tekaüt Sandığına dair kanun,
- 1936 yılında İnhisarlar Umum Müdürlüğü Tekaüt Sandığına dair kanun,
- 1937 yılında Denizyolları ve Akay İşletmeleri ve Fabrika ve Havuzlar İdareleri Memur ve Müstahdemleri Tekaüt kanunu,
- 1937 yılında Türkiye Cumhuriyeti Ziraat Bankası Memurları Tekaüt Sandığına dair kanun
- 1938 yılında Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Tekaüt Sandığına dair kanun,
- 1939 yılında Askeri Fabrikalar ve Tekaüt ve Muavenet Sandığına dair kanun,

---

<sup>127</sup> Şenay Gökbayrak, "Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü", *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2010/2, s.144.

<sup>128</sup> Ersan, s.10-11.

- 1941 yılında Belediyeler ve İller Bankası Memurları Tekaüt Sandığı,
- 1942 yılında İktisadi Devlet Teşekkülleri Memurları Tekaüt Sandığı.

Söz konusu düzenlemelerle kanunların kapsamına dahil olan kesimin sosyal güvenlik hakları güvence altına alınmıştır. Yukarıda da görüleceği üzere yapılan bu çalışmalarla dağınık bir yapı üzerinden sosyal güvenlik sistemi yürütülmüştür. Bu sandıkların fonlaması devlet bütçesi üzerinden sağlanmış, zamanla sandıkların sayılarının artmasıyla birlikte ise başta yönetimsel ve finansman olmak üzere birçok sorun ortaya çıkmıştır. 1949 yılına gelindiğinde 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu çıkartılarak memurların dahil olduğu sandıklar birleştirilmiş, tek çatı altında Emekli Sandığı oluşturulmuş ve bu sorunlar çözülmeye çalışılmıştır.<sup>129</sup>

Emekli Sandığı söz konusu kanunda belirtilen sosyal sigorta politikalarını yürütmekle birlikte kamu personel rejiminin de bir parçası niteliğindedir. Sandığın hem iştirakçilerden toplanan primlerin sosyal sigorta kapsamında malullük yaşlılık ve ölüm aylıklarına ilişkin görevi hem de yapılan primsiz ödemeler rejimi ile ilgili görevleri bulunmaktadır. 5434 sayılı kanun sadece çalışanların uzun vadede maruz kaldıkları riskler üzerine bir düzenleme içermektedir. Sandık iştirakçileri kısa vadeli riskler bakımından Emekli Sandığı'ndan değil kendini çalıştıran kamu kurumundan yardım almaktadır. Yani bu riskler tamamen işveren kamu kurumunun sorumluluğuna bırakılmıştır.<sup>130</sup>

İşçilerin sosyal güvenliğine ilişkin 1926 yılında kabul edilen Borçlar Kanunu ile sınırlı düzenlemeler yapılmıştır. 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile işçilere kaza, hastalık ve analık halleri durumlarında sağlık yardımları yapılmasına dair düzenlemeler yapılmış, 1936 yılında kabul edilen İş Kanunu ile işçi-işveren ilişkileri düzenlenmiş, işçilerin sosyal güvenliklerine ilişkin olarak işçi idaresinin kurulması öngörülmüş ve işçilerin sigortalılık durumu

---

<sup>129</sup> Fişek, Özsuca ve Şuğle, s.13.

<sup>130</sup> Müjdat Şakar, **Sosyal Sigortaları Uygulaması**, 11. Baskı, İstanbul, Beta Yayınları, 2014, s.71.

düzenlenmiştir. Ancak İş Kanunu ile kurulması öngörülen Sigorta Kurumu dönemin ekonomik ve politik durumlarından ötürü hemen hayata geçememiş, II. dünya savaşının bitimi olan 1946 tarihine kadar yeni bir düzenleme yapılmamıştır. 1946 yılında İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, 1946 yılında İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası, 1950 Yılında İhtiyarlık Sigortası, 1951 yılında Hastalık ve Analık Sigortası, 1957 yılında Maluliyet İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları kanunları kabul edilmiştir. 1965 yılında ise saydığımız kanunlar birleştirilerek 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu oluşturulmuş ve Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuştur.<sup>131</sup>

Sosyal Sigortalar Kurumu 2003 yılında 4958 sayılı kanun ile teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiş olup iki genel müdürlükten oluşan Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı haline gelmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu uzun yıllar boyunca iki programı uygulamakla görevli olmuştur. Bunlardan ilki 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ikincisi ise 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar kanunu ile belirlenen programdır. Bu kanunlar ile sosyal risk altında olanların sosyal güvenlik ihtiyaçları giderilmeye çalışılmıştır. Bu sosyal riskler: iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık, malullük, yaşlılık, ölüm ve işsizlik halleridir. Kurum kanunların belirlediği sınırlar çerçevesinde sigortalıların maruz kaldığı bu sosyal risklere karşı güvenliklerini sağlamıştır.<sup>132</sup>

Cumhuriyetin ilk yıllarında memurlar ve işçiler hakkında çeşitli kanuni düzenlemeler yapılmasına karşılık kendi nam ve hesabına bağımsız çalışan kişilerin sosyal güvencesi üzerine yasal düzenlemeler hemen yapılamamıştır. 1972 yılında kabul edilen 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar kanunu bir diğer adı Bağ-Kur kanunu ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar kanun kapsamına alınmış olup Bağ-Kur kurumu kurulmuştur. 1983 yılında kabul edilen 2926 sayılı kanun ile tarımda bağımsız çalışanlar da Bağ-Kur kapsamına alınmıştır.<sup>133</sup>

---

<sup>131</sup> Tunçer, s.215

<sup>132</sup> Şakar, s.70.

<sup>133</sup> Ersan, s.14.

1479 sayılı kanun ile sigortalılara malullük, yaşlılık ve ölüm riskleri için gerekli sosyal güvence tedbirleri alınmıştır. 1985 yılına gelindiğinde ise hastalık ve iş kazası halleri ile ilgili olarak gerekli yardımların yapılması amacıyla sağlık sigortası oluşturulmuştur. 2926 sayılı kanun ile sigortalılara yönelik olarak malullük, yaşlılık ve ölüm riskleri için gerekli sosyal güvence tedbirleri alınmış 4386 sayılı kanun ile bu sigortalılar sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Bağ-Kur 2003 yılına gelindiğinde 4956 sayılı kanunla yeniden yapılandırılmıştır.<sup>134</sup>

Söz konusu kurumlar 2006 yılına kadar sigortalılarına ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişilere hizmet vermiştir. 2006 yılına gelindiğinde ise 2000'li yılların başında IMF'nin zorlamalarıyla reform niteliğinde yeni bir yasa çalışması başlatılmış olup 5510 sayılı Sosyal Sigortaları ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Söz konusu kanunun işlerlik kazanabilmesi için 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur tek çatı altında birleştirilmiş olup kurumların hukuki statüleri sona ermiştir.<sup>135</sup>

### **3.4. Sosyal Güvenlik Kurumunun Kısa Tarihi**

16/05/2006 tarihli 5502 sayılı kanun ve 31/05/2006 sayılı 5510 sayılı kanun ile birlikte Türk Sosyal Güvenlik sistemi farklı bir yapıya geçmiştir. 5502 sayılı yasanın kabulüyle birlikte Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur lağvedilmiş, yerine Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Yeni sistemde primli sosyal güvenlik sistemi ve primsiz sosyal güvenlik sistemi tek çatı altında birleştirilmiştir. Sosyal güvenlik sistemimiz Avrupa Birliği uyum yasaları çerçevesinde Avrupa Birliği standartlarına uygun bir şekilde oluşturulmaya çalışılmıştır. Kurumların tek çatı altında birleşmesi ile birlikte sigorta işlemleri için ayrı, sağlık işlemleri içinde ayrı

---

<sup>134</sup> Şakar, s.70-71.

<sup>135</sup> Tunçer, s.217.

bir sandık fonu oluşturulmuş, sosyal yardım niteliğindeki ödemeler aynı çatı altında ayrı bir sistem çerçevesine oturtulmuştur.<sup>136</sup>

Sosyal Güvenlik Kurumunun temel amacı: Sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. Kurumun görevleri ise kanunun 3. Maddesinde açıklanmıştır.<sup>137</sup>

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun kabul edilmesiyle birlikte 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, 5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu, 1479 sayılı Esnaf Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu, 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu mülga olmuştur.<sup>138</sup> Söz konusu kanunlara ilişkin düzenlemelere 5510 sayılı kanunda yeniden yer verilmiştir. 5510 sayılı Kanunda geçen 4/1-a (kısaca 4/A) eski SSK kanununa tabi olanları, 4/1-b (kısaca 4/B) eski Bağ-Kur mevzuatına tabi olanları, 4/1-c (kısaca 4/C) eski Emekli Sandığı mevzuatına tabi olanları tanımlamaktadır.<sup>139</sup>

### **3.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

#### **3.5.1. Dr. Refik SAYDAM dönemi (1923-1946)**

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilan edilmesinden sonra ilk sağlık bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur. Kendisi bu görevi kısa aralıklarla ayrı kaldığı süreleri saymazsak 1937 yılına kadar yaklaşık 15 yıl boyunca sürdürmüştür. Dr. Refik Saydam'ın yeni kurulan Cumhuriyette yeni sağlık politikalarının oluşturulmasında etkili olmuştur.

---

<sup>136</sup> Tunçer, s.218-219.

<sup>137</sup> **Resmi gazete**, 20 Mayıs 2006, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, s.1.

<sup>138</sup> Yusuf Alper, “Sosyal Güvenlik Reformu (2006-2016): Sosyal Güvenlik Mevzuatı Ve İdari Özerklik”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 30, Sayı 5, 2016, s.1256.

<sup>139</sup> 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Madde 4 Sigortalı Sayılanlar, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> Erişim Tarihi:31/07/2019

Refik Saydam sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi ilkesi üzerinde durmuştur.<sup>140</sup> Saydam'ın politikasına göre merkezi hükümetin temel sağlık vazifesi tedavi edici sağlık hizmetleri değil koruyucu sağlık hizmetleri olmalıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise yerel yönetimler belediyeler tarafından sağlanması gerekmektedir. Belediyelere hastane işletmesi amacıyla örnekler olması için İstanbul, Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Numune hastanelerini açmıştır.<sup>141</sup>

Refik Saydam döneminde sağlık hizmetlerindeki en önemli sorunlardan birisi de yeterli sayıda ve nitelikte sağlık personelinin olmamasıdır. Nitekim bu dönemde sağlık personeli yetiştirilmesi için tıp öğrencileri için yurt açılmış, sağlık personeli için yatılı okullar açılmıştır. Sağlık Bakanlığında çalışan personelin özlük, terfi ve yer değiştirme işlemleri belli bir sisteme bağlanmıştır.<sup>142</sup>

Saydam döneminde hizmetlerinin örgütlenmesinde hükümet tabipliği müessesesi benimsenmiştir. Buna göre ilin valisi bütün bakanlıkların olduğu gibi Sağlık Bakanlığının da o ildeki temsilcisidir. Sağlık müdürü vali adına bu hizmetleri yürütmektedir. İlçelerde ise sağlık hizmetlerinden sorumlu olan kişi kaymakamdır. Kaymakam adına sağlık işlerini yürüten hükümet tabibidir.<sup>143</sup> Her ne kadar bu dönemde tedavi edici sağlık hizmetleri yerel idarelere bırakılmış olsa da sağlık sistemindeki bürokrasiyle merkeziyetçi bir anlayışı oluşturmuştur.<sup>144</sup>

Kısaca Dr. Refik Saydam döneminde bütün sağlık hizmetleri devletin sorumluluğu altında olduğu algılanmıştır. Devlet tarafından verilmesi gereken sağlık hizmetleri ise devletin çeşitli organları merkezi hükümet, il özel idaresi belediyeler arasında paylaştırılmıştır.<sup>145</sup>

---

<sup>140</sup> Erdem Aydın, **Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, 1. Baskı, Ankara: Naturel Yayıncılık, 2002, s.34

<sup>141</sup> Öztekin, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri." **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt.1 Sayı 39. Mayıs-Haziran 2001, s.60.

<sup>142</sup> Recep Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık, **12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı**, s. 47.

<sup>143</sup> Öztekin, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, s.61.

<sup>144</sup> Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık, s. 47.

<sup>145</sup> Ayhan Görmüş, **Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi, 2013, s.119.

### 3.5.2. Dr. Behçet UZ dönemi (1946-1950)

Dr. Behçet Uz dönemi ile birlikte Türkiye Cumhuriyeti'ndeki sağlık politikası anlamında önemli bir değişim olmuştur. Birinci On Yıllık Sağlık Planı Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanmış olup, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresinde sunulmuş ve yürürlüğe girmiştir. Bu plana göre; merkezi hükümet tarafından, koruyucu ve tedavi edici tüm sağlık hizmetleri tüm yurda yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.<sup>146</sup>

Behçet Uz'un hazırladığı plana göre sağlık hizmetleri ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılarak, sağlık hizmetleri kendi kendine yetecek hale gelmesi amaçlanmıştır. Bunun için oluşturulan bölgelerde her köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulması, bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire ve buna ek olarak her on köy için bir ebe bir sağlık memuru çalıştırılması ön görülmüştür. Bölgelerin kurulmasıyla birlikte bu bölgelerde tıp fakültesi kurulması hedeflenmiştir.<sup>147</sup>

Plan içinde sağlık hizmetlerinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bütünleştirilmesi ve bu hizmetlerin nüfus esasına göre oluşturulacak kurumlar üzerinden verilmesi öngörülmüştür. Dr. Refik Saydam Döneminde benimsenmiş olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerel idarenin sorumluluğundan alınıp merkezi idarenin sorumluluk alanına getirilmiştir.<sup>148</sup>

### 3.5.3. Demokrat Parti Dönemi (1950-1960)

İkinci Dünya savaşından sonra 1950 yılına gelindiğinde ülkede Demokrat Parti iktidara gelmiştir. Demokrat partinin iktidara gelmesiyle birlikte sağlık alanında temel politika değişiklikleri meydana gelmiştir.<sup>149</sup>

---

<sup>146</sup> Recep Akdağ (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2011, s.20.

<sup>147</sup> M. Rahmi Dirican, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, **Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni**, cilt:2 sayı:7 Yıl:1970, s.189.

<sup>148</sup> Sargutan, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, s.213.

<sup>149</sup> Nurcan Turan, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2004, s.6.

Önceki dönemde belediyelere bırakılmış olan tedavi edici sağlık hizmetleri bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiştir. Sağlık Bakanlığı belediye hastanelerinin hepsini devralmıştır. Yeni hastaneler kurulmuş, daha önceleri kırsal kesimde koruma ve tedavi hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir. Daha fazla ücret ve özel muayenehane açma izinlerinin sağlık çalışanlarına verilmesiyle birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan doktor, hemşire ebe vs. görevlerini bırakıp özel sağlık kuruluşlarına geçmiştir.<sup>150</sup>

1945 yılında kurulan işçilerin sosyal güvenliğini sağlamak için kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu 1952 yılında hizmet vermeye başlamış ve aynı zamanda hastaneler kurarak sağlık hizmeti de vermeye başlamıştır. Bununla birlikte hemen hemen tüm bakanlıklar, KİT'ler kendi hastanelerini kurmaya başlamışlardır. Netice itibariyle sağlık sektörü 1950-1960 döneminde tedaviye odaklı çok merkezli ve eşgüdümsüz büyümüştür.<sup>151</sup>

Sağlık politikaları üzerinde de liberal görüş ve politikalar gündeme gelmiş ve özel sağlık sektörü gelişimine hız kazandırılmıştır. Sağlık alanında iki başlı yapı ortaya çıkmıştır. Sağlık sektörüne yapılan kamu yatırımları önceki dönemlere kıyasen azalmış yataklı sağlık kurumlarının devlet eliyle Anadolu'ya yayılması yavaşlamıştır. Bunun sonucu olarak tedavi edici sağlık hizmetlerinde halkın talepleri karşılanamamıştır.<sup>152</sup>

### 3.5.4. Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi (1960-1980)

1960 sonrası Planlı Ekonomiye geçişle sağlık hizmetlerinin tamamen sosyal bir hizmet olması anlayışı ağırlık kazanmıştır. Bu kapsamda sağlık hizmetleri kalkınma planları içinde yeniden düzenlenmiştir.<sup>153</sup>

---

<sup>150</sup> Gül Ergör ve Zafer Öztekin, "The Development of National Health Policy in Turkey", Anna Ritsatakis, Ruth Barnes, Evert Dekker, Patsy Harrington, Simo Kokko and Peter Makara, **Exploring Health Policy Development in Europe** in (194-208), WHO Regional Publications No: 86, s.194.

<sup>151</sup> Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık, s. 48.

<sup>152</sup> Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık, s. 47.

<sup>153</sup> Öztekin, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, s.62.

1961 Anayasası ile birlikte tıbbi bakım ve sağlık anayasal bir hak olmuştur. Nitekim bu dönemde hazırlanan I. Beş Yıllık Kalkınma planında sağlık hizmetleri düzenlemelerine yer verilmiştir. Buna göre sağlık hizmetleri az sayıda kesimin yararlandığı pahalı bir hizmet olan hastaneciliğin yerine evde ve ayakta koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin küçük toplulukların da yararlanmasına yardımcı olacak sağlık örgütünün kurulmasını öngörmüştür.<sup>154</sup>

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanun aslında sağlık politikalarına yönelik ilkelerden oluşmuştur. Bu ilkeler aşağıdaki gibi sıralanmıştır.<sup>155</sup>

- Vatandaşlar sağlık hizmetlerinden eşit yararlanacaktır,
- Sağlık hizmeti ücretsiz veya katkı payı ile sunulacaktır,
- Hastalar istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçebilecektir,
- Hekimler kamuda ya da serbest olarak çalışabilecek, ancak hem kamuda hem de serbest olarak çalışamayacaklardır,
- Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacaktır,
- Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir,
- Halkın da katılımının sağlandığı kurullar oluşturulacaktır.

1970’li yıllarda küresel ekonomideki durgunluklar, yüksek devlet borçları ve sosyal harcamalar alternatif ekonomi yönetim ekollerinin önünü açmıştır. Neoliberal ekol altında devletin kamu hizmetlerini yaratma becerisi sınırlanmıştır. Yeni anlayış sağlığın sosyalleşme politikaları ile çelişmiştir.<sup>156</sup>

Türkiye’de 1970’li yıllarda uygulanan sağlık politikaları kendi içinde bazı tutarsızlıklar barındırmıştır. Nitekim sağlık hizmetlerinin finansmanında

---

<sup>154</sup> T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, **I. Kalkınma Planı 1963-1967**, Ocak 1963, s.39 <http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13736/plan1.pdf> (Erişim Tarihi:31/07/2019)

<sup>155</sup> Dirican, s.190.

<sup>156</sup> Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, s. 48.

birçok farklı uygulama söz konusu olmuştur. Nitelikli sağlık personelinin istihdamı konusunda ise sağlık personelinin hem memur olarak çalışabildiği hem de serbest olarak çalışabildiği bir düzen mevcuttur. 1970’li yıllara kadar Türkiye’de sağlık politikaları ve uygulamalarında birbiri ile çelişen karmaşık bir düzen yaratılmıştır.<sup>157</sup>

### 3.5.5. Sağlıkta Aktif Özelleştirme Dönemi (1980-2002)

1973 Petrol Krizi sonrası Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kurumlar Türkiye’nin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkeler için “Yapısal Uyum Programları” olarak adlandırılan programları sunmuşlardır. Bu programların özelliği kamusal sistemi yeniden yapılandırmak ve devlete ait kurumların özelleştirilmesi ve iç piyasanın düzenlenmesi olmuştur. Küreselleşme adı altında oluşturulan bu programların içeriğinde devletin küçülmesi, kamunun yapmış olduğu harcamaların azaltılarak özel sektöre yöneltmek, devletin sağlık ve eğitim alanlarında elini çekmesini sağlayıp bu alanları özel sektöre bırakmak, devletin sağlık alanından çekilmesini sağlayıp sağlık hizmetlerinin finansmanında devlet bütçesi yerine, primlerle karşılanmasını sağlamak, sigortacılığın gelişmesini sağlamaktır.<sup>158</sup>

24 Ocak 1980 kararları altında Türkiye’de yapısal reform çalışmaları başlatılmıştır. 1982 Anayasası ile tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakları yeniden düzenlenmiş ve bu sosyal güvenlik haklarının sağlanması anayasal güvence altına alınmıştır. Anayasa altında “Genel Sağlık Sigortası” kurulabileceğine dair yeni bir hüküm yer almıştır. Bu hüküm uyarınca vatandaşın çalışıp çalışmadığına bakılmaksızın ülke nüfusunun tamamını kapsayan bir sağlık sigortası sisteminin kurulabileceği öngörülmüş, ancak böyle bir sağlık sigortası sistemi kurulamamıştır. 1986 yılından itibaren ise Bağ-Kur yasasında düzenleme yapılmış, ardından Bağ-Kur kapsamında olan sigortalılar kademeli olarak sağlık

---

<sup>157</sup> Görmüş, s.125.

<sup>158</sup> Hatice Erol ve Abdullah Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:4, Sayı: 1, Yıl 2014, s.10.

sigortası kapsamına alınmıştır. 1987 yılında ise Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu TBMM’de kabul edilmiş, bu kanunda sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin ve bu hizmetlere erişimin sağlanması hedeflenmiştir.<sup>159</sup>

Genel sağlık sigortası tartışmalarının gündeme gelmesiyle birlikte çeşitli tartışmalar başlamış ve bunun akabinde Devlet Planlama Teşkilatı sağlık reformu üzerine Master Plan hazırlamıştır. 1992 yılına gelindiğinde ilk ulusal sağlık kongresi düzenlenmiş, 1993 yılında ise ikincisi düzenlenmiştir. Bu dönemde sağlık reform çalışmalarıyla hedeflenenler: Genel sağlık sigortasını kurarak çalışsın veya çalışmasın ülkedeki bütün vatandaşların sağlık hizmeti almasını sağlamak, aile hekimliği uygulamasına geçişi sağlamak, hastanelere yönetim anlamında özerklik verilmesini sağlamak şeklinde sıralayabiliriz.<sup>160</sup>

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı’nın rolünde köklü bir değişme olmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığında sağlık hizmeti üretme anlayışının yanında sağlık politikaları koyan ve kurallar oluşturan bir anlayış ortaya çıkmıştır. Buna bağlı olarak sağlık alanında hastanelerin özelleşmesi ön plana çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde ücretlendirme ve geri ödeme kurumlarında köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Bütün bunların ışığında 2000’li yıllara girilmiştir.<sup>161</sup>

### 3.5.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2002-...)

Sağlık alanında Türkiye’de bir sürü düzenleme yapılmasına rağmen hiçbiri hedeflerine ulaşamamıştır. 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti verilmesi hedeflenmiştir.<sup>162</sup>

---

<sup>159</sup> Seher Nur Sülkü, **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414, Yıl:2011, s.5.

<sup>160</sup> Mehtap Tatar ve Diğerleri, **Health System in Transition Turkey Health System Review**, Copenhagen: World Health Organization Publishing, 2011, s.18-19.

<sup>161</sup> Hüseyin İleri, Betül Seçer ve Handan Ertaş, “Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi**, Sayı 12, (2016), s.182.

<sup>162</sup> Orhaner, Türkiye’de Sağlık Sigortası, s.107.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ana parçaları şunlardır:<sup>163</sup>

- Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
- Etkin kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlıklı insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkin sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; sağlık bilgi sistemi.

Sağlık kurumlarının finansmanının 2003 yılından itibaren tek elde toplanması amaçlanmış, özel sektör de dahil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumlarından hizmet almaları modeli oluşturulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından topluma sunulan sağlık hizmetleri yerine aile hekimliği uygulaması getirilmiştir. Bununla birlikte başvuran kişilere sağlık hizmeti verme yükümlülüğü aile hekimliğine devredilmiştir. Kamu hastanelerinde yapı değiştirilmiş, kamu hastaneleri özel sektör mantığı ile yönetimi amaçlanmış ve kamu hastaneleri birliği oluşturulmuştur. Kamu hastanelerinde sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi oluşturularak çalışanlar arasında rekabete dayalı bir ücretlendirme sistemi oluşturulmuştur.<sup>164</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programında maliyetleri düşürerek halkın sağlık seviyesini arttırmak ve sağlık hizmetlerini talep eden kişilerden ödeme güçleri oranında sağlık finansmanına katkıda bulunmasını sağlamak hedeflenmiştir. Bu hedeflere ulaşılması için ise genel sağlık sigortası reformunu yapmak, ülke

<sup>163</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Aralık, 2003, s.26-37. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi:31/07/2019)

<sup>164</sup> Erol ve Özdemir, s.12.

genelinde aile hekimliği uygulamasına geçişi sağlamak, sağlık hizmet sunucularında verimliliği arttırmak, sağlık çalışanlarının bilgisini becerisini ve motivasyonunu yükseltmek gerekli görülmüştür. Sağlıkta Dönüşüm Programının ilkeleri ise insan merkezilik, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, sürdürülebilirlik ve sürekli kalite gelişimi olmuştur.<sup>165</sup>

### 3.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Temel Sağlık Göstergeleri

Sağlık harcamaları son yıllarda gerek dünya genelinde gerekse de Türkiye’de artış göstermekte ve bu artışın nedenleri araştırılmaktadır. Ülkelerin sağlık harcama düzeylerinin farklılık göstermesi, sağlık harcamalarını arttıran ya da azaltan faktörlerin ülkeden ülkeye farklı olduğunu düşündürmektedir.<sup>166</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Türkiye’de temel sağlık göstergelerinde iyileşme olmuştur. Programla birlikte sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler olmuştur. Başta SSK hastanelerinin sağlık bakanlığına devredilmesi, aile hekimliği müessesesinin yaygınlaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, ana ve çocuk sağlığı gibi hizmetler güçlendirilmiştir.<sup>167</sup>

Doğumdan beklenen yaşam süreleri temel sağlık göstergelerinden birisidir. Ancak doğumdan beklenen yaşam süresindeki değişiklikleri açıklamak kolay değildir. Çünkü sosyoekonomik faktörler ve doğumdan beklenen yaşam süresi arasında karmaşık bir ilişki vardır. Buna karşılık oluşturulacak sağlık politikaları, sosyal güvenlik ve emeklilik politikalarının altında doğumdan beklenen yaşam süreleri etkili olmuştur.<sup>168</sup>2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programında ülkemizde doğumdan beklenen yaşam düzeyi kadınlar 71 erkekler

<sup>165</sup> Orhaner, Türkiye’de Sağlık Sigortası, s.107.

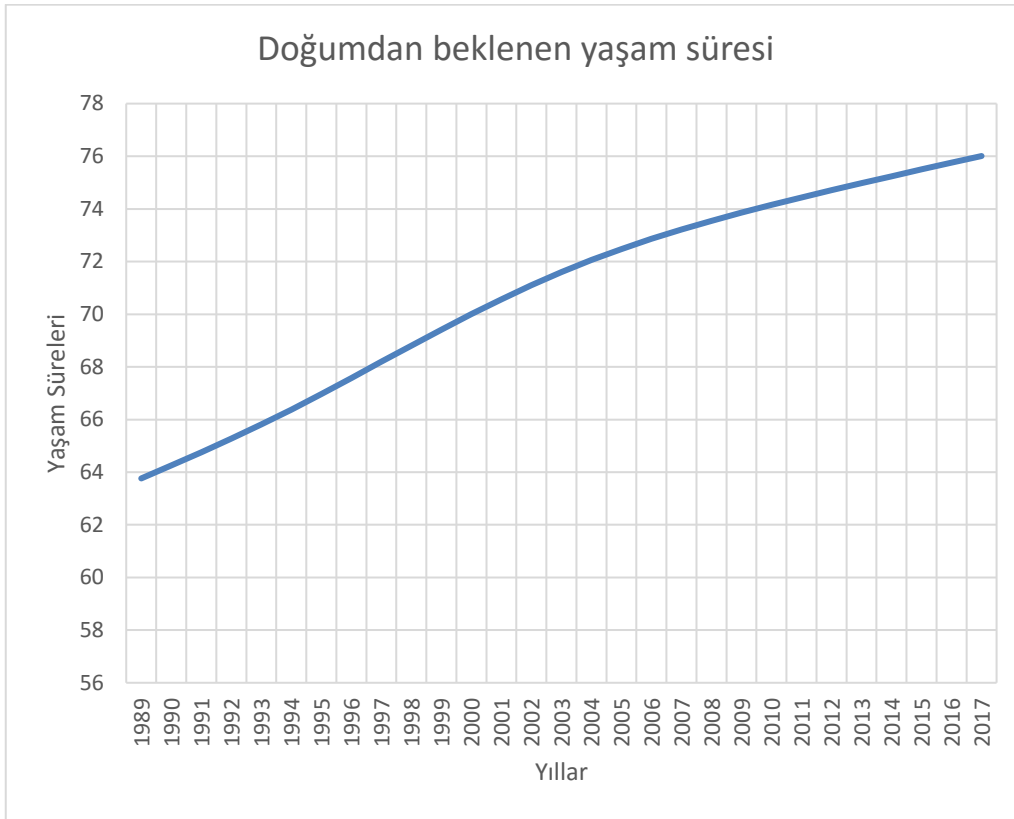
<sup>166</sup> Serap Taşkaya ve Mustafa Demirkıran, “Enflasyon, gelir ve sağlık harcaması arasındaki nedensellik ilişkisi” **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt: 15 Sayı:2 Yıl 2016 s.127.

<sup>167</sup> Serdar Öztürk ve Oktay Uçan, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi” **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 22, Sayı:1, Yıl:2017, s.142.

<sup>168</sup> şevket Tüylüoğlu ve Mustafa Tekin, Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri, **Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, Yıl:2009, s.5.

için ise 66 yaş düzeyinde olup söz konusu oran OECD ülkelerinin altındadır.<sup>169</sup> Dünya Bankası tarafından yayınlanan verilere göre Türkiye'nin 1989-2017 yılları arasındaki doğumdan beklenen yaşam süresini Grafik 1'i inceleyerek:

**Grafik 1:Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi 1989-2017**



**Kaynak:** Dünya Bankası Verileri, www.worldbank.org

Türkiye’de doğumdan beklenen yaşam süresi 2003-2010 yılları arasında önemli, sürekli ve doğrusal bir iyileşme olmuştur. Türkiye ile Avrupa Birliği arasındaki fark kapanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı süre zarfında doğumdan beklene yaşam süresinde gösterilen iyileşme AB’de sağlanan iyileşmeden daha fazla olmuştur.<sup>170</sup> Grafik 1’den de görüleceği üzere Sağlıkta

<sup>169</sup> Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Aralık 2003, s.13.

<sup>170</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü, **Türkiye Sağlık Sistem Performans Değerlendirmesi 2011**, Ankara, Yıl:2012, s.12.

Dönüşüm Programının uygulanmaya başladığı 2003 yılında doğumdan beklenen yaşam süresi 71,102 iken, bu süre 2017 yılına gelindiğinde 76,06 ulaşmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sektöründe insan kaynaklarında sayısal anlamda yetersizlik, ülke geneline yayılmada dengesizlik ve nitelik sorunları mevcuttur. İnsan kaynaklarının planlaması, eğitimi ve kullanımı ayrı ayrı kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. Bunun planlamasının Devlet Planlama Teşkilatı, eğitimi üniversiteler, istihdamı konusunda ise Sağlık Bakanlığı ve SSK tarafından sağlanmaktadır.<sup>171</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi dönemde Türkiye’de sağlık insan kaynakları konusunda çeşitli yanlış yaklaşımlar söz konusudur. Doktor sayısında fazlalık olduğu yönünde düşünceler gündemde kalmıştır. Bu durum hemşire sayısı içinde geçerlidir. “Eğitimde kalite” prensibi ön plana çıkartılarak sayının arttırılmaması bahane edilmiştir.<sup>172</sup> Sağlıkta Dönüşüm ile insan kaynaklarındaki sayıların yetersiz bulunmuş ve arttırılmak istenilmiştir. Aralık 2011 yılı itibariyle toplam hekim sayısının 126.029’dur. Bin kişiye düşen hekim sayısının 2011 yılında 169 hekimdir. Bu durum AB ortalamasının altında kalmaktadır.<sup>173</sup>

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1989-2017 yılları arasında sağlık personeli sayısını Tablo 1’den inceleyecek olursak:

---

<sup>171</sup> Sağlıkta Dönüşüm, s.18.

<sup>172</sup> Recep Akdağ, **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ağustos 2008, s.154.

<sup>173</sup> Recep Akdağ, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın, Aralık 2012, s.245.

**Tablo 1: Sağlık personeli sayısı, 1989-2017**

Yıllar	Hekim	Diş hekimi	Hemşire	Diğer sağlık personeli(1)	Ebe	Eczacı	Diğer personel ve hizmet alımı(2)
1989	46.708	10.132	43.374	19.869	27.805	15.201	-
1990	50.639	10.514	44.984	21.547	30.415	15.792	-
1991	53.264	10.623	47.540	23.813	33.724	16.002	-
1992	56.985	10.703	50.456	24.160	35.096	16.593	-
1993	61.050	11.069	54.268	28.776	36.263	17.696	-
1994	65.832	11.457	56.280	30.811	37.604	18.366	-
1995	69.349	11.717	64.243	34.342	39.551	19.090	-
1996	70.947	12.406	64.526	39.075	39.945	19.681	-
1997	73.659	12.737	67.265	39.658	40.230	20.557	-
1998	77.344	13.421	69.246	41.461	40.559	21.441	-
1999	81.988	14.226	69.270	43.032	40.771	21.665	-
2000	85.242	15.906	69.550	51.887	41.594	21.927	-
2001	89.804	16.075	72.607	52.993	41.691	22.119	-
2002	91.949	16.371	72.393	50.106	41.479	22.289	-
2003	94.466	17.744	74.483	57.416	41.662	22.371	-
2004	97.110	17.893	75.753	60.959	43.229	22.608	-
2005	100.853	18.149	78.182	62.035	43.541	22.756	-
2006	104.475	18.332	82.626	67.514	44.483	23.140	-
2007	108.402	19.278	94.661	79.441	47.175	23.977	-
2008	113.151	19.959	99.910	89.540	47.673	24.778	-
2009	118.641	20.589	105.176	93.550	49.357	25.201	-
2010	123.447	21.432	114.772	99.302	50.343	26.506	-
2011	126.029	21.099	124.982	110.862	51.905	26.089	260.693
2012	129.772	21.404	134.906	122.663	53.466	26.571	273.616
2013	133.775	22.295	139.544	131.652	53.427	27.012	290.363
2014	135.616	22.996	142.432	138.878	52.838	27.199	303.110
2015	141.259	24.834	152.803	145.943	53.086	27.530	311.337
2016	144.827	26.674	152.952	144.609	52.456	27.864	321.952
2017	149.997	27.889	166.142	155.417	53.741	28.512	339.241

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları, www.saglik.gov.tr

(1):"Diğer Sağlık Personeli" grubuna, aşağıdaki branşlarda çalışanlar dahil edilmiştir:  
Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk

Gelişimcisi, Diş Protez Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa alışma Teknisyeni, Laboratuvar Teknikeri, Laboratuvar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal alışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni.

(2) Diğer personel ve hizmet alımına ait veri kaynağı değiştiğinden dolayı, 2011 yılı öncesi için tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

Tablo 1’de SDP sonrası sağlıkta insan kaynakları sayısında önemli artışlar olmuştur. Özellikle Tablo 1’den anlaşılacağı üzere hekim ve hemşire sayılarında anlamlı değişiklikler meydana gelmiştir. Hekim sayısı 2000 yılında 85242 iken, bu sayı 2017 yılında 144997’ye; hemşire sayısı 2000 yılında 69550 iken 2017 yılında 166142’ye yükselmiştir. SDP döneminde özellikle hekim ve hemşire sayılar yaklaşık 2 katı, diğer sağlık personeli sayısı 3 katı artmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm programının bir diğer özelliği ise sağlık bakanlığının yapılandırılarak hizmet üreten bir kurum olmaktan çıkartılıp politika belirleyen ve bu politikaların koordinasyonunu sağlayan denetleyen bir kuruma dönüştürmektir. Sağlık Bakanlığı’nın sorumlulukları arasında:

- Sağlık hizmeti sunumunun planlanması ve programlanması,
- Sermaye yatırımlarının onaylanması,
- Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik programlar gerçekleştirilmesi,
- İlaçların üretimi, reçete yazılması ve dağıtımının düzenlenmesi,
- Sağlık kuruluşları inşa etme ve işletme,

gibi hususlar vardı. Sayılan sorumluluklar Sağlık Bakanlığına daha fazla yük getirmekte olup bu durum Sağlık Bakanlığı’nın idari fonksiyonunu azaltmaktaydı.

SDP ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumunu terk etmesi ve sağlık politikaları yapımına ve uygulamaları hedeflenmiştir. Kamuya bağlı hastanelerin özertleştirilmesi, devletin sağlık hizmet sunumunda geri çekilip yerini özel sektöre ya da sözleşmeli doktorlara bırakması ve bu alanda düzenleme ve denetleme yapması amaçlanmıştır.<sup>174</sup>

SDP ile birlikte sağlık kaynakların bir bütün halinde sistem içine alınması ve birbiriyle uyum halinde çalışması öngörülmüştür. Kamu hastanelerinin tek bir çatı altına alınması ve birleştirilmesiyle verimliliğin artırılması öngörülmüştür. Bununla beraber özel sektör tarafından yapılan yatırımlar sonucunda özel sağlık hizmet sunucularının artması ve hastaların sosyal güvencelerinin özel sağlık hizmet sunucularını karşılaması önemli bir adımdır. Yapılan reformla herkes kamu özel ayrımı fark etmeksizin ülkedeki bütün sağlık hizmet sunucularını kullanabilmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının kamu sigortası kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini karşılamasıyla devlet hastanelerinin iş yükünün karşılanabilir olmasını sağlamıştır.<sup>175</sup> Türkiye'de 1989-2017 yılları arasında yer alan sağlık kuruluşları sayılarını Tablo 2'den incelenirse:

---

<sup>174</sup> Faruk Ataay, "Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 3, Sayı 41, (Eylül 2008), s.180-181.

<sup>175</sup> Akdağ, "Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011", s.199.

**Tablo 2: Yataklı ve yataksız sağlık kurumları sayısı, 1989-2017**

Yıllar	Genel Toplam	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer <sup>(1)</sup>	Yataksız sağlık kurumu <sup>(2)</sup>
1989	812	812	640	24	125	23	-
1990	857	857	686	23	125	23	-
1991	899	899	719	25	133	22	-
1992	928	928	739	25	143	21	-
1993	962	962	764	27	151	20	-
1994	982	982	781	29	154	18	-
1995	1.009	1.009	792	33	166	18	-
1996	1.034	1.034	797	35	184	18	-
1997	1.078	1.078	813	37	210	18	-
1998	1.138	1.138	842	40	237	19	-
1999	1.171	1.171	849	42	260	20	-
2000	10.747	1.183	861	42	261	19	9.564
2001	10.581	1.199	870	43	267	19	9.382
2002	9.685	1.156	774	50	271	61	8.529
2003	9.183	1.174	789	50	274	61	8.009
2004	9.038	1.217	829	52	278	58	7.821
2005	8.870	1.196	793	53	293	57	7.674
2006	9.831	1.203	767	56	331	49	8.628
2007	11.839	1.317	848	56	365	48	10.522
2008	13.818	1.350	847	57	400	46	12.468
2009	15.205	1.389	834	59	450	46	13.816
2010	26.993	1.439	843	62	489	45	25.554
2011	27.997	1.453	840	65	503	45	26.544
2012	29.960	1.483	832	65	541	45	28.477
2013	30.116	1.517	854	69	550	44	28.599
2014	30.176	1.528	866	69	556	37	28.648
2015	30.449	1.533	865	70	562	36	28.916
2016	32.980	1.510	876	69	565	-	31.470
2017	33.587	1.518	879	68	571	-	32.069

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr

(1) "Diğer" grubu altında belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsanmış olup, 2016 ve 2017 yıllarında sayıları az olduğundan "Özel" sektöre dahil edilmiştir. Ayrıca, 2002-2015 yılları arasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler "Diğer" grubuna dahil edilmiştir.

(2) Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Evi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Özel Poliklinik, Özel Tıp Merkezleri

sayıları toplama dahil edilmiştir. 2000 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

Tablo 2’den inceleyeceğimiz üzere 1989-2017 yılları arasında SB’ye ait yataklı hastanelerin sayısında oransal olarak büyük bir artış olmamıştır. 2000 yılında hastane sayısı 261 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu sayı 571’e çıkmış yani Özel hastane sayısı SDP dönemini de içine alan bir süre boyunca iki kattan daha fazla artmıştır. Yataksız sağlık kurumlarının içinde olan Aile hekimliği sayıları SDP ile birlikte önemli ölçüde artmıştır.

### **3.6.Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Yardımları**

Sosyal Güvenlik Kurumları üyelerinden prim toplamakla görevli olup topladıkları prim karşılığında hizmet sunmak durumundadır. Sosyal Güvenlik Kurumları herhangi bir nedenle kısmen veya tamamen çalışamaz durumda olan kişilere veya bu nedenden dolayı gelir kaybına uğrayan kişilerden muhtaç duruma düşenlere hayatlarını devam ettirebilmek için gerekli olan geliri sağlamaktadır. Söz konusu gelir malullük yaşlılık ve ölüm aylığı şeklinde olabileceği gibi, iş kazası meslek hastalığı hastalık ve analık hali durumları için ödenen gelir şeklinde de olabilmektedir. Bütün bunların yanında Sosyal Güvenlik Kurumları üyelerine sağlık yardımları yapar, sakatları tekrardan çalışma hayatına döndürmek için rehabilitasyon hizmetleri sağlar.<sup>176</sup>

#### **3.6.1. Emekli Sandığı Sağlık Yardımları**

Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı iştirakçilerine verilen sağlık hizmetlerinin bir kısmı devlet tarafından bir kısmı da sandık tarafından karşılanmaktadır. Sandık iştirakçilerine sağlanan en önemli yardımlardan birisi de sağlık yardımıdır. Sandık ancak aylık bağlandıktan sonra iştirakçilere ve hak

---

<sup>176</sup> A.Can Tuncay ve Ömer Ekmekçi, **Sosyal Güvenlik Hukuku’nun Esasları**, Birinci Baskı, İstanbul: Legal Yayıncılık, 2008, s.83.

sahiplerine 5434 sayılı kanunun geçici 139. Maddesine ve her yıl yenilenen Bütçe Uygulama Talimatı hükümlerine göre sağlık yardımı yapılmaktadır.<sup>177</sup>

Emekli, adi malullük, vazife malullüğü ve harp malullüğü aylığı bağlanmış olanlara ve bunların eş ve çocukları bakmakla yükümlü olduğu kişiler dul ve yetim aylığı almakta olanların hastalanmaları halinde Emekli Sandığı Sağlık yardımlarını karşılamaktadır.<sup>178</sup>

Sağlık yardımlarından tüm iştirakçiler değil 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamına girenler yararlanır.<sup>179</sup> Bununla birlikte Emekli sandığı iştirakçileri hastalık gibi kısa dönemli riskleri bakımından Emekli Sandığından değil kendisini çalıştıran kamu kurumundan gerekli yardımları almaktaydı.<sup>180</sup>

Emekli Sandığı sağlık sisteminden faydalanmak için aylık almaya hak kazanmış olmak gerekir. Emekli Sandığı mevzuatı kapsamında doktor muayenesi, laboratuvar işlemleri, gerekli durumlarda yatarak tedavi hizmetleri, tedavi süresince iyileştirme sağlayacak gerekli ilaç ve tıbbi sarf malzemesinin sağlanması, gerekli durumda kişinin yurt dışına gönderilmesi, hastaneye sevk işlemleri, yol masrafı ve yevmiye, acil durumlarda tedavi, diş tedavileri, göz tedavileri kaplıca tedavileri gibi hizmetleri bulunmaktadır.<sup>181</sup>

### **3.6.2. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Yardımları**

Sosyal Sigortalar Kurumu sigortalılarına iş kazası, meslek hastalığı hastalık ve analık durumlarında sağlık yardımı sunmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıkları riskine karşılık ilk düzenlemeye 1945 tarih 4772 sayılı iş kazaları ve meslek hastalıkları ve analık sigortası kanununda yer verilmiştir. İş kazası ve meslek hastalığı durumunda SSK sigortalılarına sağlık hizmeti de vermektedir. Bu hizmetler: sigortalının hekime muayene olması, hekimin göreceği lüzum üzerine gerekli klinik laboratuvar ve muayeneler, her türlü tedavi işleminin yapılması, tedavi süresince gerekli olan ilaç ve iyileştirme araçlarının ve protez, ortez

<sup>177</sup> Güzel ve Okur, s.473.

<sup>178</sup> Kadir Arıcı, **Sosyal Güvenlik Dersleri**, Ankara, Tes-İş Sendikası,1999, s.223.

<sup>179</sup> Güzel ve Okur, s.473.

<sup>180</sup> Şakar, s.71.

<sup>181</sup> Güzel ve Okur, s.473-477.

sağlanması, tedavi için yurt içine veya yurt dışına gönderilmesi, rehabilitasyon hizmetidir. Söz konusu sağlık hizmetleri sigortalı sağlığına kavuşuncaya kadar devam etmektedir.<sup>182</sup>

Sigortalıların maruz kaldıkları hastalık ve analık halinde meydana gelen geçici iş göremezlik durumuyla sigortalıların gelir elde edememekte ve çalışma gücünün geçici veya sürekli kaybedilmesi durumunda ortaya çıkan olağan üstü sağlık gideri ilaç giderini karşılayamamaktadır. SSK hastalık ve analık halinde ise kişilerin geçici iş göremediği süre boyunca geçici iş göremezlik ödemesi yapmakta, hastalık durumunda sigortalıların sağlıklarını kazanabilmesi için gerekli sağlık yardımlarını karşılamaktadır. Hastalık sigortası yardımlarından sadece sigortalılar değil, başka hak sahipleri de faydalanır.<sup>183</sup>

Çalışan sigortalılar ve bunların hak sahipleri ile kurumdan gelir veya aylık alan kişiler ile bunların hak sahiplerine verilen sağlık hizmetlerine bakacak olursak: doktor muayenesi, hekimin gerekli görmesi üzerine yapacağı teşhis için gerekli klinik ve laboratuvar tetkikleri ve tedavisi, teşhis ve tedavi için yatarak tedavi hizmetinin verilmesi, başka sağlık kurum kuruluşlarına sevki, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının protez araç ve gereçlerinin sağlanması, yurt dışında tedavi ettirilmesi vb. hizmetleridir.<sup>184</sup>

### **3.6.3. Bağ-Kur Sağlık Yardımları**

Bağ-Kur sisteminde sağlık sigortası 1985 yılında 3235 sayılı yasa ile gelmiş olup, söz konusu yasa ile uygulamanın üç yıl içinde bütün ülke çapında yaygınlaştırılması öngörülmüştür. Kurum sigortalılarından ayrı bir prim tespit ve tahsil ederek sağlık finansmanını karşılamıştır. Sağlık sigortasından sigortalılar, eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları, yaşlılık ve malullük aylığı almakta olanlar ve onların bakmakta yükümlü olduğu çocukları, ana ve babaları ve ölüm aylığı almakta olanlar faydalanmıştır. Söz konusu sağlık sigortasından faydalanabilmek için gerekli olan iki şart mevcuttur. Bunlardan ilki

---

<sup>182</sup> Arıcı, s.223.

<sup>183</sup> Güzel ve Okur, s.289.

<sup>184</sup> Şakar, s.216-222.

belirli bir süre sağlık sigortalısı olmak diğeri ise Bağ-Kur'a borcu bulunmamış olmaktadır. Bu noktada Bağ-Kur'a karşı prim borcunun olmaması şartı sağlık sigortasının zorlayıcı bir unsur olarak prim tahsilinde kullanıldığını göstermektedir.<sup>185</sup>

Bağ-Kur'da sağlık yardımları olarak doktora muayene olma, teşhis ve tedavi için gerekli bütün ilaç ve gercin sağlanması bulunmaktadır. Sistemin ilk yıllarında diş tedavileri, diş protezler, gözlük cam ve çerçevesi çeşitli ortez ve protezler sağlık yardımları kapsamı dışında tutulmuşken ilerleyen dönemlerde bu hizmetlerde kapsama alınmıştır. Mevzuata göre sağlık yardımlarının süresi hastanın iyileşene kadar devam etmesidir. Bununla birlikte yatarak tedavilerde sağlık hizmetlerinin süresi altı ayı geçemeyeceği öngörölmüş, altı aylı süre içerisinde iyileşme olmaması durumunda ayakta tedaviye devam edileceği öngörölmüştür. Sağlık yardımları, sigortalının sigortalılık niteliğinin kaybettiği, aylık alanların ise aylığının kesildiği tarihi takip eden 90 gün daha sürecek, yani bu süre içinde meydana gelebilecek hastalıklar için gerekli sağlık yardımları yapılacaktır.<sup>186</sup>

#### **3.6.4. Genel Sağlık Sigortası Altında Sağlık Yardımları**

Sağlık alanında oluşan dağınıklığın ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin tek merkezden yürütölmesini sağlayacak bir sistem düşünülmüştür. Özellikle Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması uzun yıllar düşünülmüş, üzerine çok sayıda çalışmalar yapılmış, sağlık hizmetlerinin, eşit süreli, etkili biçimde yürütölmesi ve kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Özellikle V. Beş Yıllık Kalkınma Planında ve devamında gelen planlarda sağlık politikaları değerlendirilmiş, genel sağlık sigortasının kurulmasıyla uygulamada olan dağınıklık ve farklılıkların ortadan kalkacağı, uygulama birlikteliği sağlanacağı düşünülmüştür.<sup>187</sup>

---

<sup>185</sup> Arıcı, s.206-207.

<sup>186</sup> Güzel ve Okur, s.548-557.

<sup>187</sup> Namık Tan, **Genel Sağlık Sigortası Uygulamalar ve Sorunlar**, 1 Basım, Ankara: Türk Metal Yayınları, 2015, s.1.

5502 sayılı kanunun kabulüyle birlikte Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur lağvedilmiş ve yerine Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Sosyal güvenlik kurumunun kurulmasıyla 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu kabul edilmiştir. 5510 sayılı kanunun kabul edilmesi sağlık hizmetlerinin sağlanmasında ve finanse edilmesinde yeni bir sosyal politika tercihi oluşturmuştur. Genel Sağlık Sigortası kendinden önceki diğer sosyal sigortalar kanununda belirtilen hastalık analık malullük gibi bir sigorta kolu değildir. Genel Sağlık Sigortası adı altında alınan primler sigortanın finansmanına özgü bir vergi niteliğindedir. Kanunun 74. Maddesi hükmünce genel sağlık sigortası prim gelirleri; yönetim gideri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka amaçla kullanılamaz hükmü yer almaktadır.<sup>188</sup>

5510 sayılı kanunun 60. Maddesinde Genel Sağlık Sigortalısı sayılanlar tek tek ayrıntılı olarak sıralanmıştır. 60. Maddeye göre ülkede yaşayan bütün herkes genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Zorunlu sigortalılıkları sona eren kişiler aynı maddenin birinci fıkrasının ( g ) bendinde belirtilen sigortalılık statüsüne zorunlu olarak girecek ve genel sağlık sigortalısı olacaktır. Yapılan yasal düzenlemeler 5510 sayılı kanunun kabul edilmesiyle birlikte kademeli olarak yürürlüğe girmiştir. Sistem 01/01/2012 tarihinde tamamen aktif olmuştur.<sup>189</sup>

2006 yılında Kurumun kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetleri aksamamış, Kurum sağlık hizmetlerini karşılamaya devam etmiştir. 5510 sayılı kanunun kabul edilmesiyle birlikte sağlık harcamaları hizmet satın alınması ile karşılanmaya başlanılmıştır.<sup>190</sup> Sigortalılar ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişiler ve hak sahipleri resmi veya özel sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmetini alır, sağlık hizmet sunucuları ise vermiş olduğu hizmetleri Kuruma fatura ederek bedellerini Kurum'dan tahsil etmektedir.<sup>191</sup>

---

<sup>188</sup> Şakar, s.352.

<sup>189</sup> Orhaner, Türkiye'de Sağlık Sigortası, s.143-144.

<sup>190</sup> Orhaner, s.142-143.

<sup>191</sup> Görmüş, s.190-191.

Genel Sağlık Sigortasıyla birlikte sosyal güvenlik sistemi köklü bir değişikliğe uğramıştır. Yapılan reformla vatandaşlar kamu sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşları yerine ek bir bedel ödeme karşılığında özel sağlık sigortasına ve özel sağlık hizmet sunucularına tercih edebilir hale gelmiştir. Böylece yarı özerk ve kamusal bir sağlık sistemi yaratılmıştır.<sup>192</sup>

Genel sağlık sigortası kapsamında sigortalılara ve sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlanan sağlık hizmetleri şunlardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin ayakta ve yatarak hekim muayeneleri, teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri, konulan teşhise dayalı yapılacak tıbbi müdahaleler, hasta takibi rehabilitasyon hizmetleri, organ doku kök hücre nakline ve hücre tedavilerini yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, analık sebebiyle verilecek ayaktan ve yatarak verilen sağlık hizmetleri, muayeneler, doğum, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon , ayakta ve yatarak ağız ve diş hastalıkları teşhisi için verilen doktor muayeneleri laboratuvar tetkik ve tahlilleri, diş çekimi, kanal tedavisi, konservatif diş tedavisi, diş protez uygulamaları, kemik iliği aşısı, ilaç ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı onarılması ve yenilenmesi hizmetleri vs.<sup>193</sup>

### **3.7. Sosyal Güvenlik Reformlarının Ekonomik Gerekçeleri**

Türkiye Ekonomisi planlı ekonomiye geçiş ile birlikte 1963-1970 yılları arasında fiyat istikrarı ve büyüme anlamında önemli başarılar elde etmiştir. 1973 yılında küresel çapta meydana gelen Petrol Krizinin etkisi, Türkiye Ekonomisinde de hissedilmiştir. Üçüncü Kalkınma Planı (1973-1977) döneminde yüksek büyüme hızı devam etmesine karşın bu dönemde uygulanan ekonomi politikaları ekonomistler tarafından başarılı görülmemektedir. Türkiye Ekonomisinde 1977

---

<sup>192</sup> Ataay, s.172-173.

<sup>193</sup> Hasan Yüksel, **İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku**, Bursa, Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2014, s.291-292.

yılından itibaren ekonomik bunalımlar meydana gelmiştir. Dönemin hükümetleri ekonomiyi düzeltmek için 1978 ve 1979 yıllarında IMF destekli istikrar programlarını yürürlüğe koymuşlardır. Söz konusu istikrar programları başarılı olamamış ve süreç 24 Ocak 1980 kararlarının alınmasına doğru gitmiştir.<sup>194</sup>

24 Ocak Ekonomik İstikrar Kararları; önceki krizler gibi, kriz sonrası alınmış istikrar paketi olarak uygulanmayacağı varsayılmış olup, dönem içinde meydana gelen siyasal gelişmelerle uzun süreli bir nitelik kazanmıştır. Alınan istikrar önlemleri ile iç ve dış piyasaların döviz piyasaları da dahil serbestleşmesi, ithalat ve ihracatın kolaylaştırılması, kamu sanayi yatırımlarından tümüyle vazgeçilmesi ve devletin ekonomideki yerinin sınırlandırılması öngörülmüştür.<sup>195</sup>

Türkiye Ekonomisi neoliberal politikalar altında şekillenmeye başlanmıştır. Neoliberal ekonomik politikalara göre ithal ikameci devlet merkezli sanayileşme anlayışı terk edilmiştir. Bunun yerine dışa açık, ihracat merkezli ve piyasa temelli olan ekonomi anlayışı geçerli olacaktır. Türkiye Ekonomisi 24 Ocak kararları ile birlikte devletçi sanayileşme anlayışını terk edip ekonomiyi liberal dışa açık politikalara bırakmıştır. Bu politikaları uygulamak için öncelikle finans piyasalarında değişiklikler yapılmıştır. Türk parasının değeri düşürülmüş ardından 1981 yılından itibaren günlük döviz kuru uygulamasına geçilmiştir. Döviz kurunun yeniden ayarlanmasının ardından döviz piyasası ve sermaye piyasası girişlerinin serbestleşmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Döviz alımı ve satımı liberalleştirilmiş, döviz piyasası üzerindeki kontroller kaldırılmıştır. Ekonomide faiz oranında serbestleşme ve pozitif reel faiz uygulamasına geçilmiştir. Borç faizlerinin merkez bankası tarafından belirlenmesi politikasından vazgeçilerek faiz oranları serbest bırakılmıştır.<sup>196</sup>

---

<sup>194</sup> Hüseyin Şahin, **Türkiye Ekonomisi Tarihsel Gelişimi – Bugünkü Durumu**, 12. Baskı, Bursa: Ezgi Kitapevi Yayınları, 2012, s.177-189.

<sup>195</sup> Yakup Kepenek, **Türkiye Ekonomisi**, 25. Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi, 2012, s.191.

<sup>196</sup> Erem Kırmızıaltın, **1980 sonrası Türkiye Ekonomisi Türkiye'nin Neoliberal Dönüşümüne IMF ve Dünya Bankası'nın Etkisi**, 1. Baskı, Ankara: Maki Basın Yayın, 2012, s.127-139.

24 Ocak kararlarıyla birlikte çalışanların maaş ve ücretlerinin düşük tutulması hedeflenmiştir. Bunun ise üç amacı vardır:<sup>197</sup>

-Kar oranlarının arttırılıp yatırımları uyarmak, ücretin düşük olması diğer koşulların sabit olması durumlarında yüksek kar anlamına gelmektedir.

-Yerli mallarda üretimin maliyetini düşürerek dışsatımı yapılan malların rekabet gücünü arttırmak.

-Belirli bir süre için iç talebi kısıtlamak, bu şekilde enflasyonu kontrol altına alıp, reel geliri azalan kesimin satın alamadığı yerli malların dışsatımını arttırmak.

Ulusal şirketlerin daha etkin olmasını ve uluslararası düzeyde rekabetçi olabilmelerini hedeflemiştir. Küresel sermayenin ülkeye girişleri daha cazip hale gelmiştir. Ekonomide alınan bu kararlar sosyal güvenlik sistemlerinin ise gelir kaynaklarının azalmasına neden olmuştur. Emek piyasasında maaş ve ücretlerin düşük tutulması emek piyasasında kuralsızlaşmaya yani kayıt dışı istihdama yol açmıştır. Ekonominin küreselleşmesiyle ortaya çıkan ekonomik krizler kitlesel işsizliklere neden olmuştur. Küreselleşme sonucunda alınan kararlar bir taraftan toplumun sosyal güvenlik ihtiyaçlarını arttırırken diğer taraftan çalışanların işten çıkarılması veya kayıt dışı istihdamın olması sosyal güvenlik sistemi gelirlerini azaltmış ve sosyal güvenlik krizinin önü açılmıştır.<sup>198</sup>

Sosyal güvenlik sisteminde meydana gelen bütçe açıkları sistemin yeniden yapılandırılması gerektiği düşüncesinin oluşmasına neden olmuştur. Nüfusun yaşlanması, mevcut sistemin insanları yoksulluğa karşı koruyamaması, kurumların bütçe açıkları, bütün nüfusun koruma altına alınması gibi sebepler neden sosyal güvenlik reformu yapılması gerektiğinin cevabı niteliğindedir. 1994-2004 yılları arasında sosyal güvenlik sisteminde oluşan bütçe açıkları devlet

---

<sup>197</sup> Kepenek, s.201.

<sup>198</sup> Şerife Özsuca, "Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt 58, Sayı 2, 2013, s.135.

hazinesince karşılanmıştır. Bu noktada sosyal güvenlik reformu yapılması gerektiği düşünülmüştür.<sup>199</sup>

1980 döneminden önce Türkiye’de sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu hizmeti niteliğinde gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı bütçesine konulan ödenekler, sosyal güvenlik kurumlarının topladığı prim gelirleri ve hazine transferlerinden oluşmaktaydı. Sağlık hizmetleri ise, devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve az sayıda bulunan üniversite hastaneleri tarafından karşılanmakta, özel hastaneler ise sınırlı sayıda bulunmaktaydı. Neoliberal politikalar sağlık alanında 1990 yılından itibaren etkili olmaya başlamıştır. Sağlıkın piyasaştırılması ve ticarileştirilmesi Dünya Bankası- IMF tarafından Türkiye’ye reçete edilmiştir. Temel amacı devleti piyasadan çekmek olan ekonomik anlayış, devlet tarafından yerine getirilen sağlık hizmetlerini özel sektör tarafından karşılanması anlayışını benimsemekteydi. Öncelikle devlet 2000’li yıllara kadar özelleştirmelerle KİT’leri ellerinden çıkartıp özel kesime devretmiştir. Sağlık sektöründe Neoliberal politikaların uygulanmasına özellikle 2000 yılından sonra ağırlık verilmiştir.<sup>200</sup>

24 Ocak Kararlarının ardından uygulanan Neoliberal politikalar çeşitli ekonomik sıkıntılar yaratmıştır. Meydana gelen ekonomik krizler neticesinde IMF’ e gidilmiş ve IMF’den yapısal reformlar karşılığında borç alınmıştır. IMF ile yapılan Stand-by anlaşmalarında yer alan ve yapılması gereken reformlardan birisi sosyal güvenlik sistemine ilişkindir. IMF ve Dünya Bankası tarafından hazırlanan modele göre sosyal güvenlik kurumlarının merkezi yönetime bağlı tek çatı altında toplanılması öngörülmüştür.<sup>201</sup>

Türkiye Cumhuriyeti’nin IMF’e sunduğu 9/12/1999 tarihli niyet mektubunda emeklilik yaş haddinin kademeli olarak yükseltildiği sosyal güvenlik bütçe açıklarının bu düzenlemeyle azaltıldığı, gelecek dönemde yapılacak idari

---

<sup>199</sup> Yusuf Alper, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, (Haziran 2011), s.15.

<sup>200</sup> Mustafa Sönmez, **Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi**, 3. Basım, İstanbul: Yordam Kitap, 2017, s.28-29.

<sup>201</sup> Ali Güzel, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Sorunlara Çözüm Mü?”, **Çalışma ve Toplum**, No.4 (2005), s.70-71.

reformlar ile sosyal güvenlik sisteminde etkinliğin artırılacağı ve gelecek dönemde özel sigorta fonlarına hukuki çerçeve oluşturulacağını dile getirmiştir.<sup>202</sup>

Nitekim Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Sorunları 1990'lı yıllardan itibaren tartışılmaktadır.<sup>203</sup> 2000 yılının başından itibaren gerek IMF ile olan anlaşma şartları gerekse emeklilikte kademeli yaş uygulamasının etkisiyle sosyal güvenlik kurumlarının kaynakları arttırılmaya çalışılmıştır.<sup>204</sup> Bu yıllarda çıkarılan Kanun Hükmünde Kararnamelerle; SSK ve Bağ-Kur'un idari yapısı değiştirilmiş, Türkiye İş Kurumu yeniden yapılandırılmış, bu kurumlar arasında koordinasyonu sağlamak için Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuş; SSK, Bağ-Kur ve Türkiye İş Kurumu bu kuruma bağlanmıştır. Ancak Anayasa mahkemesi KHK ile yapılan bu düzenlemeyi iptal etmiş ve yeni düzenleme yapılması için süre vermiştir.<sup>205</sup> Ülkemizde meydana gelen Kasım 2000 ve Şubat 2001 krizi Sosyal Güvenlik Kurumlarını da etkilemiştir.<sup>206</sup>

2002 yılında 58. Hükümet kurulmuş ve kurulan hükümetin açıkladığı "Acil Eylem Planı" programında Genel Sağlık Sigortası Sisteminin ve Kurumunun kurulması, dağınık vaziyette olan Sosyal Güvenlik Kurumlarının bütünleştirilmiş bir yapı içine alınması ve Genel Sağlık Sigortası içerisinde kurulacak aile hekimliği müessesesi ile birlikte sağlam bir sevk zinciri oluşturulması gibi reformların yapılacağı açıklanmıştır.<sup>207</sup>

Genel Sağlık Sigortası Reformuyla birlikte toplum içinde bulunun bütün herkesin sağlık hizmetlerinden istifade etmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin kontrol altına alınıp bu talebin büyük kentlerde bulunan sağlık tesislerine yönelmesinin önlenmesi, sağlık kurumları içinde rekabeti ön plana çıkararak

<sup>202</sup> T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, **09/12/1999 tarihli IMF Niyet Mektubu**, s.11. [https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973/niyet\\_mektubu\\_4.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973-m3fB7D9](https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973/niyet_mektubu_4.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973-m3fB7D9) (Erişim Tarihi:31/07/2019)

<sup>203</sup> Güzel, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Sorunlara Çözüm Mü?", s.68.

<sup>204</sup> Osman Öztürk, "1999'dan 2004'e Sosyal Güvenlik Reformu", **Toplum ve Hekim**, Cilt 20, Sayı 2, (Mart-Nisan 2005), s.143.

<sup>205</sup> A.Can Tuncay, "Türk Emeklilik Sisteminde Reform Projesinin Değerlendirilmesi", **Çimento İşverenleri Dergisi**, Cilt 19, Sayı 2, (Mart 2005), s.4.

<sup>206</sup> İbrahim Arap, "Kamu Yönetimi Anlayışındaki Değişim Sürecinde Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 8, Sayı 3, (2006), s.32-33.

<sup>207</sup> T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı, (3 Ocak 2003), <https://docplayer.biz.tr/3890419-T-c-58-hukumet-acil-eylem-planı-aep.html> , Erişim tarihi:31/07/2019

sağlık kurumlarının verimli çalışmasının sağlanması, aile hekimliği sisteminin yerleştirilerek hastalıkların ilerlemeden tedavi edilmesi hedeflenmiştir. Aile hekimliği sistemi ile erken teşhis, tanı, ön sağlık hizmetlerinin aile hekimliği gibi küçük birimlerde erken yapılması amaçlanmıştır. Bu şekilde hastalıklar başlamadan kaynağında mücadele edilip maliyetlerin düşürülmesi hedeflenmiştir.<sup>208</sup>

IMF ve Dünya bankası tarafından Türkiye'ye sağlık alanı ile ilgili "Sağlıkta Dönüşüm Programı" telkin edilmiştir. 2003 yılından itibaren ise dönemin hükümetinin sağlık alanındaki önceliği "Sağlıkta Dönüşüm Programı" olmuştur.<sup>209</sup> 2003 yılından itibaren ise "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) oluşturulmuş ve kamuoyuna sunulmuştur. SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı tek elde toplanılması ve özel sektöründe dahil olduğu sistemde sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumlarınca hizmet satın alınması modeli geliştirilmiştir.<sup>210</sup> SDP ile birlikte performans dayalı ek ödeme sistemi ve ileri medikal teknoloji kullanılması sağlanmıştır. 2003 yılı sonrasında sağlık harcama payının artmasına neden olmuştur.<sup>211</sup>

SDP ile birlikte aile hekimliği uygulamasına geçiş için adımlar atılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına bağlı olarak koruyucu sağlık ve ana çocuk sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, toplumda bulunan ancak bulaşıcı olmayan hastalıklar için gerekli olan tedavi önlemleri programlar kapsamına alınmış, bu kapsamda bulunan kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, böbrek yetmezliği gibi kronik rahatsızlıkların tedavileri için ulusal programlar hazırlanmış ve uygulanmaya konulmuştur.<sup>212</sup>

Sosyal güvenlik sisteminin üniterleşmesine yönelik çalışmalar Türkiye Cumhuriyeti'nin IMF'ye sunmuş olduğu niyet mektuplarında yer almıştır.

---

<sup>208</sup> Hakan İstanbulluoğlu, Mahir Güleç ve Recai Oğur, Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı 2,(Nisan-Mayıs-Haziran/2010), s.95-96.

<sup>209</sup> Sönmez, s.29.

<sup>210</sup> Erol ve Özdemir, s.12.

<sup>211</sup> Bedriye Saraçoğlu, Seher Nur Sülkü ve Şenay Açıkgöz, "Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri, **Ekonomik Yaklaşım Dergisi**, Cilt 23, Özel Sayı, (2012), s.271.

<sup>212</sup> Mehmet Atasever, **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2014, s.32

05/04/2003 tarihli IMF'ye gönderilen Niyet mektubunda: sosyal güvenlik sisteminin idarenin etkinliğini geliştirilmesi ve sistemle sağlanan imkanların hedeflenen kesimlere daha iyi ulaştırılması amacıyla yeniden yapılandırılacağı, yapılan yasal düzenlemeler ile SSK, İşkur ve Bağ-Kur'un tek çatı altında birleştirilmesinin öngörüldüğü belirtilmiştir.<sup>213</sup> IMF'e sunulan 02/04/2004 tarihli niyet mektubunda sosyal güvenlik sisteminin açıklarını sistemin sürdürülebilirliğini sağlayacak bir şekilde ele alınacağı belirtilmiştir. Bu doğrultuda üç emeklilik kurumunun kurumsal olarak reforme edilmesi gerektiği, genel sağlık sigortası için ise gerekli çalışmaların yapılacağı Niyet Mektubunda sunulmuştur.<sup>214</sup>

IMF'ye sunulan 15/07/2004 tarihli Niyet Mektubunda bir dizi reform programı üzerinde çalışılacağı, 2004 Eylül ayı sonuna kadar tercih edilen emeklilik sistemi reformuna karar verileceği belirtilmiştir. Üzerinde çalışılan bu programın temel amacında ise halihazırda faaliyet gösteren üç emeklilik kurumunun birleştirilip uzun dönemde oluşan sosyal güvenlik bütçe açığını GSYİH'nın %1' ine kadar düşürülmesi amaçlanmıştır.<sup>215</sup>

Sosyal Güvenlik Reformun dayanağını 2005 yılında hükümetin IMF ile yapmış olduğu Stand-by anlaşmasında gündeme gelmiştir. Sosyal güvenlik reformunun kamu maliyesinde bir çözüm getireceği ve bütçe dengelerini koruyacağı düşünüldüğünden IMF yapılan anlaşmada reformu için şart koşmuştur.<sup>216</sup> IMF'ye sunulan 26/04/2005 tarihli Niyet Mektubunda sağlık harcamalarında verimliliğin arttırılacağı taahhüdü verilmiştir. Niyet Mektubunda ayrıca 2006 yılından itibaren genel sağlık sigortası uygulamasına başlanılacağı

---

<sup>213</sup> T.C. Başbakanlık, 05/04/2003 tarihli IMF Niyet Mektubu, [https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64/4gg\\_nm\\_tr.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64-m3fB7yT](https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64/4gg_nm_tr.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64-m3fB7yT) (Erişim Tarihi:31/07/2019)

<sup>214</sup> T.C. Başbakanlık, 02/04/2004 tarihli IMF Niyet Mektubu, <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/ff5e6d3b-7101-4dd3-998f-eb4a19cf0a67/loi.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-ff5e6d3b-7101-4dd3-998f-eb4a19cf0a67-m3fB7D7> (Erişim Tarihi: 31/07/2019)

<sup>215</sup> T.C. Başbakanlık, 15/07/2004 tarihli IMF Niyet Mektubu, <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/9ba9432b-5f7c-42a9-9a12-c03a2018bbaa/loi8.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9ba9432b-5f7c-42a9-9a12-c03a2018bbaa-m3fB7D8> (Erişim Tarihi 31/07/2019)

<sup>216</sup> Erdoğan, s.213.

tasarlanmıştır. Bununla birlikte yapılacak emeklilik reformu ile emeklilik sistemi açığının GSMH içinki payını %1'in altına çekilmesi amaçlanmıştır. Sosyal güvenlik reformuna ilişkin idari yapılanma kanununun TBMM'ye sunulduğu ve haziran ayının sonuna kadar TBMM'den geçmesi planlandığı belirtilmiştir.<sup>217</sup>

07/07/2006 tarihli Niyet Mektubunda ise Sosyal güvenlik reformunun genel sağlık sigortası düzenlemelerinin idari düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler ile sağlık hizmetlerinin daha etkin olması amaçlanmıştır; Sosyal güvenlik bütçe açıklarının GSMH'ya oranının %4,5 i aşmayacak şekilde gerçekleşmesi şartıyla aile hekimliği müessesesinin başlatılacağı belirtilmiştir.<sup>218</sup>

GSS kapsamında ülke içinde bulunan bütün çalışanlar ve T.C. vatandaşları, Türkiye'de bir yıldan fazla ikamet eden yabancılar, sığınmacılar ve vatansızlar; 18 yaşını doldurmamış çocuklar vs. GSS kapsamına alınmıştır. Kapsam içine alınan kişiler zorunlu GSS sigortalısı olmuştur.<sup>219</sup> Vatandaşlar kademeli olarak GSS kapsamı içine alınmıştır. Devlet memurları ve Yeşilkartlı kişilerin sağlık yardımları Maliye Bakanlığı tarafından karşılanmıştır.<sup>220</sup> Genel sağlık sigortası kademeli geçiş sonrası 01/01/2012 tarihinden itibaren sigortalı kapsamını arttırarak bütün ülke vatandaşlarını sisteme dahil etmiştir. Günümüzde GSS sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından önemli bir yerdedir.<sup>221</sup>

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi reformunda IMF, Dünya Bankası gibi dış aktörlerin etkisi bulunmaktadır. Sosyal güvenlik reformlarının dış aktörlerin etkisi gizli değil, bu durum Türkiye Cumhuriyeti ve IMF arasında çeşitli zamanlarda yapılan stand-by anlaşmalarında ve gözden geçirme metinlerinde de

<sup>217</sup> T.C. Başbakanlık 26/04/2005 tarihli IMF Niyet Mektubu, <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d0be263f-1170-40ac-9c01-b4f919f64a3a/IMFNiyetTRnisan05.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d0be263f-1170-40ac-9c01-b4f919f64a3a-m3fB7D8> (Erişim Tarihi 31/07/2019)

<sup>218</sup> T.C. Başbakanlık 07/07/2006 tarihli IMF Niyet Mektubu, <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/5afb33cf-6aad-4cf3-9225-1a4d67873027/IMFNiyetTRtemmuz06.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5afb33cf-6aad-4cf3-9225-1a4d67873027-m3fB7D6> (Erişim Tarihi:31/07/2019)

<sup>219</sup> Sülkü, s.29-30.

<sup>220</sup> Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, (Haziran 2011), s.126.

<sup>221</sup> Erol ve Özdemir, s.27.

görülmektedir. Bu metinlerde sosyal güvenlik açıkları, sosyal güvenlik sistemini bozan ve reform yapılması gereken bir alan olarak belirtilmiştir.<sup>222</sup>

### **3.8.Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları**

Bu bölümde Sosyal Güvenlik Kurumlarının yapmış olduğu sağlık harcamalarının Türk ekonomisi içindeki payı ve 1989-2018 yılları arasındaki tutarları incelenecektir. Birleşmeden önceki Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un 1989-2006 dönemi aralığında yapmış olduğu sağlık harcamaları ele alınacak ve ardından SGK reformu sonrası oluşturulan GSS fonunun 2007-2018 dönemi aralığında yapmış olduğu sağlık harcamalarının parasal değerleri irdelenecektir.

#### **3.8.1. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-kur Sağlık Harcamaları (1988-2006)**

Emekli sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un 1988-2006 yılları arasında yapmış olduğu sağlık harcamalarının tutarları Tablo 3'te yer almaktadır. Bu harcamalar Emekli sandığı açısından; iştirakçilerinin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan, satın alma yoluyla sunulan hizmetlerden oluşmaktadır. Daha detaylı ele almak gerekirse, sağlık hizmet sunucuları Emekli Sandığı iştirakçilerine önce sağlık hizmeti vermekte, sonrasında ise bu hizmetler için sandığa fatura kesmekte, buna karşılık sandık tarafından ilgililere ödeme yapılmaktadır.<sup>223</sup> Bağ-Kur'un harcamaları ise; sağlık sigortası kapsamında bulunan sigortalılara, bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilere ve hak sahiplerine satın alma usulüyle verilen sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Söz konusu sağlık hizmetlerinin sunulma usulü ve finansmanı ise büyük ölçüde Emekli Sandığı'nın yöntemine benzemektedir.<sup>224</sup> SSK'nın harcamaları ise Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un yöntemlerinden farklıdır. Nitekim SSK kendi bünyesinde hastaneleri ve eczaneleri olan ve aynı zamanda sağlık hizmeti de üreten bir kurumdur. Detaylarıyla ele

---

<sup>222</sup> Gökbayrak, s.150-151.

<sup>223</sup> Volkan Yurdadoğ, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi", **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 16, Sayı 1, (2007), s.604.

<sup>224</sup> Sargutan, Sosyal Politika Bilimi, s.295.

almak gerekirse; SSK'nın harcamaları içinde, kendi hastanelerine ve eczanelerine yapmış olduğu sağlık ödemeleri, genel yönetim giderleri, devlet hastaneleri ve özel hastanelere yapılan ödemeler, eczanelere yapılan ödemeler, optik firmalara yapılan ödemeler, vücut için gerekli olan ortez-protez ödemeleri vs. yer almaktadır.<sup>225</sup>

Bu çerçevede Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un 1988-2006 yılları arasında yapmış olduğu sağlık harcamalarının nominal tutarları aşağıda yer almaktadır;

**Tablo 3 : Emekli Sandığı SSK ve Bağ-kur Sağlık Harcama Tutarları (1988-2006, Milyon TL)**

Yıllar	Emekli Sandığı	SSK	Bağ-Kur	3 Kurum Toplamı Toplam
1988	85	635	32	752
1989	201	1.163	160	1.524
1990	313	2.128	278	2.719
1991	635	3.925	422	4.982
1992	1.511	7.316	524	9.351
1993	3.196	12.062	1.061	16.319
1994	7.522	23.424	2.987	33.933
1995	17.858	44.755	8.045	70.658
1996	34.636	87.937	18.412	140.985
1997	84.041	199.230	54.500	337.771
1998	187.041	406.180	201.254	794.475
1999	360.267	748.700	413.417	1.522.384
2000	623.073	1.280.189	730.291	2.633.552
2001	1.089.395	2.257.958	1.228.806	4.576.159
2002	1.840.221	3.594.350	2.195.295	7.629.866
2003	2.498.190	4.981.194	3.183.120	10.662.503
2004	2.795.696	6.635.691	3.719.300	13.150.687
2005	2.917.046	7.065.000	3.625.815	13.607.861
2006	2.744.374	11.106.000	3.816.300	17.666.674

**Kaynak:** SGK Aylık İstatistik Bültenleri

Yukarıda Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un yapmış olduğu sağlık harcamalarının nominal tutarlarının 1988-2006 dönemi aralığında yaklaşık 23 bin

<sup>225</sup> Yurdadoğ, s.602.

kat arttığı görülmektedir. Bu artışın daha anlamlı hale gelebilmesi için nominalden reele dönüştürmek yerinde olacaktır. Söz konusu tutarların; TÜİK tarafından yayınlanan GSYİH Deflatörü kullanılarak nominalden reele dönüştürülmüş hali ise Tablo 4'te yer almaktadır:

**Tablo 4: Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur Sağlık Harcamaları,**

(GSYİH Deflatörü kullanılarak nominalden reele dönüştürülmüş. \*<sup>226</sup>)

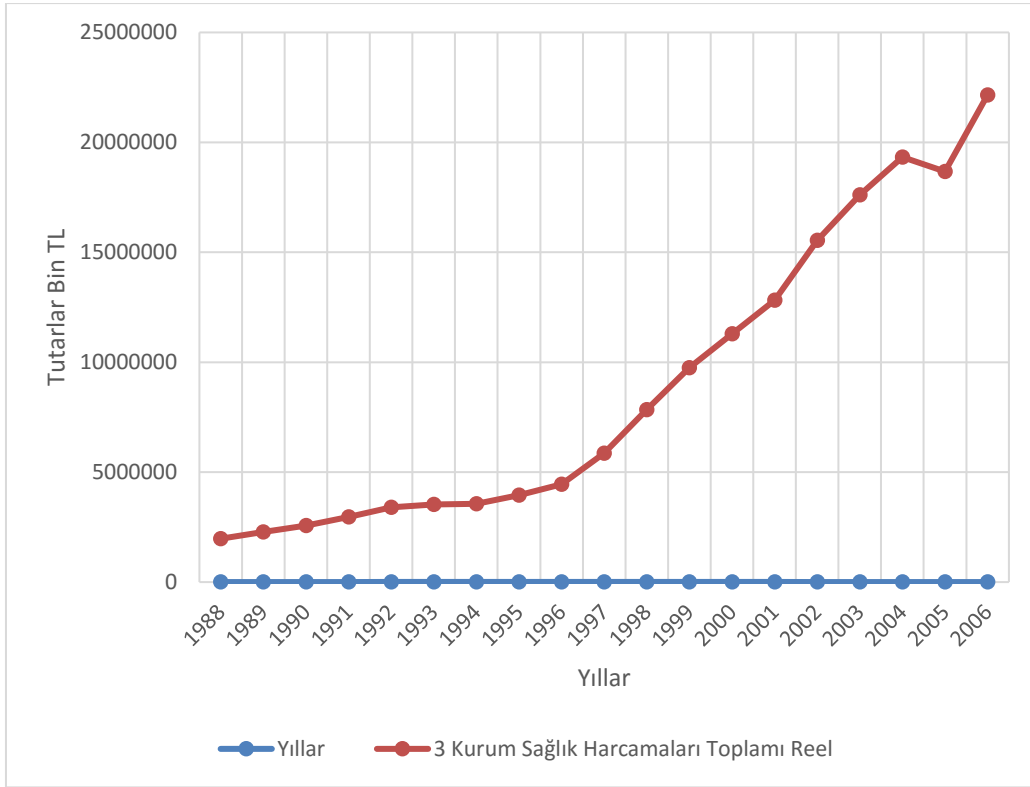
Yıllar	3 Kurum Sağlık Harcamaları Toplamı Reel (Bin TL)
1988	1.973.605
1989	2.278.290
1990	2.568.316
1991	2.962.893
1992	3.396.701
1993	3.533.168
1994	3.558.600
1995	3.958.323
1996	4.441.072
1997	5.860.989
1998	7.847.087
1999	9.745.705
2000	11.288.936
2001	12.827.365
2002	15.545.890
2003	17.616.685
2004	19.322.619
2005	18.668.018
2006	22.159.409

**Kaynak:** Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur Sağlık Harcamaları verileri SGK İstatistik Yıllıkları, GSYİH deflatörü TÜİK'ten alınmıştır.

\* Deflatör hesaplamasında TÜİK verilerinden yararlanılmıştır. Çalışmada kullanılan verilerde 2009 yılı baz alınmıştır. Yıllar itibarıyla zincirlenmiş Reel GSYİH verileri ve yıllar itibarıyla nominal GSYİH verilerinden oluşturulmuştur. Söz konusu veriler yıllar itibarıyla düzenlenmiştir. İlgili yıldaki nominal sağlık harcaması verisi ait olduğu dönemin reel GSYİH'si ile çarpılmış, elde edilen sonuç ait olduğu dönemin nominal GSYİH'ya bölünmüş ve reel SGK sağlık harcamaları bulunmuştur. Elde edilen Nominal tutarlar Reel Tutarlara bölünüp 100 ile çarpıldığında çıkan sonuç; yıllar itibarıyla Nominal Sağlık harcamaları/Reel Sağlık harcamalarının oranını vermektedir. Bulunan oranları Deflatör formülü [ (Cari Yıl-Geçmiş Yıl) / Geçmiş Yıl X 100 ] kullanıldığında TÜİK tarafından yayınlanan deflatör verilerine ulaşılmaktadır.

Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un yapmış olduğu sağlık harcamaları deflatör yardımı ile reele dönüştürüldüğünde, harcamaların 1988-2006 yılları arasındaki artışı ortaya çıkmaktadır. Bu artışların sebeplerini ele almak gerekirse; kurumların sigortalı sayısı ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının artması, finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi, özel hastanelerden hizmet alımının yaygınlaşması, ilaca ve diğer sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilmesi olarak sıralanabilir.<sup>227</sup> Sağlık harcamalarındaki reel artış, aşağıda yer alan grafik yardımıyla daha net görülebilmektedir.

**Grafik 2: Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-kur Yapmış Olduğu Toplam Sağlık Harcamaları Grafiği (1988-2006)**



**Kaynak:** Tablo 2’de yer alan veriler kullanılarak hazırlanmıştır.

<sup>227</sup>Atasever, s.90.

Grafik 2’de görüldüğü üzere kurumların yapmış olduğu sağlık harcamalarının reel tutarının toplamı, 1988-2006 yılları arasında genel olarak sürekli artmış ancak 2005 yılında bir önceki yıla göre azalma olmuştur. Bu genel artışın nedenleri; 1988-2006 döneminde kurumlarca kapsam dışında tutulan sağlık hizmetlerinin kapsam içine alınması, ülke içindeki kayıt dışılığın azaltılıp vatandaşların sigorta mevzuatı kapsamına alınması ve böylece sağlık hizmetlerinden faydalanması olarak sıralanabilir.

### 3.8.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları

Sosyal Güvenlik Kurumunun kurulmasıyla yeni sigorta mevzuatlarının hemen yürürlüğe girmesi mümkün olmamıştır. Eski mevzuat bir süre daha yürürlükte kalmış, vatandaşlar kademeli olarak sisteme dahil edilmiştir. Ancak bu süre zarfında sağlık harcamaları Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmıştır.<sup>228</sup>

Bu kapsamda Sosyal Güvenlik Kurumu’nun, kuruluşundan itibaren yapmış olduğu sağlık harcamalarının nominal ve reel tutarları aşağıda yer almaktadır;

**Tablo 5: SGK Sağlık Harcama Tutarları (2007-2018)**

Yıllar	SGK Sağlık Harcamaları Nominal (Bin TL)	SGK Sağlık Harcamaları Reel* (Bin TL)
2007	19.983.275	23.598.124
2008	25.345.913	26.715.050
2009	28.810.684	28.810.684
2010	32.508.883	30.378.540
2011	36.500.378	31.526.868
2012	44.110.561	35.468.932
2013	49.888.693	37.748.685
2014	54.551.175	38.424.823
2015	59.355.576	38.774.125
2016	67.992.868	41.088.958
2017	77.632.066	42.337.884
2018	91.512.240	42.953.159

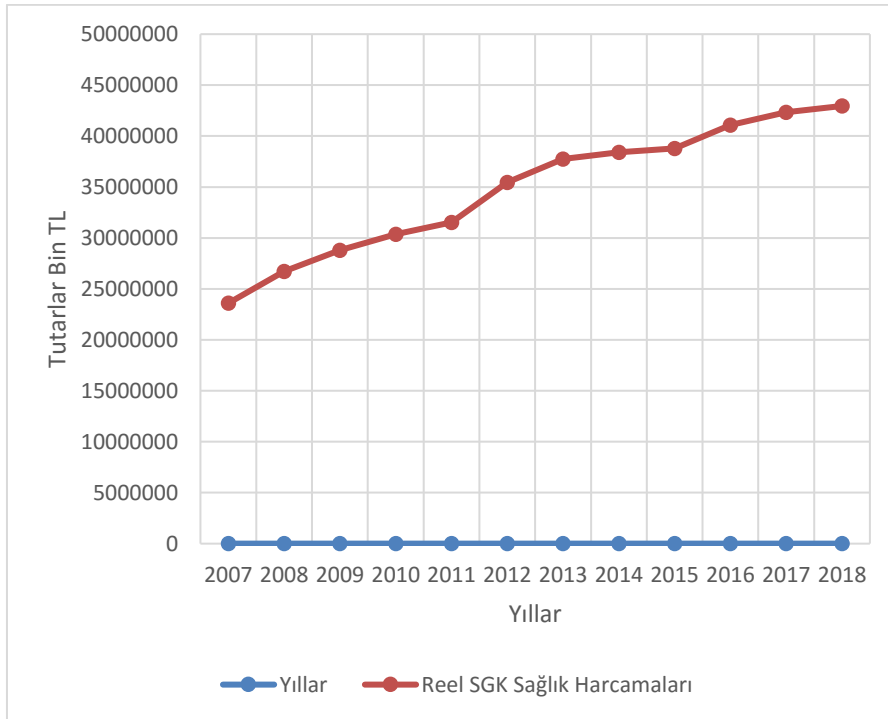
\*GSYİH deflatörü kullanılarak Reel hale getirilmiştir.

**Kaynak:** SGK Aylık İstatistik Bülteni, Aralık 2018

<sup>228</sup> Şakar, s.36-37.

Tablo 5’te görüldüğü gibi 2007 yılından itibaren sağlık harcamaları tutarları genel olarak artış göstermiştir. Ancak aylık istatistik bültenlerinden alınan verilerin nominal olmasından dolayı artış oranı, normalden çok büyük görünmektedir. Bu nedenle artışın reel büyüklüğünü görmek için GSYİH deflatörü kullanılarak nominal tutarlar reele dönüştürülmüştür. Bu durumda 2018 yılına gelindiğinde sağlık harcamalarının 2007 yılına kıyasla reel anlamda 2 kat arttığı ortaya çıkmaktadır. Bu artışın sebepleri ise; kurumların sigortalı sayısı ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının artması, finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi, özel hastanelerden hizmet alımının yaygınlaştırılması, memurların ve yeşil kartlıların sağlık giderlerinin SGK tarafından karşılanması, ilaca ve diğer sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilmesi olarak sıralanabilmektedir.<sup>229</sup> Yeni kurumun sağlık harcamalarındaki reel artış, aşağıda yer alan grafik yardımıyla daha net görülebilmektedir.

**Grafik 3: SGK Sağlık Harcamaları Grafiği (2007-2017)**



**Kaynak:** Tablo 3’te yer alan veriler kullanılarak tarafımızdan hazırlanmıştır.

<sup>229</sup> Atasever, s.90.

### **3.9. Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı ve Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamaları**

SGK üyelerinden topladığı primler karşılığında sosyal güvenliğe yönelik olarak malullük/yaşlılık/ölüm aylığı, geçici/sürekli iş göremezlik geliri, iş kazası meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde sağlık hizmeti veren parafiskal kuruluştur. Parafiskal kurum olması sebebiyle sunmuş olduğu hizmetleri kendi gelirleri tarafından karşılamakta, gelirleri yetmediğinde ise oluşan bütçe açıkları devlet tarafından karşılanmaktadır. Nitekim sosyal güvenlik sisteminde reform arayışının sebeplerinden biri de budur.<sup>230</sup>

Tablo 6’da 1989-2018 yılları arasında Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam gelirlerinin, toplam giderlerinin, oluşan bütçe fazlası ve açığının, GSYİH Deflatörü kullanılarak reele dönüştürülmüş hali yer almaktadır.

---

<sup>230</sup> Serpil Ağcakaya ve Ayşe Armağan, “Mesleki Parafiskal Kurumlar Isparta Örneği”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 17, Sayı 3, (2012), s.100.

**Tablo 6: Sosyal Güvenlik Sistemi Gelir ve Gider Dengesi**

Yıllar	Toplam Giderler (Reel) Milyon TL	Toplam Gelirler (Reel) Milyon TL	Bütçe Fazlası/Açığı (Reel) Milyon TL
1989	11.573	12.123	550
1990	14.728	16.138	1.410
1991	17.295	17.446	152
1992	20.363	19.724	-639
1993	21.720	18.380	-3.340
1994	19.250	15.525	-3.725
1995	20.652	14.664	-5.988
1996	26.940	19.115	-7.824
1997	33.684	22.900	-10.784
1998	37.108	26.512	-10.596
1999	44.374	28.280	-16.094
2000	47.097	36.761	-10.336
2001	49.981	37.451	-12.530
2002	57.014	40.787	-16.227
2003	68.296	46.124	-22.172
2004	74.380	50.970	-23.410
2005	82.231	56.588	-25.643
2006	90.144	67.520	-22.623
2007	96.733	67.163	-29.570
2008	98.192	70.891	-27.301
2009	106.775	78.073	-28.703
2010	114.003	89.030	-24.973
2011	121.542	107.518	-14.023
2012	128.834	114.928	-13.907
2013	138.233	123.346	-14.888
2014	143.976	129.838	-14.138
2015	151.258	143.782	-7.476
2016	167.114	154.632	-12.482
2017	170.555	157.371	-13.184
2018	180.690	173.297	-7.393

**Kaynak:** Devredilen Kurum İstatistikleri, SGK 2009 Aralık İstatistik Bülteni, SGK Aralık 2018 İstatistik Bülteni ve TÜİK verilerinden hazırlanmıştır.

Yukarıdaki tabloda; Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un kendi bütçeleri içinde yapmış olduğu gelir ve gider dengesinde, 1989-1991 dönemleri arasında

fazla verdiği, buna karşın 1992 yılından itibaren ise açık verdiği görülmektedir. Bu açıklar; fon biriktirme yönteminin terkedilip fon dağıtım sistemine geçilmesinde etkili olmuştur. Fon dağıtım sisteminde, toplanan gelirler herhangi bir fon içinde tutulmamakta ve birikmemektedir. Belirli dönemde elde edilen gelirler elde edildiği dönemin sigorta yardımlarına ve sağlık harcamalarına kullanılmaktadır.<sup>231</sup>

Tablodaki veriler; bütçe açıklarının, reformun yapıldığı 2006 yılına kadar arttığını, 2006 yılından sonra ise genel olarak azalmaya başladığını göstermektedir. Özellikle 2011 yılından sonra bütçe açıklarının azalma eğilimi daha belirgin olmuş ancak yine de bütçe açıkları oluşmaya devam etmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumlarının bütçe açıklarının devam etmesinin sebepleri; erken emeklilik uygulaması, prime esas kazançların düşük olması, kayıt dışı istihdam, prim ödeme eğiliminin düşük olması, prim affı, prim ödeme alışkanlıklarının azalması ve prim gelirlerinde azalma, prim karşılığı olmayan ödemeler, aylık bağlama oranlarının yüksek olması, borçlanma uygulaması, ortalama yaşam süresinin yükselmesi ve artan sağlık harcamaları gibi gider arttırıcı uygulamalar olarak sıralanabilir.<sup>232</sup> Bu sorunlar sosyal güvenlik sisteminin uzun vadeli mali sürdürülebilirliğini zora sokmuştur. Zira nüfusun yaşlanmaya başlaması, hastalık yükünün değişimi, yeni sağlık sisteminin getirmiş olduğu sağlık enflasyonu, sağlık bilinci ve gelir seviyesinin artmasıyla sağlık hizmetlerine olan talebin artması sağlık harcamalarını arttırmakta ve mali sürdürülebilirliği olumsuz etkilemektedir.<sup>233</sup>

Devletin sosyal güvenlik sistemi açıklarını kapatma müdahalesi aynı zamanda temel ekonomik göstergelerde de olumsuz etki yaratmaktadır. Merkezi yönetim bütçesinden yapılan transferler bütçe dengesini bozmuş, borçlanmaya yoluna gidilmesine neden olmuş ve borç stokunun artmasına yol açarak faiz

---

<sup>231</sup> Tülin Canbay ve Müslim Demir, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıkları ve Sosyal Güvenlik Ahlakı”, **Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, Cilt:20, Sayı2, (2013), s.305.

<sup>232</sup> Yusuf Alper, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler”, s.18.

<sup>233</sup> T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı 2013-2018**, Ankara, 2013, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf> Erişim Tarihi: 31/07/2019

oranlarını artırmıştır. Faiz oranların artması yatırımları azaltmış ve böylece ekonomi olumsuz etkilenmiştir. Sistemin açık vermediği durumlarda ise çarpan etkisinin hayati rolü karşımıza çıkmaktadır. Sosyal güvenlik yatırımları istihdamı olumlu etkilemekte, bu da arz ve talebi etkileyerek milli gelire katkı sağlamaktadır. Sosyal güvenlik sisteminden daha fazla yararlanan kesimin düşük gelirli olmasına karşın, yüksek gelirli kesimin daha fazla prim ödüyor olması ise gelir dağılımı üzerinde olumlu etki yaratmaktadır.<sup>234</sup>

Sosyal güvenlik harcamalarını gereksiz yere arttıran ve bütçe açıklarına neden olan bir diğer sebep ise sağlık alanındaki suistimallerdir. Sosyal güvenlik sisteminde sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilerin, sağlık hizmetlerine hak kazanan kişilerin kimliğini kullanarak hastanelerde muayene olduğu, eczanelerden ilaç temin ettiği, hatta doğum bile yaptığı medyaya yansıyan haberler arasındadır.<sup>235</sup> Söz konusu vakalar nedeniyle SGK, sağlık yolsuzluklarını azaltmak için aldığı çeşitli önlemler almaktadır. Bu önlemlerden birisi de biyometrik kimlik doğrulama sistemidir. Hastalar sağlık kuruluşlarına gittiklerinde kimlikleri ile beraber avuç içlerini biyometrik kimlik doğrulama cihazına okutmakta ve böylece sağlık hizmetlerini hak edip etmediği ortaya çıkmaktadır. Biyometrik doğrulama sistemi; hak etmeyen kişilere sağlık hizmeti verilmesi, sahte sağlık hizmetleri gibi suistimalleri önlemeye yönelik olarak kurulmuştur.<sup>236</sup>

Ancak yine de geçici iş göremezlik raporlarında gerçeğe aykırılıkların olması, sahte muayene kayıtları, ilaç ve reçete yolsuzlukları devam etmekte ve SGK harcamalarını artırarak bütçe açıklarına neden olmaktadır.<sup>237</sup>

Sosyal güvenlik suistimallerinin ve bu suistimallere bağlı olarak oluşan bütçe açıklarının sebeplerden birisi de sosyal güvenlik ahlakının bulunmamasıdır.

---

<sup>234</sup> Müslim Demir ve Tülin Canbay, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Açıklarının Azaltılmasında Denetimin Önemi (Manisa İli Örneği)", **Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 11, Sayı 3, Manisa Özel Sayısı,(Aralık 2013), s.457-459.

<sup>235</sup> Sevgi Işık Erol, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları Ve Sosyal Güvenlik Ahlakı", **Kamu İş Dergisi**, Cilt 13, Sayı 3, (2014), s.60.

<sup>236</sup> Fatih Özkan, "Sosyal Güvenlik Kurumu Biyometrik Kimlik Doğrulama Sisteminin Problemleri ve Olası Çözüm Önerileri", **Fırat Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi**, Cilt 28, sayı 2, (2016), s.185.

<sup>237</sup> Erol, s.65.

Sosyal güvenlik ahlakı kısaca işverenlerin ve sigortalıların gönüllü bir şekilde devlete prim ödeme isteği olarak tanımlanabilir. Geniş anlamda ise işverenlerin ve işçilerin yürürlükte olan sosyal güvenlik mevzuatlarına uyması, usulsüz ve kanuna aykırı yolları tercih etmeyip, toplumsal faydayı gözetmesidir. Sosyal güvenlik ahlakı çerçevesinde karşılaşılan sorunların bazıları şunlardır:<sup>238</sup>

- İşçilerin işverenleriyle anlaşarak prime esas kazançlarının düşük gösterilmesi,
- Hizmet akdiyle çalışan kişinin kendi adına ve hesabına çalışan bir kişi olarak görünmesi,
- Erken emeklilik veya malullük sigortasından yararlanmak için çeşitli yollar aranması,
- Muvazaalı boşanma yoluyla sosyal sigorta yardımlarından yararlanılması,
- Hak etmeyenlerin sosyal yardım alması,
- İşverenlerin işçileri kayıt dışı çalıştırması,
- İşçilerin prim gün sayılarının veya prime esas kazançlarının işverenler tarafından eksik bildirmesi,
- İşçilerin primlerinin işverenler tarafından sosyal güvenlik kurumlarına geç ödenmesi veya hiç ödememesi,
- Sağlık sektöründe gerçeğe uygun olmayan harcamaların gerçekleşmesi.

Tüm bu sebepler birlikte meydana geldiğinde SGK'nın 2015 yılı bütçe açığının 11 Milyar 444 Milyon TL olduğu saptanmıştır. Bu tutarla ilgili olarak SGK bünyesinde bulunan Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı'nın yapmış olduğu çalışmalarda çok büyük miktarda sosyal sigorta suistimallerinin etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı bu çalışmalarda ayrıca; ölen

---

<sup>238</sup> Canbay ve Demir, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Açıkları ve Sosyal Güvenlik Ahlakı", s.310.

kişiler adına reçetelerin düzenlenmesi, çalıştığı halde kişilerin malullük aylığı alması, özel hastanelerde hiç muayene kaydı olmayan hastalar adına reçetelerin düzenlenmesi, ayakta teşhis ve tedavi merkezlerinin SGK'ya usulsüz fatura çıkarması, e-reçetelerde usulsüzlükleri ve usulsüzlüklerin yapıldığı bilgisayarların aynı olması gibi durumları ortaya çıkarmıştır. Yapılan bu usulsüzlüklerin devlete toplam maliyeti ise 186 milyon 181bin TL olarak hesaplanmış ve gereğinin yapılması için işleme konulduğu bildirilmiştir.<sup>239</sup>

Söz konusu SGK açıkları merkezi bütçeden yapılan transfer harcamaları ile kapatılmaktadır.<sup>240</sup> Aşağıda 1995-2018 yılları arasında sosyal güvenlik sistemine yapılan transferlerin reel tutarları ve GSYİH'ya oranı yer almaktadır.

---

<sup>239</sup> <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/kuru-goz-damlasiyla-100-milyon-liralik-zarar-/523905>,

Tarihi:31/07/2019

<sup>240</sup> Cural, s.696-700.

**Tablo 7: Sosyal Güvenlik Sistemine Yapılan Bütçe Transferleri**

Yıl	Transfer Tutarı Reel (Milyon TL)	Transfer Tutarının GSYİH'ya oranı
1995	6.061	1,01
1996	10.562	1,65
1997	13.187	1,91
1998	13.828	1,95
1999	17.604	2,57
2000	13.827	1,89
2001	16.095	2,34
2002	20.365	2,78
2003	25.728	3,33
2004	27.760	3,27
2005	31.909	3,45
2006	28.712	2,90
2007	39.044	3,76
2008	37.031	3,53
2009	52.685	5,27
2010	51.432	4,74
2011	45.634	3,79
2012	51.207	4,06
2013	54.323	3,97
2014	54.444	3,78
2015	52.314	3,42
2016	64.532	4,09
2017	72.243	4,27
2018	70.655	4,07

**Kaynak:** Bütçe transferi verileri Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı internet sitesinden alınmış olup, GSYİH deflatörü yardımı ile reele dönüştürülmüş ve Reel GSYİH'ya oranlanmıştır.

(Not: 2006 yılı ve öncesindeki bütçe transferleri, açık ve faturalı ödemelerden oluşmaktadır. 2007 yılına açık, faturalı ödemeler ve ek ödeme dahildir. 2008- 2018 yıllarında ise bütçe transferlerine ek ödeme, açık ve faturalı ödemelerle devlet katkısı dahildir. 2009- 2018 yıllarına ise teşvik de dahil edilmiştir.)

Tablo 7 incelendiğinde Sosyal Güvenlik Sistemine yapılan devlet katkısının büyüklüğü gerek reel anlamda gerekse GSYİH'ya oranla net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Devletin Sosyal Güvenlik Sistemine yaptığı katkı 1995 yılında GSYİH'nın yüzde 1'ini oluştururken 2018 yılına gelindiğinde bu oranın

yüzde 4'e çıktığı görülmektedir. Tablo 6'daki veriler de dikkate alındığında sosyal güvenlik bütçe açığının azaldığı, Tablo 7'de ise sosyal güvenlik sistemine yapılan bütçe transferinin arttığı görülmektedir. İlk bakışta bu iki durumun tezat gibi görünse de yapılan transferlerin içeriğine bakıldığında; sosyal güvenlik bütçesi açığının finansmanı, devlet katkısı, ek ödeme, faturalı ödemeler, teşvikler ve ödeme gücü olmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası katkısı olmak üzere 6 başlık yer almaktadır.<sup>241</sup>

Bu kalemleri ele almak gerekirse; faturalı ödemeler, ilgili kanunlar gereğince primsiz ödeme olarak adlandırılan aylıklardan ve emeklilik ikramiyesi gibi ödemelerden oluşmaktadır. Ödemeler devlet adına SGK tarafından ilgililere yapılmakta, SGK ise yapmış olduğu ödemeyi Maliye Bakanlığına fatura etmektedir. Bunun karşılığında Maliye Bakanlığı tarafından SGK'ya bütçe transferi yapılmaktadır.<sup>242</sup>

Ek ödeme ise, SGK tarafından emeklilere her ay vergi iadesi olarak gerçekleştirilmektedir. Yapılan bu ek ödemeler SGK için bir gider kalemi oluşturmakta ve bunun için de Maliye Bakanlığı'ndan bütçe transferi yapılmaktadır.<sup>243</sup> 5510 sayılı kanunla birlikte merkezi bütçeye, SGK'nın her ay tahsil ettiği uzun vadeli sigorta kolları primi ve GSS primi tutarının ¼ 'ü tutarında katkı yapma zorunluluğu getirilmiştir. Bu tutar "devlet katkısı" olarak adlandırılmaktadır.<sup>244</sup>

Devletin sunduğu teşvikler, sağlık yardımları ve GSS'si devlet tarafından karşılananlar için yapılan sağlık harcamaları; sosyal güvenlik kurumu tarafından ödendikten sonra merkezi yönetim bütçesinden karşılanmaktadır.<sup>245</sup>

2001- 2005 döneminde uygulanan Sekizinci Kalkınma Planı'nda, merkezi yönetim bütçesinden sosyal güvenlik kurumları bütçesine yapılan transfer tutarının GSMH'ya oranının plan döneminin sonuna kadar yüzde 1,7' ye düşmesi

---

<sup>241</sup> Cural, s.700.

<sup>242</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni, Nisan 2015, s.13

<sup>243</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni, Nisan 2015, s.12

<sup>244</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni, Nisan 2015, s.12

<sup>245</sup> Cural, s.700.

öngörölmüştür.<sup>246</sup> Kalkınma planıyla hedeflenen oran gerçekleşen oranla mukayese edildiğinde Planda yer alan öngörülerin gerçekleşmediği, hatta Tablo 7'ye bakıldığında bu oranın arttığı anlaşılmaktadır. Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda (2007-2013) ise bir önceki dönemde devlet bütçesinden sosyal güvenlik kurumlarına yapılan bütçe transferine değinilmiş, hedeflerin gerçekleşmediği ve sürekli artış içinde olduğu, bundan dolayı plan dönemi içinde sosyal güvenlik kurumlarının açıkları üzerinde titizlikle durulması gerektiği hususlarına yer vermiştir.<sup>247</sup>

Onuncu Kalkınma Planı'nda (2013-2017) ise, önceki kalkınma planına göre merkezi yönetim bütçesinden sosyal güvenlik kurumuna yapılan bütçe transferinin hedeflerin üzerinde gerçekleşmiş olup, bu durumun nedeni olarak devlet memurları ve ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarının SGK'ya devredilmesinin etkili olduğu hususlarına vurgu yapılmıştır. Bununla birlikte plan döneminde yapılan bütçe transferinin GSYİH'ya oranı yıllık ortalama yüzde 4,4 olarak hedeflenmiştir.<sup>248</sup> Tablo 7 incelendiğinde kalkınma planında hedeflenen orana yakın bir oranın gerçekleştiği görülmektedir.

Yukarıda yer alan genel açıklamalardan sonra; Sosyal Güvenlik Kurumlarının 1989-2018 yılları arasında yapmış olduğu tüm harcama kalemlerinin detaylarını (sağlık harcamaları, emekli aylığı ödemeleri, diğer harcamalar) ve bu harcamaların toplamını nominal olarak ele almak gerekirse:

---

<sup>246</sup> Devlet Planlama Teşkilatı **Sekizinci Kalkınma Planı 2001-2005**, Ankara 2000, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Sekizinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2001-2005.pdf> Erişim Tarihi 31/07/2019, s.41.

<sup>247</sup> T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, **Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013**, <http://www.metu.edu.tr/system/files/kalkinma.pdf> Erişim Tarihi 31/07/2019, s.26.

<sup>248</sup> T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı 2013-2018**, Ankara, 2013, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf> Erişim Tarihi: 31/07/2019, s.77.

**Tablo 8: Sosyal Güvenlik Kurumlarının 1989-2018 Yılları Arasında Yapmış Olduğu Harcama Kalemlerine Göre Toplam Tutarları (Bin TL)**

Yıllar	Toplam SGK Sağlık Harcamaları	Toplam Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvenlik Bütçesi içindeki payı (Yüzde)	Sosyal Güvenlik Kurumları Toplam Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaları	Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaların Sosyal Güvenlik Bütçesi İçindeki Payı (Yüzde)	Toplam Harcama Tutarı
1989	1.524	19,69	6.217	80,31	7.741
1990	2.719	17,44	12.872	82,56	15.591
1991	4.982	17,13	24.099	82,87	29.081
1992	9.351	16,68	46.709	83,32	56.060
1993	16.319	16,27	84.001	83,73	100.319
1994	33.933	18,49	149.626	81,51	183.559
1995	70.658	19,17	297.986	80,83	368.643
1996	140.985	16,49	714.231	83,51	855.216
1997	337.771	17,40	1.603.440	82,60	1.941.211
1998	794.475	21,15	2.962.541	78,85	3.757.015
1999	1.522.384	21,96	5.409.342	78,04	6.931.725
2000	2.633.552	23,97	8.353.484	76,03	10.987.036
2001	4.576.159	25,66	13.254.587	74,34	17.830.745
2002	7.629.866	27,27	20.352.598	72,73	27.982.464
2003	10.662.503	25,79	30.673.574	74,21	41.336.077
2004	13.150.687	25,98	37.470.935	74,02	50.621.622
2005	13.607.861	22,70	46.333.513	77,30	59.941.373
2006	17.666.674	24,58	54.200.801	75,42	71.867.475
2007	19.983.275	24,40	61.932.126	75,60	81.915.401
2008	25.345.913	27,21	67.813.548	72,79	93.159.462
2009	28.810.684	26,98	77.964.759	73,02	106.775.443
2010	32.508.883	26,65	89.488.418	73,35	121.997.301
2011	36.500.378	25,94	104.214.874	74,06	140.715.252
2012	44.110.561	27,53	116.112.892	72,47	160.223.453
2013	49.888.693	27,31	132.800.223	72,69	182.688.916
2014	54.551.175	26,69	149.849.262	73,31	204.400.437
2015	59.355.576	25,63	172.190.392	74,37	231.545.969
2016	67.992.868	24,59	208.542.917	75,41	276.535.786
2017	77.632.066	24,82	235.102.525	75,18	312.734.591
2018	91.512.240	23,77	293.449.655	76,23	384.961.895

**Kaynak:** Devredilen Kurum (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) İstatistik verileri, SGK

Aylık İstatistik Bülteni Aralık 2009 ve Aralık 2018 verilerinden hazırlanmıştır.

Tablo 8’ deki verilerde Sosyal Güvenlik Kurumlarının 1989-2018 yılları arasındaki toplam harcama tutarları yer almaktadır. Sosyal Güvenlik Reformunun yapıldığı aynı zamanda SGK’nın kurulduğu tarih olan 2006 yılına kadarki veriler; Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur’un yapmış olduğu harcamaların kendi içindeki toplam tutarlarından oluşmaktadır. 2006 yılından sonraki veriler ise SGK’nın tek başına yaptığı harcamalardan oluşmaktadır. Toplam Harcama Tutarı başlığı sosyal güvenlik kurumlarının bütçesindeki harcama kalemlerinin toplamını oluşturmaktadır. Toplam harcama tutarı nominal olarak 1989 yılından 2018 yılına kadar artış göstermiştir.

Tablo 8’ de yer alan, Sosyal Güvenlik Kurumlarının harcama kalemlerinden birisi de emekli aylığı ödemeleri ve diğer harcama kalemleridir. Emekli aylığı ödemeleri ve diğer harcamalar sosyal güvenlik sisteminin en önemli harcama kalemi olmuştur. Bu ödemelerin 1989 yılından 2006 yılına kadarki dönemde bütçe içindeki payı azalmıştır. Emekli aylığı ödemeleri ve diğer harcamalar, kurumların tek çatı altına alınmasıyla 2007-2018 döneminde sosyal güvenlik bütçesi içinde stabil konuma gelmiştir.

Yukarıda da yer aldığı gibi, Tablo 8’ deki verilerden Sosyal Güvenlik Kurumlarının yapmış oldukları sağlık harcamalarının nominal tutarlarının 1989-2018 yılları arasında sürekli bir artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Ancak kurumların yapmış olduğu harcama kalemlerinin nominal büyüklüklerinin incelenmesinin daha anlamlı olabilmesi için yapılan sağlık harcamalarının “Sosyal Güvenlik Kurumları Bütçesindeki Payı (yüzde)’nin incelenmesi gerekmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumları’nın sağlık harcaması kendi bütçesi içinde nominal artış kadar artış göstermeyip, 1989-2018 yılları arasında dalgalı seyretmiştir.

Tablo 8’de yer alan bilgilere göre Sosyal Güvenlik Kurumlarının yapmış olduğu emekli aylığı ödemeleri ve diğer harcamaların Sosyal Güvenlik Bütçesi içinde çok yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle sosyal güvenlik sistemine katkı yapan aktif sigortalıların azalması ve sosyal güvenlik sisteminden pasife ayrılan sigortalıların artması, diğer bir deyişle sistemden aylık alanların sayısının sisteme katkı yapanların sayısından fazla olması, emekli aylık ödemelerinin diğer

giderlere göre daha fazla olmasına neden olmuştur.<sup>249</sup> Sosyal güvenlik sisteminde emekli aylığı ödemelerinin sosyal güvenlik bütçesindeki payının fazla olmasındaki en önemli nedenlerden birisi ise erken emeklilik uygulamasıdır. Erken emeklilik uygulamasıyla birlikte sosyal güvenlik kurumlarından aylık alan kişi sayısı artmakta, buna karşılık sosyal güvenlik sistemine ödeme yapan kişi sayısı azalmaktadır.<sup>250</sup> Emekli aylıklarının artması durumunda ise Sosyal Güvenlik sisteminde finansman açıkları yükselmektedir.<sup>251</sup>

Her ne kadar Tablo 8’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının harcamalarının artmış olduğu ortaya çıksa da, söz konusu büyüklükler nominal tutarlardır. Bu nedenle nominal tutarların reele çevrilip GSYİH içindeki büyüklüğünü incelemek daha anlamlı olacaktır. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık harcamalarının, emekli aylığı ve diğer harcamaların reel tutarlarının, reel GSYİH içindeki payları Tablo 9’da gösterilmiştir.

---

<sup>249</sup> Osman Bayri, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Kurum ve Kapsam Olarak Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Adaleti.” **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.3, Sayı. 2, Haziran 2013, s.32-33.

<sup>250</sup> Canbay ve Demir, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıkları ve Sosyal Güvenlik Ahlakı”, s.306.

<sup>251</sup> Mehmet Cural, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı Ve Sisteme Yapılan Bütçe Transferlerinin Ekonomik Yansımaları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 21, Sayı 2, (2016), s.705.

**Tablo 9: Sosyal Güvenlik Kurumlarının 1989-2018 Yılları Arasında Yapmış Olduğu Harcama Kalemlerine Göre Reel Tutarlar ve GSYİH içindeki Payları (Milyon TL)**

Yıllar	Toplam SGK Sağlık Harcamaları Reel*	Toplam SGK Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı	Sosyal Güvenlik Kurumları Toplam Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaları Reel*	Sosyal Güvenlik Kurumları Toplam Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaların GSYİH içindeki Payı	Reel GSYİH*
1989	2.278	0,49	9.295	1,99	467.825
1990	2.568	0,50	12.160	2,38	511.123
1991	2.963	0,57	14.332	2,78	515.859
1992	3.397	0,62	16.967	3,10	546.729
1993	3.533	0,60	18.187	3,08	590.697
1994	3.559	0,64	15.691	2,81	558.471
1995	3.958	0,66	16.694	2,79	598.632
1996	4.441	0,69	22.498	3,51	640.568
1997	5.861	0,85	27.823	4,04	688.795
1998	7.847	1,11	29.261	4,12	710.091
1999	9.746	1,42	34.628	5,05	686.024
2000	11.289	1,54	35.808	4,89	731.577
2001	12.827	1,86	37.154	5,40	687.958
2002	15.546	2,12	41.469	5,66	732.195
2003	17.617	2,28	50.679	6,55	773.259
2004	19.323	2,28	55.057	6,49	847.834
2005	18.668	2,02	63.563	6,88	924.223
2006	22.159	2,24	67.984	6,87	989.933
2007	23.598	2,27	73.135	7,03	1.039.731
2008	26.715	2,55	71.477	6,82	1.048.519
2009	28.811	2,88	77.965	7,80	999.192
2010	30.379	2,80	83.624	7,71	1.083.997
2011	31.527	2,62	90.015	7,47	1.204.467
2012	35.469	2,81	93.365	7,40	1.262.160
2013	37.749	2,76	100.484	7,34	1.369.334
2014	38.425	2,67	105.551	7,33	1.440.083
2015	38.774	2,54	112.484	7,36	1.527.725
2016	41.089	2,61	126.025	7,99	1.576.365
2017	42.338	2,50	128.217	7,57	1.693.310
2018	42.953	2,47	137.737	7,93	1.737.136

\* Reele Dönüştürmede GSYİH deflatörü kullanılmıştır.

**Kaynak:** Devredilen Kurum (Emekli Sandığı, SSK Bağ-Kur) İstatistik verileri, SGK Aylık İstatistik Bülteni Aralık 2009 ve Ocak 2018 verileri, TÜİK verilerinden derlenerek tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 9’da Sosyal Güvenlik Kurumlarının 1989-2018 yılları arasında yapmış olduğu sağlık harcamalarının sürekli artış içinde olduğunu görülmektedir. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur’un faaliyette olduğu 1989-2006 döneminde sağlık harcamaları yaklaşık 11 kat artmış, GSYİH içindeki payı ise yüzde 0,49’ dan yüzde 2,24’e yükselerek yaklaşık 5 kat artmıştır. SGK’nın kurulmasıyla birlikte 2007-2018 yılları arasında sağlık harcamaları yaklaşık olarak 2 kat artmış, GSYİH içindeki oranında ise artış yönünde dalgalanmalar olmuş ve 2018 yılında yüzde 2,47’ye çıkmıştır. Tablo 9’dan görüldüğü üzere Sosyal Güvenlik Sisteminin Sağlık harcamaları payı 2006 yılına kadarki dönemde hem kendi içinde hem de GSYİH içinde artış göstermiştir. Birleşmeden sonra ise kendi içinde artış olmasına rağmen GSYİH içindeki payında dikkate değer bir artış olmamıştır.

Tablo 9’a göre Sosyal Güvenlik Kurumlarının emekli aylığı ve diğer ödemeleri nominalden reele dönüştürüldüğünde önemli artışların olduğu ortaya çıkmaktadır. 1989-2018 yılları arasında SGK sisteminde yapılan emekli aylığı ödemeleri ve diğer harcamalar toplamda yaklaşık 15 kat artmıştır. Hacim olarak artmanın yanında GSYİH içindeki payı da yaklaşık 4 kat artmıştır. Bu durum emekli aylığı ödemeleri ve diğer harcamaların büyüklük olarak arttığını göstermektedir.

Ülke genelinde sağlık harcamalarının artması ekonomik gelişmeyle pozitif bir ilişki içindedir. Ekonominin büyümesiyle ilaç giderleri, tedavi giderleri sağlık ve sarf malzemesi giderleri gibi giderlere daha fazla kaynak ayrılmıştır. Ayrılan kaynakların toplumun sağlığını olumlu etkilemesi neticesinde ekonomide verimlilik arttırması imkânı doğabilecektir.<sup>252</sup>

Verimlilik noktasında dikkate değer bir başka unsur ise Sosyal Güvenlik Sisteminin nüfusa göre kapsamıdır. Nitekim 1989-2006 yılları arasında sağlık hizmetleri Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur tarafından finanse edilmiştir ve kapsamı iştirakçiler, sigortalılar, hak sahipleri ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden oluşmaktadır. 2006-2012 dönemleri arasında ise GSS sistemi kurulmuş

---

<sup>252</sup> Ali Şen ve Nergis Bingöl, “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği”, **İnönü Üniversitesi Akademik Yaklaşımlar Dergisi**, Cilt 9, Sayı 1, (İlkbahar 2018), s.103.

ancak GSS kapsamındaki sigortalı sayısı Türkiye’de yaşayan kayıtlı nüfusu kapsayacak şekilde hemen artmamıştır. 2006-2012 dönem aralığı GSS geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. 2012 yılından sonra ise Türkiye’de yaşayan kayıtlı nüfusun tamamı GSS kapsamına alınmıştır. Aşağıdaki tabloda 2000 ile 2018 yılları arasında Sosyal Güvenlik Sistemi’nin kapsamı ve Türkiye Nüfusu yer almaktadır.

**Tablo 10: Sosyal Güvenlik Sisteminin Kapsamı ve Türkiye Nüfusu**

Yıl	Sağlık Sigortası Kapsamı*	Türkiye Nüfusu	Sağlık Sigortasının Kapsam olarak oranı
2000	42183917	63240121	66,70
2001	41843024	64191474	65,18
2002	44312080	65143054	68,02
2003	46999871	66085803	71,12
2004	50178290	67007855	74,88
2005	54234751	67903406	79,87
2006	45094366	68763405	65,58
2007	55722646	69597281	80,06
2008	54809559	70440032	77,81
2009	56018981	71339185	78,52
2010	70580628	72326914	97,59
2011	72603488	73409455	98,90
2012	73900621	74569867	99,10
2013	74773512	75787333	98,66
2014	76067919	77030628	98,75
2015	77123672	78271472	98,53
2016	78009914	79512426	98,11
2017	79782261	80745020	98,81
2018	81589899	82319724	99,11

\* Sağlık Sigortasının kapsamına 2010 yılı öncesi Devlet Memurları Yeşil Kartlılar ve Özel Sandık Sigortalıları katılmamış olup, 2010 Yılı sonrasında Devlet Memurları ve Yeşil Kartlılar eklenmiş, 2012 yılından sonra GSS Primini kendileri ödeyenler tabloya eklenmiş, Özel Sandık Sigortalıları tabloya eklenmemiştir.

\*2000 yılı öncesi verilere ulaşılamadığından tablolastırılıp sunulamamıştır.

**Kaynak:** SGK Aylık İstatistik Bülteni Aralık 2009 ve Aralık 2018, Nüfus Verisi Dünya Bankası İnternet Sitesinden alınmıştır.

Tablo 10 incelendiğinde sağlık sigortasının kapsamının arttığı görülmektedir. GSS Reformu öncesinde sağlık sigortası kapsamının, nüfusun yaklaşık yüzde 70-80'inden oluştuğu, geri kalan nüfusun ise sağlık güvencesi olmadan yaşamını sürdürdüğü ortaya çıkmaktadır. GSS reformuyla, ülke nüfusunun tamamının sağlık sigortası kapsamına alınması hedeflenmiştir. Her ne kadar 2006 yılında GSS kurulmuş olsa da kapsamın genişlemesi hemen gerçekleşmemiş, Tablo 10'dan da anlaşılacağı üzere memurlar, yeşil kartlılar ve primini kendileri ödeyenler hemen sisteme dahil olmamıştır. Memurlar ve yeşil kartlılar 2010 yılında, primini kendileri ödeyenler ise 2012 yılında sisteme dahil olmuştur. 2010 yılında GSS'nin kapsamının Dünya Bankası nüfus verilerine oranı yüzde 97,59 olarak gerçekleşmiş, bu oran 2012 yılına gelindiğinde ise yüzde 99,10'a yükselmiştir. Bu verilerden, ülke nüfusunun hemen hemen tamamının GSS kapsamına alındığı anlaşılmaktadır.

Sosyal güvenlik sisteminin kapsamıyla ilgili olarak farklı kurumlar tarafından yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların içerikleri yaklaşık olarak örtüşmekle birlikte bazı farklılıklar da söz konusudur. Nitekim Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kendi verilerine göre 2002 yılında 48 Milyon kişi sosyal güvenlik sistemi kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmıştır. Bu sayı 2006 yılında 57 milyona çıkmış, 2006-2012 yılları arasında ise GSS geçiş hükümlerinden dolayı nüfusun tamamı GSS'li olamamıştır. 2011 yılında 63 milyon kişi sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmaya hak kazanmıştır. GSS'nin tam olarak yürürlüğe girdiği 2012 yılında ise 73 Milyon 900 yüz bin kişi GSS kapsamı altına alınmıştır. Sigortalı sayısı ait olduğu yıldaki ülke nüfusuna oranladığında yüzde 97,7 oranı ortaya çıkmaktadır. 2017 yılında GSS'ye kayıtlı 79 Milyon 792 bin olan sigortalı sayısı ülke nüfusuna oranladığında yüzde 98,7 oranı ortaya çıkmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu sigortalı verilerine göre; 2012 yılından sonra nüfusun yüzde 97,7'sinden fazlası Genel Sağlık Sigortalısı olmuş, 2017 yılında ise bu oran yüzde 98,7'ye çıkmıştır.<sup>253</sup>

---

<sup>253</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda yer alan verilere göre ise Sosyal Güvenlik, 2000 yılında nüfusun yüzde 82,2'sini kapsamaktadır ancak nüfusun yüzde 80,9'u da sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigortalıların içinde yer almaktadır. 2005 yılına gelindiğinde nüfusun yüzde 91,4' ü sosyal sigorta kapsamında olup, yüzde 91'i de sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigortalıların içindedir.<sup>254</sup> 2016 yılında ise nüfusun yüzde 86,2' si Sosyal Güvenlik Sistemi (aktif, pasif ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişi) kapsamında olup, nüfusun yüzde 98,6'sı ise GSS kapsamına alınmıştır.<sup>255</sup>

Sağlık harcamalarında Genel Sağlık Sigortası reformuyla birlikte harcama tutarları artmış ve bu artış GSYİH'ya göre oranlandığında önemli noktalara gelmiştir. GSS reformuyla birlikte gider azaltıcı önlemler alınmasına rağmen sağlık harcamalarında beklenen azalma gerçekleşmemiştir. GSS reformunun yapıldığı ilk dönemlerde sağlık sisteminde talep ve talebe bağlı sağlık harcamaları artmıştır. Kurumların yapmış olduğu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2001 yılından 2011 yılına önemli seviyelere ulaşmıştır. 2012 yılına gelindiğinde ise SGK bütçesinde denge sağlaması ve gereksiz sağlık hizmeti talebini engellemek için katkı payları tutarı arttırılmıştır.<sup>256</sup>

GSS reformu neticesinde bütün vatandaşlar Emekli Sandığı'nın sunmuş olduğu sağlık hizmetleri seviyesinde hizmet almaya başlamıştır. SSK ve Bağ-Kur sigortalılarının yararlanmış olduğu tedaviler ve ilaçların çeşidi arttırılmıştır. Bütün bunların yanında GSS sistemi Emekli Sandığı uygulamalarından önemli derecede farklıdır. 5510 sayılı Kanun ile çalışanların sosyal sigorta yardımları ve sağlık yardımları birbirinden ayrılmıştır. Sosyal sigorta kısmında çalışanlara yapılacak yardımlar yer almış; sağlık hizmetinin sunumu, kapsamı ve yararlanma koşulları ise GSS bölümünde yer almıştır. GSS'nin en önemli amacı; sağlık hizmetlerinde

---

<sup>254</sup> T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, **Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013**, <http://www.metu.edu.tr/system/files/kalkinma.pdf> Erişim Tarihi 31/07/2019

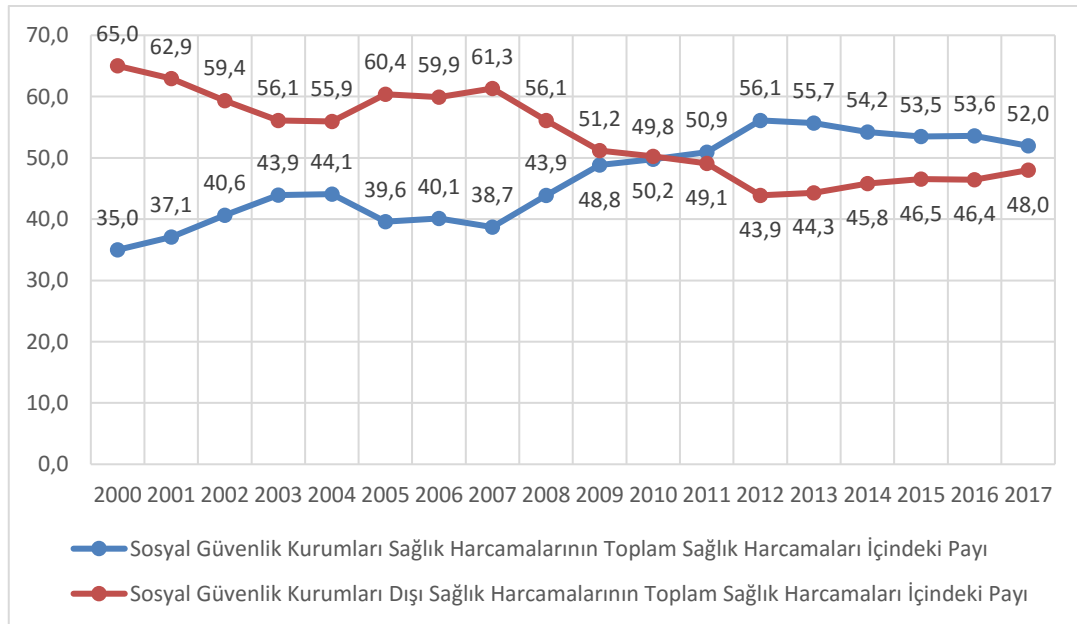
<sup>255</sup> Yusuf Alper, "Sosyal Güvenlik Reformu (2008-2016): Kapsamla İlgili Gelişmeler", **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, Sayı 68, (2015/1), s.18.

<sup>256</sup> Yusuf Alper, "Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi Uygulaması", **Türk İş Dergisi**, 397 Sayı, (Mart-Nisan 2012) s.56.

kullanılan kaynakların kötüye kullanılmasını engellemek ve sağlık alanında finansal koruma sağlamak olmuştur.<sup>257</sup>

Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı ve sosyal güvenlik kurumlarının yapmış olduğu sağlık harcamalarının oranı önemli bir göstergedir. Bu oranlar ülkenin sağlık ekonomisinde ve sağlık sektörünün finansmanında sosyal güvenlik sisteminin temel aktör olduğunu, sosyal güvenlik anlayışında yükümlülüklerini ne derecede yerine getirdiğini, ileriki dönemlerde sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemine ne kadar yük getireceği gibi hususları ortaya koymaktadır.<sup>258</sup> Bu çerçevede TÜİK tarafından yayınlanan veriler, ülkemizde sağlık ekonomisinde yapılan harcamaların genel toplamı (nominal tutarı) 2000 yılından 2017 yılına kadar arttığını göstermektedir. Nitekim Grafik 4’te sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının Türk sağlık ekonomisi içindeki payı yer almaktadır.

**Grafik 4: Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı**



**Kaynak:** TÜİK verilerinden hazırlanmıştır.

<sup>257</sup> Recep Akdağ, **İlerleme Raporu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2008, s.37-38.

<sup>258</sup> Yusuf Çelik, “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, Haziran 2011, s.65.

Grafikte sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik kurumlarının payı 2000 yılında yüzde 35 iken 2017 yılında bu payın yüzde 52'ye yükseldiği görülmektedir. Bu artışın sebeplerinden biri Sosyal güvenlik sisteminde sigortalıların kapsamının artmasıdır.

Nitekim Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile herkese sağlık hizmeti verilmesi hedeflenmiştir. Bu programının en önemli yapı taşlarından birisi de GSS'dir. GSS ile birlikte sosyal güvenlik sisteminde sağlık harcamalarının finansmanı için ayrı bir fon kurulmuş, kurulan bu fon ile sağlık harcamaları finanse edilmiştir.<sup>259</sup> Böylece sağlık ekonomisi içinde GSS daha etkin bir hale gelmiştir.

Türk sağlık ekonomisinde hem SGK'nın hem de SGK dışındaki kamu sağlık kurumlarının (Sağlık Bakanlığı, yerel yönetimler, sağlık giderlerini kendi karşılayanlar) sağlık harcamaları yer almaktadır. Sağlık ekonomisi yıllar itibariyle ele alındığında SGK'nın sağlık harcamaları artarken diğer kamu sağlık kurumlarının sağlık harcamalarının azaldığı görülmektedir. Bunun en önemli sebebi merkezi ve yerel kamu kurumlarının sağlık harcamaları için finansman kaynaklarının azalmasına karşın SGK'nın finansman kaynağının artmasıdır. Bu durumun bir yansıması ise hem SGK'nın hem de vatandaşların finansman yükünün artması şeklindedir.<sup>260</sup>

Genel itibarla; Sosyal güvenlik kurumlarının üniterleşmesi neticesinde ülkedeki sağlık hizmetlerinin yarısından fazlası SGK tarafından karşılanmaya başlamıştır. Sosyal güvenlik kurumlarının yapmış oldukları sağlık harcamalarının artış oranları, GSYİH artış oranı ve ülke geneli yapılan toplam sağlık harcaması artış oranının üzerine çıkmıştır. 2012 yılından itibaren kamu sağlık harcamaları SGK üzerinden finanse edilmeye başlamış, böylece SGK sağlık piyasasında üçüncü taraf, diğer bir deyişle ödeyici konumuna gelmiştir.

---

<sup>259</sup> Erol ve Özdemir, s.12.

<sup>260</sup> Onur Hamzaoğlu, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Kaynağı ve Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Bütçe Sunumu", **Toplum ve Hekim**, Cilt 28, Sayı 6, (Kasım-Aralık 2013), s.464.

## 4. BÖLÜM AMPİRİK UYGULAMA

### 4.1.Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamalarının, Sosyal Güvenlik Kurumları Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaları ve GSYİH ile ilişkisin incelendiğinden, kullanılan veri seti bu ilişkinin açıklanmasına yönelik oluşturulmuştur. Bu nedenle VAR modeli kullanılmıştır. Bu model uzun dönemli ilişkilerin açıklanmasında eş-anlı modellemeye alternatif olarak kullanılmaktadır. Bu modelde, yer alan değişkenlerin birbirini etkilediği düşünüldüğü için regresyon modellerinde olduğu gibi bir bağımlı ve bağımsız değişkenler yoktur. Tüm değişkenler içsel olarak kabul edilmektedir.

### 4.2.Literatür Çalışması

Sağlık harcamalarıyla ilgili olarak çeşitli ampirik çalışmalar mevcuttur. Bu bölümde bu çalışmaların sonuç kısımları aşağıda özet olarak yer almaktadır.

Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH ilişkisi nispi fiyatlarla ele alınmış olup sonuç itibariyle kısa dönemde sağlık harcamaları nispi fiyatı ve GSYİH arasında bir ilişki bulunamamışken uzun dönemde değişkenler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.<sup>261</sup>

Sağlık kurumları, sağlık personeli, yatak sayısı, doğumdan beklenen yaşam süresi gibi verilerin kullanıldığı nedensellik testinde söz konusu göstergeler ile reel GSYİH arasında çift yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu anlaşılmıştır.<sup>262</sup>

Panel veri analizi ile yapılan araştırmada 2001-2011 yılları arasında 27 AB ülkesi ve Türkiye’de eğitim sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediği, verimliliğe katkıda bulunduğu ortaya konulmuştur.<sup>263</sup>

---

<sup>261</sup> Sevdâ Akar, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, Cilt:21, Sayı:1, s.320-321.

<sup>262</sup> Sami Taban, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, **Sosyo Ekonomi Dergisi**, Cilt:4 Sayı:4, 2006, s.43.

Türkiye ekonomisinde 1980-2008 dönemi aralığında kamu harcamaları ve büyüme üzerinde yapılan eşbütünleşme ve nedensellik testinde; kamu harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisinin olduğu, uzun dönemde kamu harcamalarındaki artışın Gayri safi milli hasılayı arttırdığı sonucu ortaya konulmuştur.<sup>264</sup>

Türkiye için 2006 yılının ilk çeyreği ve 2012 yılının üçüncü çeyreği arasında GSYİH ve sağlık harcamaları verileri kullanılarak yapılan analiz sonucunda sağlık harcamaları ile GSYİH arasında uzun dönemli eşbütünleşme ilişkisinin varlığı tespit edilmiş olup, sağlık harcamalarının uzun dönemde GSYİH'yı arttırdığı anlaşılmıştır.<sup>265</sup>

2006 yılının ilk çeyreği ve 2016 yılının ikinci çeyreği zaman dönemi içinde Türkiye'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında Johansen Eşbütünleşme Analizi, Hata Düzeltme Modeli, Granger Nedensellik Testi ile VAR modeline dayalı Etki-Tepki Fonksiyonları ve Varyans Ayrıştırma yöntemleri kullanılarak yapılan analizde; GSYİH ve sağlık harcamaları arasında uzun dönemli ilişki ve karşılıklı etkileşim olduğu ortaya konuşmuştur.<sup>266</sup>

Sağlık harcamaları, GSYİH doğumdan beklenen yaşam süresi serileri arasında nedensellik ilişkisi üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre; veriler arasında kısa dönemde herhangi bir ilişkinin olmadığı, ancak uzun dönemde sağlık harcamaları ile GSYİH arasında ilişkinin varlığı bulunmuştur.<sup>267</sup>

1926-1994 yılları arasındaki beşeri sermaye ve ekonomik büyüme verileri kullanılarak yapılan nedensellik analizinde, sağlık ve eğitim harcamalarının gelir içindeki payı kullanılmış, değişkenler arasındaki uzun

---

<sup>263</sup> Sibel Selim, Doğan Uysal ve Pınar Eryiğit, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi", **Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:7, Sayı 3, 2014, s.20-21

<sup>264</sup> Osman Cenk Kaça, "Kamu Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi 1980-2008 (Ampirik Bir Çalışma)", **Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt 25, S 1, 2011, s.90.

<sup>265</sup> Muhammet Tıraşoğlu ve Burcu Yıldırım, "Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", **Electronic Journal of Vocational Colleges**, Kasım/Aralık 2012, s.116

<sup>266</sup> Adil Akıncı ve Güner Tuncer, "Türkiye'de Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki", **Sayıştay Dergisi**, Sayı 102, Temmuz-Eylül 2016, s.58-59.

<sup>267</sup> Rengin Ak, "The Relationship between Health Expenditures and Economic Growth: Turkish Case", **International Journal Business Management Economic Research**, Volume 3, Number 1, 2012, p.408.

dönemli ilişki eşbütünleşme analizi ile ortaya konulup, değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisinin beşeri sermayeye duyarlı olduğu ortaya konulmuştur.<sup>268</sup>

1975-2001 dönemine ilişkin 21 OECD ülkesinde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki uzun dönemli ilişkinin analiz edildiği çalışmada, sağlık ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli ilişkinin varlığı tespit edilmiştir.<sup>269</sup>

15 OECD ülkesinde ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki uzun dönemli ilişkinin varlığı incelenmiş olup, yapılan araştırma sonuçlarında ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları arasında pozitif ve istatistiki olarak anlamlı sonuçların olduğu bir ilişki tespit edilmiştir.<sup>270</sup>

#### 4.3. Veri Seti

Çalışmada ekonometrik model olarak VAR modeli kullanılmıştır. Bu model vasıtası ile Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamaları, Sosyal Güvenlik Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaları ve GSYİH arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenler zaman serileridir. Seriler 1989-2018 yılları arasında kapsamaktadır. Bu çerçevede serilerin ilk olarak durağanlıkları kırılmalı Augmented Dickey-Fuller testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan tüm analizlerde Eviews 10 paket programı kullanılmıştır.

Çalışmada Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve Sosyal Güvenlik Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaları SGK istatistik Bültenlerinden, GSYİH TÜİK verilerinden elde edilmiş, nominal rakamlar GSYİH Deflatörü kullanılarak reele dönüştürülmüştür. İlgili veriler logaritmaları alınmıştır.

---

<sup>268</sup> Muhsin Kar ve Hüseyin Ağır, “Türkiye’de Beşeri Sermaye Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Eşbütünleşme Yaklaşımı İle Nedensellik Testi, 1926-1994”, **SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Cilt 6, Sayı 11, s.64

<sup>269</sup> Christian Dreger ve Hans-Eggert Reimers, “Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root and Cointegration Analysis”, **Iza Discussion Paper**, No:1469, January 2005.

<sup>270</sup> Koyin Chang ve Yung-Hsiang Ying, Economic Growth, “Human Capital Investment, And Health Expenditure: A Study Of Oecd Countries”, **Hitotsubashi Journal of Economics**, 47(1), s.13-14

Analizde Kullanılan değişkenlerin kısaltmaları ve veri kaynakları Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11: Değişkenlerin Kaynakları**

<b>Değişkenler</b>	<b>Açıklama</b>	<b>Kaynak</b>
DLGDP	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla	TÜİK
LED	Sosyal Güvenlik Kurumları Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaları	SGK İstatistik Bültenleri, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur İstatistik Bültenleri
LSH	Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamaları	SGK İstatistik Bültenleri, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur İstatistik Bültenleri

#### 4.3. Modelleme Aşaması

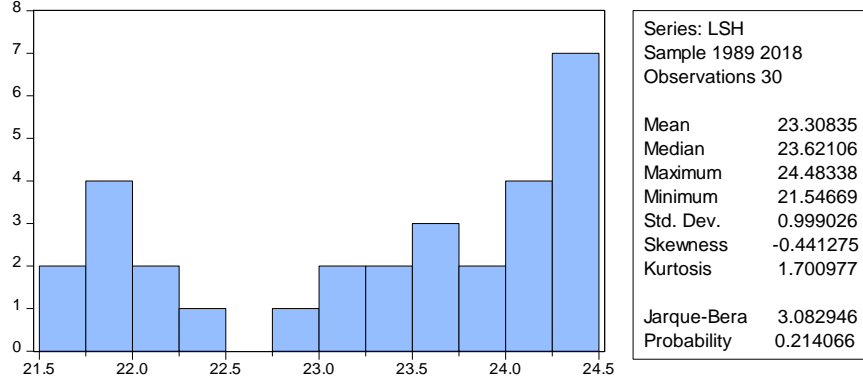
VAR Modeli ile Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamaları, Sosyal Güvenlik Toplam Gelirleri ve GSYİH arasındaki ilişki inceleneceğinden, VAR Modeline geçmeden önce ilk olarak modelde yer alacak tüm değişkenlerin belirli özellikleri istatistiksel analizle incelenmiştir.

**Tablo 12: Basit İstatistiksel Analiz Sonuçları**

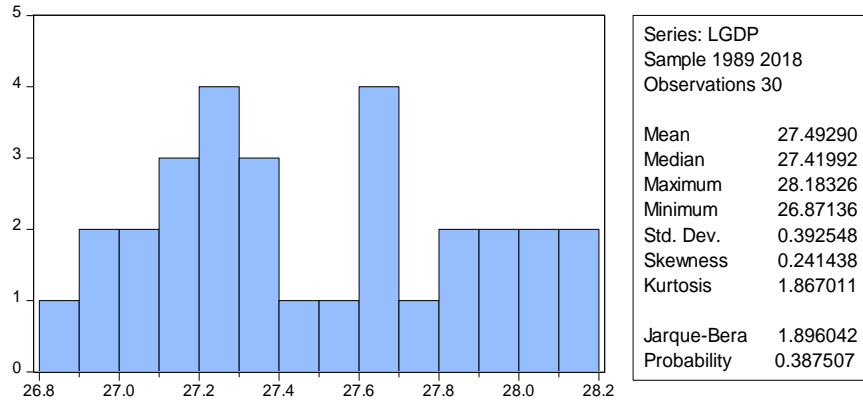
<b>Değişkenler</b>	<b>LGDP</b>	<b>LED</b>	<b>LSH</b>
Ortama	27,49290	24,53200	23,30835
Medyan	27,41992	24,69023	23,62106
Maksimum	28,18326	25,64861	24,48338
Minimum	26,87136	22,95270	21,54669
St. Sapma	0,392548	0,799766	0,999026
Çarpıklık	0,241438	-0,352896	-0,441275
Basıklık	1,867011	1,867972	1,700977
Jarque-Berra Testi	1,896042	2,224537	3,082946
JB olasılığı (pdeğeri)	0,387507	0,328812	0,214066

Değişkenlere Ait Histogramlar Şekil 1, Şekil 2 ve Şekil 3’de gösterilmiştir. Bu histogramlar ham veri olarak adlandırılabilmekte ve değişkenlerin logaritmik dönüşümden sonraki duruma ilişkin göstergelerdir.

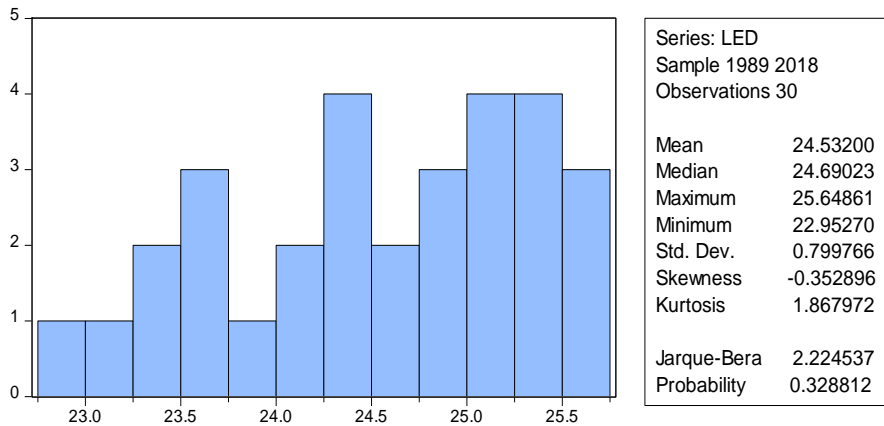
**Şekil 1: Logaritması Alınmış Sağlık Harcamaları**



**Şekil 2: Logaritması Alınmış Gayri Safi Yurt İçi Hasıla**



**Şekil 3: Logaritması Alınmış SGK Emekli Aylığı ve Diğer Ödemeler**



#### 4.4.Kırılmalı ADF (Durağanlık) Testi Sonuçları

Bu çalışmada yapılan analizlerde logaritmaları alınmış GSYİH, Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamaları ve Sosyal Güvenlik Kurumları Toplam Gelirleri olmak üzere üç değişken kullanılmıştır. Bu verilerin hepsi yıllık veriler olduğu için değişkenlerin hepsine ait durağanlık bilgilerine ihtiyaç duyulmuştur. Kırılmalı ADF birim testleri uygulanmıştır. ADF testi sonuçları, ADF kritik değeri ve durağanlık testi sonuçları Tablo 13, Tablo 14 ve Tablo15’de gösterilmiştir.

**Tablo 13: LGDP Durağanlık Sınaması**

		LGDP
Trendli kesmeli	BİRİM KÖK TESTİ	ADF
	TEST İSTATİSTİĞİ	-5,113929
	%1 İçin Kritik Değer	-5,719131
	%5 İçin Kritik Değer	-5,17571
	%10 İçin Kritik Değer	-4,89395
	Sonuç	Durağan Değil
	1. Fark Alınmış	TEST İSTATİSTİĞİ
%1 İçin Kritik Değer		-4,949133
%5 İçin Kritik Değer		-4,443649
%10 İçin Kritik Değer		-4,193627
Sonuç		Durağan

**Tablo 14: LED Durağanlık Sınaması,**

		LED
Kesmeli	BİRİM KÖK TESTİ	ADF
	TEST İSTATİSTİĞİ	-5,275889
	%1 İçin Kritik Değer	-4,949133
	%5 İçin Kritik Değer	-4,443649
	%10 İçin Kritik Değer	-4,193627
	Sonuç	Durağan

**Tablo 15: LSH Durağanlık Sınaması**

		LSH
Kesmeli	BİRİM KÖK TESTİ	ADF
	TEST İSTATİSTİĞİ	-7,72689
	%1 İçin Kritik Değer	-4,94913
	%5 İçin Kritik Değer	-4,44365
	%10 İçin Kritik Değer	-4,19363
	Sonuç	Durağan

İncelemesi yapılan verilerde kırılmalar olduğu için kırılmalı birim kök testi yapılmıştır. Tablo 13’de LGDP verisi yapılan testte durağan olmadığı ortaya çıkmaktadır. Serinin 1. Farkı alındığı zaman ise durağan hale gelmektedir. Tablo 14’de LED verisinin yapılan testte durağan olduğu görülmektedir. Tablo15’de LSH serisi yapılan testte durağan hale gelmektedir.

#### **4.5.VAR Modeli**

VAR Modeli uygulamalı ekonometri, makroekonomi ve finans konularında yapılan araştırmalarda sürekli kullanılan bir yöntemdir. Modelde modele katılan bütün değişkenlerin kendi ve diğer değişkenlerin gecikmeli değerleri üzerine tanımladığı basit çok boyutlu bir zaman serisi öngörmektedir. Esas olarak bir öngörü modeli olmasına karşın yapısal analizlerin yapılmasına da fırsat tanımaktadır. Var modelinin zaman serisi öngörü modeli olarak yorumu standart veya geleneksel VAR modeli olarak adlandırılırken yapısal yorumu VAR olarak bilinmektedir.<sup>271</sup>

VAR modeli uygulanmadan önce verilerin gecikme uzunluğunun belirlenmesi gerekmektedir. Tablo 16’da gecikme uzunluğu görünmektedir. Tablo16’ya göre en uygun gecikme uzunluğu verilerin yanlarında “ \* ” işareti en fazla olduğu için 2 olarak belirlenmiştir.

<sup>271</sup> Recep Tarı, **Ekonometri**, 13. Baskı, Kocaeli:Umuttepe Yayınları, 2018, s.451-452.

**Tablo 16: Gecikme Uzunluğunun Belirlenmesi**

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	35,370780	NA	1.51e-05	-2,589663	-2,443398	-2,549095
1	107,620900	121,380200	9.64e-08	-7,649673	-7,064613*	-7,487402
2	120,192600	18,10318*	7.52e-08*	-7,935405*	-6,911549	-7,651431*
3	128,711000	10,222100	8.60e-08	-7,896879	-6,434228	-7,491202
4	134,280300	5,346582	1.38e-07	-7,622427	-5,720981	-7,095047

VAR modeli birbiriyle etkileşim içinde olan değişkenlerin uzun dönemli etkileşimlerini ortaya koymak için yapılmaktadır. Özellikle makroekonomik modellerde kullanılabilen ve tercih edilen bir modeldir. Değişkenler arasında genellikle dinamik bir ilişki söz konusudur. Bu nedenle karşılıklı etkileşimin olduğu zaman serilerini içeren denklemler VAR kullanılmaktadır.

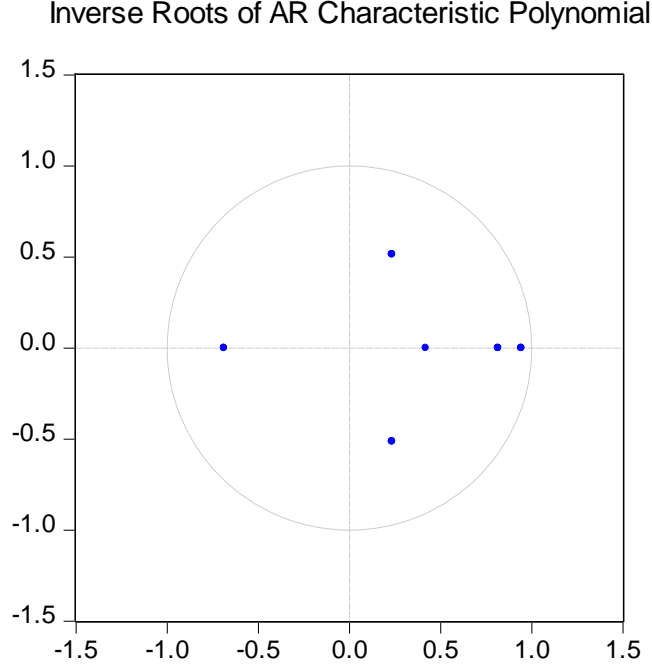
**Tablo 17: VAR Modeli**

	DLGDP	LED	LSH
DLGDP(-1)	-0,261233 (0,2129) [-1,22684]	0,120496 (0,40807) [ 0,29528]	-0,24902 (0,34043) [-0,73148]
DLGDP(-2)	-0,004078 (0,20339) [-0,02005]	-0,244265 (0,38979) [-0,62666]	0,285326 (0,32518) [ 0,87743]
LED(-1)	0,217459 (0,13762) [ 1,58011]	0,901356 (0,26375) [ 3,41751]	0,276234 (0,22003) [ 1,25543]
LED(-2)	-0,350461 (0,12331) [-2,84209]	-0,210323 (0,23632) [-0,89000]	-0,262475 (0,19715) [-1,33135]
LSH(-1)	-0,163581 (0,12996) [-1,25866]	0,293806 (0,24907) [ 1,17962]	1,322135 (0,20779) [ 6,36293]
LSH(-2)	0,272665 (0,12896) [ 2,11426]	-0,067985 (0,24715) [-0,27507]	-0,355348 (0,20619) [-1,72341]
C	0,774441 (0,81562) [ 0,94951]	2,381777 (156,308) [ 1,52377]	0,47591 (1,30401) [ 0,36496]
R2	0,330486	0,989255	0,995358
Düzeltilmiş R2	0,129632	0,986032	0,993965

Tahmin edilen VAR modeline ilişkin sonuçlara bakıldığında, Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamalarını üzerinde etkisi olan faktörler incelendiğinde, ilk sırada Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın bağımlı değişken olduğu, ikinci sırada Sosyal Güvenlik Kurumları Emekli Aylığı ve Diğer Ödemelerin bağımlı değişken olduğu ve üçüncü sırada sağlık harcamalarının bağımlı değişken olduğu denklem yazılmıştır. Bu denklemlere göre GSYİH, SGK emekli aylıkları ve diğer harcamalar ve SGK sağlık harcamaları arasında ilişki bulunduğu görülmektedir. GSYİH 2 dönem gecikmesinde SGK sağlık harcamaları arasında pozitif ilişki olduğu ve GSYİH'nın artmasıyla SGK sağlık harcamalarının arttığı anlaşılmaktadır. Bununla birlikte SGK sağlık harcamalarının 2 dönem gecikmesinde GSYİH arasında pozitif ilişki olduğu SGK sağlık harcamalarının GSYİH'yi arttırdığı görülmektedir. İki dönem önceki bir birimlik GSYİH'da artış, SGK sağlık harcamalarını 0,285326 bir artışa neden olmaktadır. 2 dönem önceki SGK sağlık harcamaları GSYİH üzerinde 0,272665 artışa yol açmaktadır.

Modelin tahmin edilmesinden sonra modeldeki hata terimleri için bazı testler yapılması ve oluşturulan model için varsayımlardan sapmaların test edilmesi gerekmektedir. Bunun için katsayı matrislerinin özdeğerlerine ilişkin olarak grafik çizilmiştir. Bu özdeğerlerin hepsinin çemberin içinde yer alması durumunda model parametreleri kararlı olmaktadır. Özdeğerlerin birinin ya da birkaçının birim çemberin dışında yer alması durumunda ise model parametreleri kararlı değildir. Şekil 4'te kararlılık grafiği gösterilmektedir. Şekilden de görüleceği üzere tüm değişkenlerin hepsi birim çemberin içerisinde yer almakta ve bu durum kararlı olduğunu göstermektedir.

#### Şekil 4: Var Modeli Kararlılık Grafiği



VAR modelinde hata terimlerini test etmek için White değişen varyans testi ve otokorelasyon LM testi yapılmıştır. Tablo 18’de otokorelasyon LM testi sonuçları yer almaktadır. Tahmin edilen VAR modelindeki hata terimlerinin birbiriyle ilişkilerinin olup olmadığı testinin yapıldığı LM testi ile hata terimleri arasında otokorelasyon olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen tüm olasılık değerlerinde  $P > 0,05$ ’den büyük olması nedeniyle hata terimleri arasında otokorelasyon yoktur şeklindeki olan  $H_0$  hipotezi reddedilememektedir.

**Tablo 18: Hata Terimleri Otokorelasyon LM Testi Sonuçları**

Gecikme Sayısı	LM İstatistiği	Olasılık
1	11,494550	0,243300
2	6,053811	0,734500
3	4,515998	0,874300
4	4,166461	0,900100
5	5,036370	0,831100
6	3,251823	0,953500
7	6,029488	0,737000
8	1,583537	0,070400

Tablo 19’da hata terimlerinin varyansının sabit olup olmadığının test edildiği White değişen varyans testine ilişkin sonuçlar ortaya konmaktadır. Ki karenin olasılığına bakıldığında  $0,0872 > 0,05$ ’ ten büyüktür. Dolayısıyla  $H_0$  Hipotezi reddedilememektedir. Modelde değişen varyans sorunu yoktur. Hata terimlerinin varyansının tüm gözlemler içinde aynı olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 19: Hata Terimlerinin White Değişen Varyans Testi**

Ki Kare	df	Olasılık
81,88825	72	0,1993

VAR analiziyle değişkenlere ilişkin hata terimlerinin normal dağıldığını ifade eden  $H_0$  hipotezinin Jarque-Bera testi ile testinde, karar kuralı Jarque-Bera istatistiğine karşılık gelen p olasılık değerleri  $\alpha$  anlamlılık seviyesinden büyük olursa  $H_0$  hipotezi reddedilemez şeklindedir. Tablo 20’de Joint olasılık değerinin  $0,05$ ’ten büyük olması hata terimlerinin normal dağıldığını göstermektedir.

**Tablo 20: VAR Hata Terimleri Normallik Testi**

Component	Jarque-Bera	df	Prob
1	2,07495	2	0,3543
2	0,29900	2	0,8611
3	0,92058	2	0,6311
<b>Joint</b>	<b>3,29453</b>	<b>6</b>	<b>0,7711</b>

#### 4.6. Granger Nedensellik Analizi

VAR modeli ile belirlenen Granger Nedensellik analizi sonuçları Tablo 21’de verildiği gibidir.

**Tablo 21: Granger Nedensellik Analizi Sonuçları**

Nedensellik	Gecikme Sayısı	F değeri	Olasılık
DLGDP→LED	2	8,148937	0,017*
DLGDP→LSH	2	4,856228	0,0882**
LED→DLGDP	2	0,620896	0,7331
LED→LSH	2	2,449458	0,2938
LSH→DLGDP	2	1,767057	0,4133
LSH→LED	2	2,061501	0,3567

\* %5 anlamlılık seviyesinde anlamlıdır.

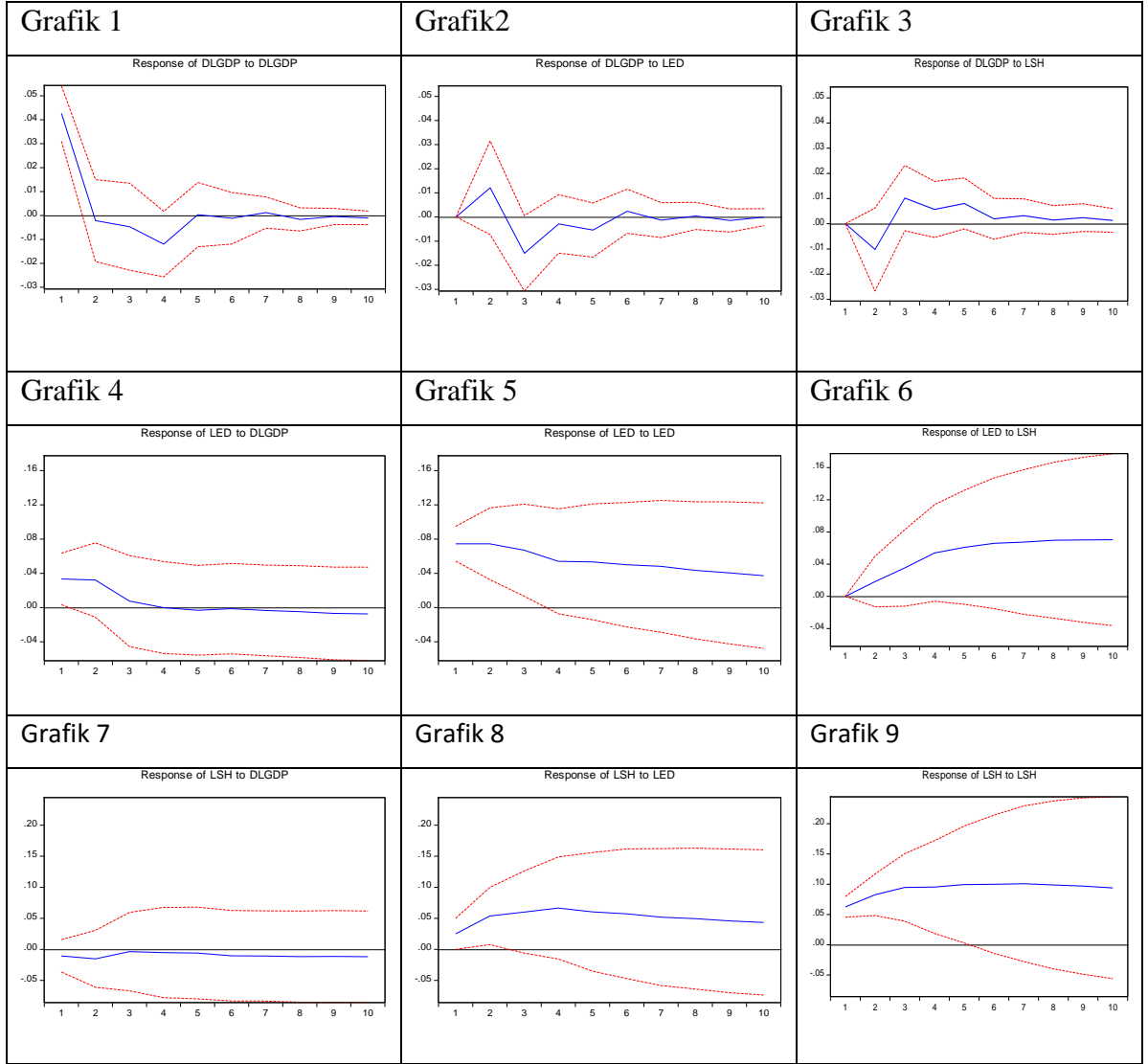
\*\*%10 anlamlılık seviyesinde anlamlıdır.

Granger nedensellik testi değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi kurulmak için uygulanmıştır. Granger nedensellik testi iki değişken arasında varlığından şüphe edilen nedensellik ilişkisinin anlamlı olup olmadığını ortaya koymaktadır. Tablo21’de GSYİH’den Toplam Emekli Aylığı ve Diğer Harcamalara yönelik %5 anlamlılık düzeyinde bir nedensellik, Sağlık harcamalarına yönelik %10 anlamlılık düzeyinde bir nedensellik bulunmuştur. Emekli Aylığı ve Diğer Harcamalardan GSYİH’ya ve Sağlık harcamalarına yönelik ve Sağlık harcamalarından GSYİH’ya ve Emekli aylığı ve diğer ödemelere yönelik bir nedensellik bulunamamıştır.

#### **4.7. Etki Tepki Analizi Sonuçları**

DLGDP, DPG, LSH arasında oluşan etki tepki analizi Tablo 22’de incelenmiştir. Buna göre :

**Tablo 22: Standart Hatalık Şoka Değişkenlerin Tepkisi**



Birinci Grafikte DLGDP'nin DLGDP'ye olan ani bir şokta göstermiş olduğu tepki birinci dönemde pozitif olmakla birlikte azalan bir tepki göstermekte ikinci dönemde negatif hale gelmekte ve beşinci dönemden sonra etkisini kaybetmektedir. İkinci grafikte LED'nin bir birimlik bir şokta DLGDP'ye birinci dönemde pozitif artan ikinci dönemden itibaren pozitif azalan, 3. Dönemde negatif, 3. Dönemden sonra negatif pozitif dalgalı ve etkisi azalmaktadır. Üçüncü

grafikte LSH'ın bir birim şokta DLGDP'yi birinci ve ikinci dönemde negatif, üçüncü dönemden sonra pozitif dalgali etki göstermektedir.

Dördüncü grafikte DLGDP'nin LED'e etkisinde DLGDP'de oluşan bir birimlik şokta LED'in ilk dört dönemde azalan yönde pozitif olduğu, dördüncü dönemden sonra etkisini kaybettiği yedinci dönemden sonra negatif olduğu görülmektedir. Beşinci Grafikte LED'de oluşan bir birim şokta kendisinde azalan yönde pozitif olduğu görülmektedir. Altıncı Grafikte LSH'da oluşan bir birimlik bir şokun LED'de pozitif yönde artan bir tepki bıraktığı anlaşılmaktadır.

Yedinci Grafikte DLGDP'de oluşan bir birimlik bir şokun LSH'da ilk iki dönemde azalan yönde negatif bir etki bıraktığı, üçüncü dönemde etkinin kaybolduğu, sonraki dönemlerde negatif yönde durağan olduğu; Sekizinci Grafikte LED'de oluşan bir birimlik bir şokta ilk üç dönemde pozitif yönde artış olduğu sonraki dönemlerde pozitif durumda kaldığı, Dokuzuncu Grafikte LSH'de oluşan bir birimlik bir şokta kendisinde pozitif yönde bir tepki bıraktığı görülmektedir.

#### **4.8.Varyans Ayrıştırması Sonuçları**

Varyans ayrıştırmada bir değişkendeki değişimin yüzdelik olarak kaçını kendi, kaçını diğer değişkenlerden kaynaklandığı araştırılır. Şayet varyanstaki değişimin %100'e yakın bir değerini kendi başına açıklıyorsa dışsal değişken olarak nitelendirilir. Varyans ayrıştırması VAR'da hedeflenen ikinci fonksiyondur. İncelenen değişkenlerin her birinin varyansında meydana gelen değişimin yüzde kaçının kendi gecikmeleriyle yüzde kaçının ise diğer değişkenlerce açıklandığını araştırır.<sup>272</sup>

Tablo 23, Tablo 24, Tablo 25'de Gayrisafi Yurtiçi Hasıla, Sosyal Güvenlik Emekli Aylığı ve Diğer Harcamalar ve Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Varyans analizi gösterilmiştir.

---

<sup>272</sup> Tari, s.469.

**Tablo 23: Varyans Ayrıştırması DLGDP**

Periyot	DLGDP	LED	LSH
1	100,00000	0,00000	0,00000
2	87,87691	7,07914	5,04395
3	76,03360	15,37264	8,59376
4	76,17273	14,60278	9,22449
5	73,51779	15,18972	11,29248
6	73,27506	15,33863	11,38631
7	72,96461	15,32797	11,70742
8	72,92847	15,30546	11,76607
9	72,71700	15,33763	11,94537
10	72,68251	15,32249	11,99500
Ortalama	77,81687	12,88765	9,29548

DLGDP serisinde 1. Dönemde varyansındaki değişimin yüzde yüzünü kendisi tarafından açıklanmaktadır. 10. Döneme gelindiğinde ise değişirliğin yüzde 72'si kendisi tarafından, yüzde 15'iu LED tarafından, yüzde 11'i LSH tarafından açıklanmaktadır. GSYİH'nın dönemlik genel ortalamalara göre kendisi üzerindeki etkisi yüzde 77, LED'in GSYİH üzerindeki etkisi yüzde 12, SGK sağlık harcamalarının GSYİH üzerindeki etkisi yüzde 9' dur.

**Tablo 24: Varyans Ayrıştırması LED**

Periyot	DLGDP	LED	LSH
1	16,75225	83,24775	0,00000
2	15,83335	81,68696	2,47970
3	11,39194	80,42789	8,18016
4	8,76256	73,41682	17,8206
5	6,98482	67,20002	25,8152
6	5,75227	61,76375	32,4840
7	4,90780	57,52246	37,5698

8	4,31618	53,69463	41,9892
9	3,91075	50,44761	45,6416
10	3,61107	47,63324	48,7557
Ortalama	8,22230	65,70411	26,0735

LED serisinde 1. Dönemde varyansındaki değişimin yüzde 83,'ü kendisi tarafından yüzde 16'sı DLGDP tarafından açıklanmaktadır. LED'in dönemlik kendisi üzerindeki etkisi yüzde 65, SGK sağlık harcamalarının yüzde 26, GSYİH'nın yüzde 8 etkilediği görülmektedir.

**Tablo 25: Varyans Ayrıştırması LSH**

Periyot	DLGDP	LED	LSH
1	2,38313	13,4894	84,12751
2	2,36065	24,0457	73,59367
3	1,31672	26,1948	72,48850
4	0,94596	28,3574	70,69667
5	0,77479	27,9765	71,24868
6	0,78131	27,2911	71,92764
7	0,79901	26,2417	72,95926
8	0,84132	25,3868	73,77185
9	0,87169	24,5741	74,55418
10	0,91190	23,8886	75,19953
Ortalama	1,19865	24,7446	74,05675

LSH serisinde 1. Dönemde varyansındaki değişimin yüzde 84'ü kendisi tarafından, yüzde 13,58'ü LED, yüzde 2,3'ü DLGDP tarafından açıklanmaktadır. Dönem ortalamasına bakıldığında LSH'nın kendisi üzerindeki etkisi yüzde 74 olurken SGK emekli aylığı ve diğer harcamalarının etkisi yüzde 24 GSYİH'nın etkisi yüzde 1,1'dir.

#### 4.9. Ampirik Analizin Sonucu

SGK sisteminin en önemli harcama kalemleri olan sağlık harcamaları ve emekli aylığı ve diğer harcamalar GSYİH içinde önemli bir paya sahiptir. Bu pay içindeki ilişkiyi daha iyi anlaşılması için ekonometrik VAR modeline başvurulmuştur. SGK sağlık harcamalarının ve SGK Emekli Aylığı ve Diğer Harcamaların GSYİH üzerindeki etkilerini test etmek amacıyla yapılmış olan ve 1989-2018 yıllarını kapsayan ekonometrik çalışmadan elde edilen bulgular şu şekilde özetlenebilir:

Yapılan VAR analizi çalışmasıyla SGK sağlık harcamaları ve GSYİH arasında pozitif yönü bir ilişki vardır. Buna göre SGK'nın sağlık harcamalarının artması neticesinde GSYİH olumlu etkilenmekte ve artmaktadır. Bununla birlikte Granger nedensellik testi ile GSYİH'dan SGK Sağlık harcamalarına ve SGK'nın Emekli aylığı ve diğer harcamaları yönüne doğru tek yönlü pozitif ilişki bulunmuştur. Yapılan varyans ayrıştırması sonuçları da bu durumu destekler niteliktedir. Nitekim varyans ayrıştırması sonucunda GSYİH'yı SGK sağlık harcamaları ve SGK Emekli aylığı ve diğer harcamaları etkilediği görülmektedir. Bununla birlikte GSYİH'nın da SGK'nın sağlık harcamalarını ve Emekli aylığı diğer ödemelerini de etkilediği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Yapılan etki tepki analizi sonucunda GSYİH içinde oluşan bir birimlik ani şokta SGK sağlık harcamaları ve SGK emekli aylığı ödemeleri tepki vermekte ve negatif yönde etkilenmektedir. Buna karşılık SGK'nın sağlık harcamalarında bir birimlik ani şok meydana gelmesi GSYİH'yı önce negatif yönde etkilemekte ilerleyen süreçte pozitif yönde etkilemektedir. Bu durum VAR analizi ile yapılan sonucu destekler niteliktedir. VAR analizinde SGK sağlık harcamalarının 2. Gecikmesinde GSYİH ile ilişkisinin pozitif olduğu görülmektedir. SGK sağlık harcamalarının 2. Gecikmesinde GSYİH ile pozitif ilişkiye gelmektedir. Bu da sağlık harcamaları arttığında, 2. Gecikmede GSYİH'yı arttırdığı anlamına gelmektedir. Etki tepki analizinde de sağlık harcamalarında meydana gelen şok 2. Dönemden itibaren artış eğiliminde olup 3. Döneme gelmeden pozitif olmaktadır.

Netice itibariyle elde edilen bulgularda 1989-2018 yılları arasında ekonomik büyüme, SGK sağlık harcamaları ve SGK emekli aylığı ve diğer

ödemeler arasında uzun dönemli ilişki bulunmuş olup, GSYİH'dan SGK sağlık harcamalarına ve emekli aylığı ve diğer harcamalarına yönelik tek yönlü nedensellik bulunmuştur. SGK'nın sağlık harcamalarının artışı GSYİH artışlarının dikkat çeken bir parçası olmaya başlamıştır. GSYİH'nın artmasıyla SGK'nın sağlık harcama yük limitlerini üzerinde etki oluşturmuştur.

## 5.SONUÇ

Sosyal Güvenlik bütçe açıkları, nüfusun kayıt dışı olarak çalışması, nüfusun tamamını kapsayan sağlık sigortasının olmaması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfus, Türkiye'deki Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminin önemli sorunları olmuştur. Nitekim 2000'li yıllarda IMF ile yapılan Stand-by anlaşmalarında bile Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu gündeme gelmiş, bu sorunların olası çözümleri yapılan kredi anlaşmalarının ön koşulu olmuştur. Bu anlaşmalara sunulan Niyet Mektuplarına göre 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Reformu ile Sosyal Güvenlik Sisteminde reform arayışına gidilmiş, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının kurulması amaçlanmıştır. 2006 yılında Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur lağvedilerek yerine SGK kurulmuş ve ardından Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilerek GSS oluşturulmuştur. GSS'nin oluşturulmasıyla Türkiye nüfusunun tamamı hemen GSS'li olmamış, kademeli geçişe tabi olmuş, bu geçiş süreci nihayetinde 2012 yılında tamamlanmıştır. Bundan dolayı SGK'nın toplam sağlık harcamaları gerek reel olarak gerekse GSYİH'ya oranla artmıştır.

SDP ile Türkiye'nin doktor, hemşire, diğer sağlık personeli, kamu hastanesi, özel hastane sayıları artmış, doğumdan beklenen yaşam süresi iyileşmiştir. Özellikle GSS reformundan sonra söz konusu artışlar ve iyileşme daha belirgin hale gelmiştir. GSS'nin oluşturulması, sosyal güvenlik sağlık harcamalarının tek bir bütçe üzerinden yapılması ve sigortalı kapsamının artması ile sağlık hizmetlerine erişim de kolaylaşmıştır.

Sosyal Güvenlik Sisteminin gelir gider dengesinde 1989-2018 yılları arasında önemli değişiklikler yaşanmıştır. Sistem ilk bütçe açığını 1992 yılında vermiş ve bütçe bu tarihten sonra hiç denk veya fazla olmamıştır. Bütçe açıklarının temeli sistemin yaptığı harcamalardan oluşmaktadır. Sistemin yaptığı emekli aylığı ödemeleri, sağlık harcamaları ve diğer harcamalar sistemin en önemli gider kalemleri olup reel anlamda sürekli artış halindedir. Bununla birlikte sosyal güvenlik suistimallerinin ve yolsuzluklarının artması ile sosyal güvenlik

ahlakının bozulması sosyal güvenlik gelirlerini azaltmaktadır. Gelirlerin azaldığı giderlerin arttığı bir ortamda sosyal güvenlik bütçesi devamlı açık vermektedir.

Sosyal Güvenlik Sisteminin açıkları merkezi bütçeden yapılan transferler ile kapatılmaktadır. SGK reformu ile sosyal güvenlik bütçe açıkları azaltılmış lakin bütçeye yapılan transfer tutarı sürekli artmıştır. Transfer tutarının sürekli artması merkezi bütçeye yük getirmekte bu durum ise vatandaşlar için daha fazla vergi yüküne sebep olmakta, açıkların borçlanma ile karşılanması durumu ise piyasalarda dışlama etkisi yaratarak ekonomiyi olumsuz etkilemektedir.

GSS reformuyla birlikte SGK'nın yaptığı sağlık harcamaları sağlık ekonomisi içinde önemli noktalara gelmiştir. Nitekim GSS öncesi dönemde Türkiye sağlık ekonomisinin yüzde 35-40'ı Sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanırken, bu oran GSS reformu ile yüzde 50'yi aşmıştır. Böylece SGK Türkiye sağlık ekonomisinde sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan önemli bir aktör pozisyonuna gelmiştir.

Çalışmanın ampirik uygulama kısmında 1989-2018 yılları arasında gerçekleşen SGK sağlık harcamaları, emekli aylığı ve diğer harcamalar ile GSYİH arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan araştırmada ekonometrik VAR modeline başvurulmuş, ardından Granger nedensellik testi, etki tepki analizi ve varyans ayrıştırması yapılmıştır. VAR analizinde uzun dönemde SGK sağlık harcamalarının ikinci gecikmesinde GSYİH'yı pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Granger nedensellik analizinde GSYİH'dan SGK sağlık harcamaları ile emekli aylığı ve diğer harcamalara doğru nedensellik ilişkisinin varlığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte Etki-tepki analizine göre sağlık harcamalarında meydana gelen şok ikinci dönemden itibaren artış eğiliminde olmakta, üçüncü döneme gelmeden pozitif olmaktadır. Bu durum VAR analizi ile yapılan sonucu destekler niteliktedir. Yapılan varyans ayrıştırması sonuçları da bu durumu desteklemektedir. Sonuç itibarıyla elde edilen bulgular ile SGK sağlık harcamaları ve GSYİH arasında uzun dönemli pozitif yönde ilişki bulunduğu tespit edilmiş, bu durum literatür taramasında yapılan sonuçlarla benzer yönde olmuştur. SGK'nın

sağlık harcamalarının artması GSYİH artışlarının dikkat çeken bir parçası olmuş, GSYİH artışları SGK sağlık harcamaları üzerinde etkili olmaktadır.

Sonuç olarak bütün çalışmanın ışığında SGK'nın sağlık harcamaları bakımından ekonominin aktörü olduğu, Sosyal Güvenlik Kurumları sağlık harcamaları SDP ve GSS reformu ile birlikte reel olarak arttığı, GSYİH ile SGK sağlık harcamaları arasında ilişki olduğu hipotezlerinin doğruluğu kabul edilmektedir. Buradan SGK sağlık harcamalarının Türkiye ekonomisi içinde önemli bir paya sahip olacağı anlaşılmaktadır. Buna karşın sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlarla birlikte SGK bütçe açıkların kapanmaması ve söz konusu açıkların merkezi yönetimden yapılan transfer harcamaları ile kapatılması; Türkiye ekonomisi için önemli olan bir sistemin sürdürülebilirliğini zora sokma ihtimalini ortaya koymaktadır. Sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak için devletin sosyal sigorta suiistimleri, sağlık suiistimleri ve usulsüzlükleri ile mücadele ederek yolsuzlukları en aza indirmesi, sosyal güvenlik ahlakını topluma yayarak sosyal güvenlik kurallarına uygun hareket edilmesini sağlayıp, prim gelirlerini artıracak politikaların vakit kaybedilmeden hayata geçirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Ağcakaya, Serpil, ve Ayşe Armağan. “Mesleki Parafiskal Kurumlar Ispara Örneği.” **Süleyman demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**. Cilt. 17, Sayı.3, 2012: ss.99-127.
- Ak, Rengin. Rengin Ak, “The Relationship between Health Expenditures and Economic Growth: Turkish Case”, **International Journal Business Management Economic Research**, Volume 3, Number 1, 2012: p.404-409.
- Akar, Sevda. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, Cilt:21, Sayı:1, 2014: ss.311-322.
- Akdağ, Recep. **İlerleme Raporu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı**. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2008.
- Akdağ, Recep,. **Sağlıkta Dönüşüm Programı**. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2011.
- Akdağ, Recep. **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın, Aralık 2012.
- Akdağ, Recep. **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ağustos 2008.
- Akdoğan, Abdurrahman, **Kamu Maliyesi**. 14.Baskı. Ankara: Gazi Kitapevi, 2011.
- Akdur, Recep, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık.” **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008) Kitabı** içinde, ss.45-71. Ankara, 2008.
- Akdur, Recep, Meltem Çöl, Aysel Işık, Aysun İdil, Meral Durmuşoğlu, ve Arslan Tunçbilek. **Halk Sağlığı**. 1.Baskı. Ankara: Antıp A.Ş., 1998.

- Akdur, Recep, **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu**. 2.Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:25, 2006.
- Akıncı, Adil ve Tuncer, Güner. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 102, Temmuz-Eylül 2016 : ss.47-61.
- Aktan, Coşkun Can, ve A. Kadir Işık. “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler.” yazar Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.). **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde, İstanbul: Aura Kitapları, 2007, ss.22-31.
- Aktan, Coşkun Can, ve A. Kadir Işık. “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Ve Alternatif Yöntemler”. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran(Ed.). **Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi** içinde, İstanbul: Aura Kitapları, 2007.
- Akyıldız, Hüseyin, **Sosyal Güvenlik Hukuku**. 1.Baskı. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Yayın No:43, 2004.
- Akyıldız, Hüseyin, **Sosyal Güvenlik Reformuyla Ulaştığı Son Şekliyle Sosyal Güvenlik Hukuku**. 4.Basım, Ankara: Alter Yayıncılık, 2012.
- Alper, Yusuf. “Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi Uygulaması.” **Türk İş Dergisi**, Mart-Nisan 2012: 56-60.
- Alper, Yusuf. “Sosyal Güvenlik Reformu (2006-2016): Sosyal Güvenlik Mevzuatı Ve İdari Özerklik.” **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**. Cilt.30, Sayı.5, 2016: ss.1253-1271.
- Alper, Yusuf. “Sosyal Güvenlik Reformu (2008-2016): Kapsamla İlgili Gelişmeler.” **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**. Sayı. 68, (2015): ss.1-23.

- Alper, Yusuf. “Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler.” **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, Haziran 2011: 7-47.
- Altay, Asuman. “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi.” **Sayıştay Dergisi**. Sayı. 64, Ocak-Mart 2007, ss. 33-58.
- Arap, İbrahim. “Kamu Yönetimi Anlayışındaki Değişim Sürecinde Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu.” **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**. Cilt.8, Sayı.3, 2006, ss.20-53.
- Arıcı, Kadir, **Sosyal Güvenlik Dersleri**. Ankara: Tes-İş Sendikası, 1999.
- Armağan, Ramazan. “1990 Sonrası Gelişmeler Bağlamında Sağlık Harcamalarında Finansman Sorunu ve Türk Kamu Maliyesindeki Yeri.” **SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**. Cilt.8, Sayı.15, 2008, ss.147-174.
- Ataay, Faruk. “Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları.” **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.3, Sayı.41, Eylül 2008, ss.169-184.
- Atasever, Mehmet, **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014.
- Ateş, Metin, **Sağlık Sistemleri**. 1.Baskı. İstanbul: Beta Yayınları, 2011.
- Ateş, Metin. “Sağlık Hizmetleri”. Metin Ateş (Ed.), **Sağlık İşletmeciliği** içinde, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2012, ss. 3-24.
- Ateş, Metin. “Sağlık Sistemleri Ve Finansmanı”, yazan Metin Ateş (Ed.), **Sağlık İşletmeciliği** içinde, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2012, ss.98-150
- Aydın, Erdem, **Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**. 1.Baskı. Ankara: Naturel Yayıncılık, 2002.

- Bayri, Osman. "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Kurum ve Kapsam Olarak Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Adaleti." **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.3, Sayı. 2, Haziran 2013, ss.18-60.
- Bilgehan, Barış Bahadır, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**. 1.Baskı. Ankara: Dinamik Akademi Yayınlar, 2012.
- Canbay, Tülin, ve Müslim Demir. "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Açıkları ve Sosyal Güvenlik Ahlakı." **Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, Cilt.20, Sayı.2, 2013, ss.303-315.
- Cevahir, Egemen, **Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri**. 1.Baskı. İstanbul: Kibele Yayınları, 2016.
- Chang, Koyin and Ying,Yung-Hsiang. Economic Growth, "Human Capital Investment, And Health Expenditure: A Study Of Oecd Countries", **Hitotsubashi Journal of Economics**, 47(1), 2006 : p.1-16
- Cural, Mehmet. "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı Ve Sisteme Yapılan Bütçe Transferlerinin Ekonomik Yansımaları." **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt.21, Sayı.2, 2016, ss.693-706.
- Çelebi, A.Kemal, ve Serkan Cura. "Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz." **Maliye Dergisi**, Sayı. 164, Ocak-Haziran 2013, ss.47-67.
- Çelik, Yusuf. "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi." **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, Haziran 2011, ss.62-81.
- Çelikoğlu, İlyas, **Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması**. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No: DPT 2355-YUSPKGM:424, 1994.

- Çelikyay, Ferdi, ve Erdal Gümüş. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı.” **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt.11, Sayı.1, 2014, ss.177-216.
- Daştan, İlker, ve Volkan Çetinkaya. “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması,.” **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.5. Sayı.1, Ocak 2015, ss.104-134.
- Demir, Müslim, ve Tülin Canbay. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıklarının Azaltılmasında Denetimin Önemi (Manisa İli Örneği).” **Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt.11, Sayı.3, Aralık 2013, ss.451-467.
- Dirican, M. Rahmi. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi.” **Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Bülteni**, Cilt.2, Sayı.7, 1970, ss.184-193.
- Dünya Sağlık Örgütü. “**Dünya Sağlık Örgütü Anayasası.**”
- Dreger, Christian and Reimers, Hans-Eggert. “Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root and Cointegration Analysis”, **Iza Discussion Paper**, No:1469, January 2005.
- Erdem, Metin, Doğan Şenyüz, ve İsmail Tatlıoğlu, **Kamu Maliyesi**. 10.Baskı. Bursa: Ekin Yayın Dağıtım, 2012.
- Ergör Gül ve Öztekin Zafer. “The Development of National Health Policy in Turkey”, Anna Ritsatakis, Ruth Barnes, Evert Dekker, Patsy Harrington, Simo Kokko and Peter Makara, **Exploring Health Policy Development in Europe** içinde WHO Regional Publications No: 86, ss.194-208.
- Erol, Hatice, ve Abdullah Özdemir. “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi.” **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, 2014, ss.9-34.

- Erol, Sevgi Işık. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları Ve Sosyal Güvenlik Ahlakı.” **Kamu İş Dergisi** Cilt.13, Sayı. 3, 2014, ss.37-70.
- Ersan, Gürbüz, **Türkiye’de Sosyal Güvenlik**. 1.Baskı. İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, 1987.
- Erumut, Mehmet Cihan. “Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem.” **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı.5, 2014, ss.93-126.
- Fişek, A. Gürhan, Şerife Türcan Özsuca, ve Mehmet Ali Şuğle, **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**. Ankara: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, 1997.
- Getzen, Thomas, **Health Economics: Fundamentals and Flows of Funds**. New York: Temple University Press and John Willey and Sons Inc., 1997.
- Gökbayrak, Şenay. “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü.” **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı 2, 2010, ss.141-162.
- Görmüş, Ayhan, **Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri**. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2013.
- Gümüş, Sefer, ve Derya Toy, **Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Ve Reklamın Etkileri**. 1.Baskı. İstanbul: Hiperlink Yayınları, 2013.
- Gümüş, Sefer, ve Emine Ünal, **Hizmet Kalitesinin hizmet Performansına Etkisi: Bir Hastanede Uygulama**. 1.Baskı. İstanbul: Hiperlink Yayınları, 2012.
- Güvercin, Cemal Hüseyin. “Sosyal Güvenlik Kavramı Ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi.” **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt. 57, Sayı.2, 2004, ss.89-95.
- Güzel, Ali, ve Ali Rıza Okur, **Sosyal Güvenlik Hukuku**. 10.Bası. İstanbul: Beta Yayınları, 2004.

- Güzel, Ali. “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Sorunlara Çözüm Mü?” **Çalışma ve Toplum**, Sayı. 4, 2005, ss.61-76.
- Hamzaoğlu, Onur. “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Kaynağı ve Sağlık Bakanlığı 2014 yılı Bütçe Sunumu.” **Toplum ve Hekim**, Cilt. 28, Sayı. 6, Kasım-Aralık 2013, ss.443-454.
- Hayran, Osman, **Sağlık Yönetimi Yazılar**. 2. Baskı. Ankara: Sageya Yayıncılık, 2012.
- İleri, Hüseyin, Betül Seçer, ve Handan Ertaş. “Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi.” **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi**, Sayı. 12, 2016, ss.176-186.
- İstanbuluoğlu, Hakan, Mahir Güleç, ve Recai Oğur. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.” **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı. 2, Nisan-Mayıs-Haziran 2010, ss.85-99.
- Kanca, Osman Cenk. “Kamu Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi 1980-2008 (Ampirik Bir Çalışma)”, **Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt 25, S 1, 2011: ss.75-92.
- Kalenderoğlu, Mahmut, **Kamu Maliyesi Bütçe ve Borçlanma**. 10.Baskı. Ankara: Agon Bilgi Akademisi, 2010.
- Kar, Muhsin ve Ağır, Hüseyin. “Türkiye’de Beşeri Sermaye Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Eşbütünleşme Yaklaşımı İle Nedensellik Testi, 1926-1994”, **SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Cilt 6, Sayı 11, 2006 : ss.51-68.
- Kepenek, Yakup, **Türkiye Ekonomisi**. 25. Baskı. İstanbul: Remzi Kitapevi, 2012.
- Kırmızıaltın, Eren, **1980 sonrası Türkiye Ekonomisi Türkiye’nin Neoliberal Dönüşümüne IMF ve Dünya Bankası’nın Etkisi**. 1.Baskı. Ankara: Maki Basın Yayın, 2012.

- Marşap, Akın, **Sağlık İşletmelerinde Kalite Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik**. 1. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları, 2014.
- Mossialos, Elias, ve Anna Dixon. "Funding health care: an introduction." Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras ve Joe Kutzin (Ed.), **Funding health care: options for Europe** içinde, 1-30. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Mutlu, Ayşegül, ve A. Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**. 1.Baskı. Bursa: Ekin Yayın Dağıtım, 2012.
- Orhaner, Emine, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2014.
- Orhaner, Emine. "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası." **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı. 1, 2006, ss.1-22.
- Özkaynak, Fatih. "Sosyal Güvenlik Kurumu Biyometrik Kimlik Doğrulama Sisteminin Problemleri Ve Olası Çözüm Önerileri." **Fırat Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi**, Cilt.28, Sayı.2, 2016, ss.185-188.
- Özsuca, Şerife. "Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi." **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt. 58, Sayı.2, 2003, ss.133-152.
- Öztek, Zafer, "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri." **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt.1, Sayı.39, Mayıs-Haziran 2001, ss.294-298.
- Öztek, Zafer, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri." **Yeni Türkiye Dergisi**, Cilt.1 Sayı 39. Mayıs-Haziran 2001: 60-64.
- Öztürk Serdar ve Uçan Oktay, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi" **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 22, Sayı:1, Yıl:2017, ss.139-152.

- Öztürk, Osman, “1999'dan 2004'e Sosyal Güvenlik Reformu.” **Toplum ve Hekim**, Cilt. 20, Sayı.2, Mart-Nisan 2005: 143-146.
- Pehlivan, Osman, **Kamu Maliyesi**. 1.Basım. Trabzon: Murathan Yayınevi, 2013.
- “Resmi Gazete.” **1479 sayılı Esnaf, Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu**. 17 Eylül 1971.
- “Resmi Gazete.” **5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu**. 17 Haziran 1949.
- “Resmi Gazete.” **5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**. 20 Mayıs 2006.
- “Resmi Gazete.” **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**. 24 Mart 2013.
- Saraçoğlu, Bedriye, Seher Nur Sülkü, ve Şenay Açıkgöz. “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri.” **Ekonomik Yaklaşım Dergisi**, Cilt. 23, Özel Sayı, 2012, ss.269-282.
- Sargutan, A. Erdal, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı.” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.8, Sayı.3, 2006, ss.395-424.
- Sargutan, A. Erdal, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**. 1.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
- Sargutan, A. Erdal, **Sosyal Politika Bilimi**. 1.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
- Savaşan, Fatih, **Piyasa Başarısızlığından Devletin Başarısızlığına Kamu Ekonomisi**. 2.Baskı. İstanbul: Dora Yayıncılık, 2013.
- Selim, Sibel. Uysal, Doğan ve Eryiğit Pınar. “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi”, **Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:7, Sayı 3, 2014 : ss.13-23.

Serin, İlhan, **Genel Sağlık Sigortası ve türkiye'de Uygulanabilirliği**. 1. Bası.  
İstanbul: Kazancı Kitap, 2004.

SGK. "İstatistik Yıllığı 2007" Yayın No:9, 2007

SGK. "İstatistik Yıllığı 2014" Yayın No:167, 2014

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Nisan 2015.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 14, Mart  
2009.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 17, Mayıs  
2009.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 39, Mart  
2010.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 43, Mayıs  
2010.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 48, Temmuz  
2010.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 6, Şubat  
2011.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No:8, Mart  
2011.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 28, Aralık  
2011.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 31, Ocak  
2012.

SGK. "Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni." Yayın No: 39, Mayıs  
2012.

- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No:41, Haziran 2012.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 44, Temmuz 2012.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 83, Ocak 2013.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 85, Şubat 2013.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 89, Mart 2013.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 115, Temmuz 2013.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 119, Ağustos 2013.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 149, Eylül 2014
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 151, Ekim 2014.
- SGK. “Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bülteni.” Yayın No: 155, Aralık 2014.
- Sönmez Mustafa, **Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi**, 3. Basım, İstanbul: Yordam Kitap, 2017,
- Stiglitz, Joseph E, **Economics of The Public Sector**. Third Edition. New York: W.W. Norton&Company,
- Sülkü, Seher Nur, **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık**

**Harcamaları.** Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414, 2011.

Şahin, Hüseyin, **Türkiye Ekonomisi Tarihsel Gelişimi - Bugünkü Durumu,** 12. Baskı. Bursa: Ezgi Kitapevi Yayınları, 2012.

Şakar, Müjdat, **Sosyal Sigortaları Uygulaması.** 11.Baskı. İstanbul: Beta Yayınları, 2014.

Şen, Ali, ve Nergis Bingöl. "Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği." **İnönü Üniversitesi Akademik Yaklaşımlar Dergisi,** Cilt.9, Sayı.1, 2018, ss.89-106.

Şener, Mehmet, Özgür Yeşilyurt, ve Fuad Salamov. "Türk Devletleri Sağlık Sistemlerinin Ve Harcamalarının Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi." **International Journal of Social Science,** Sayı.61, 2017, ss.511-523.

Şener, Orhan. **Kamu Ekonomisi.** 12. Baskı. İstanbul: Beta Yayınevi, 2014.

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. 3 Ocak 2003.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. "**Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013.**"

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. "**I. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967.**"

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. "**IMF Niyet Mektubu 09/12/1999**". Ankara,

T.C. Başbakanlık. "**IMF Niyet Mektubu 02/04/2004**". Ankara, 2004.

T.C. Başbakanlık. "**IMF Niyet Mektubu 05/04/2003**". Ankara, 2003.

T.C. Başbakanlık. "**IMF Niyet Mektubu 15/07/2004**". Ankara, 2004.

T.C. Başbakanlık. "**IMF Niyet Mektubu 26/04/2005**". Ankara, 2005.

T.C. Başbakanlık. "**IMF Niyet Mektubu**". Ankara, 2006.

- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı. “**Sekizinci Kalkınma Planı 2001-2005**”. Ankara, 2000.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. “**Onuncu Kalkınma Planı 2013-2018**”. Ankara, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, **Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye Sağlık Sistem Performans Değerlendirmesi 2011**, Ankara, Yıl:2012,
- T.C. Sağlık Bakanlığı. **Sağlıkta Dönüşüm**. Ankara, 2003.
- Taban, Sami. “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, **Sosyo Ekonomi Dergisi**, Cilt:4 Sayı:4, 2006 : ss.31-46.
- Tan, Namık. **Genel Sağlık Sigortası Uygulamalar ve Sorunlar**. 1.Basım. Ankara: Türk Metal Yayınları, 2015.
- Tarı Recep, **Ekonometri**, 13. Baskı, Kocaeli:Umuttepe Yayınları, 2018.
- Taşkaya Serap ve Demirkıran Mustafa, “Enflasyon, gelir ve sağlık harcaması arasındaki nedensellik ilişkisi” **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt: 15 Sayı:2 Yıl 2016 s.127-131.
- Tatar, Mehtap, Salih Mollahaliloğlu, Bayram Şahin, Sabahattin Aydın, Anna Maresso, ve Cristina Hernández-Quevedo. **Health Systems in Transition Turkey Health system review**. Cilt 13. Sayı.6,. Copenhagen: World Health Organization, 2011.
- Tatar, Mehtap. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi.” **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt. 1, Sayı.1, Haziran 2011, ss.103-133.
- Tengilimoğlu, Dilaver, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**. 2.Baskı. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2012.
- Tıraşoğlu, Muhammet ve Yıldırım,Burcu. “Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir

Uygulama”, **Electronic Journal of Vocational Colleges**, Kasım/Aralık 2012 : ss.111-117.

Tuncay, A. Can, “Türk Emeklilik Sisteminde Reform Projesinin Değerlendirilmesi.” **Çimento İşverenleri Dergisi**. Cilt.19, Sayı.2, 2005, ss. 4-17.

Tuncay, A. Can, ve Ömer Ekmekçi, **Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Esasları**. 1.Baskı. İstanbul: Legal Yayıncılık, 2008.

Tunçay, A. Can, ve Ömer Ekmekçi, **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**. 15.Bası. İstanbul: Beta Yayınları, 2012.

Tunçer, Polat, **İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku**. 1.Baskı. Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2012.

Turan, Nurcan, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar. Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği Ve Olanakları**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2004.

Tüylüoğlu Şevket ve Tekin Mustafa, Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri, **Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, Yıl:2009, ss.1-31

Ünal, Erdinç, **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**. 1.Baskı. Bursa: Ekin Yayın Dağıtım, 2013.

Ünal, Erdinç. “Sağlık Ekonomisi”. Metin Ateş (Ed.), **Sağlık İşletmeciliği** içinde, ss.181-235. İstanbul: Beta Yayıncılık, 2012.

Yıldırım, Hasan Hüseyin, “Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu.” **Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Çalışanları Sendikası**, 1. Baskı. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları-21, Kasım 2013.

Yıldırım, Savaş, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**. Ankara: DPB Yayın No:2350, 1994.

Yurdadoğ, Volkan, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi.”  
**Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt.16,  
Sayı.1, 2007, ss.591-610.

Yüksel, Hasan, **İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku**. Bursa: Ekin Basın Yayın  
Dağıtım, 2014.

## **İnternet Kaynakları**

Anadolu Ajansı <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/kuru-goz-damlasiyla-100-milyon-liralik-zarar-/523905>, (31/07/2019)

T.C. Atatürk Kültür ve Dil Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu,  
[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c4c703821d3a4.32701164](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c4c703821d3a4.32701164) , (31/07/2019)

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı I. Kalkınma Planı 1963-1967,  
<http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13736/plan1.pdf> (31/07/2019)

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sekizinci Kalkınma Planı 2001-2005,  
Ankara 2000, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Sekizinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2001-2005.pdf> (31/07/2019)

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-  
2013, <http://www.metu.edu.tr/system/files/kalkinma.pdf> (31/07/2019)

T.C. Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2013-2018, Ankara, 2013,  
<http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf> (31/07/2019)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Aralık, 2003,  
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>  
(31/07/2019)

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, 09/12/1999 tarihli IMF Niyet Mektubu,  
[https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973/niyet\\_mektubu\\_4.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973-m3fB7D9](https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973/niyet_mektubu_4.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-823a742b-3313-4bff-a371-703c37cb9973-m3fB7D9) (31/07/2019)

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı, (3 Ocak 2003)  
<https://docplayer.biz.tr/3890419-T-c-58-hukümet-acil-eylem-planı-aep.html>  
(31/07/2019)

T.C. Başbakanlık, 05/04/2003 tarihli IMF Niyet Mektubu,  
[https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64/4gg\\_nm\\_tr.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64-m3fB7yT](https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64/4gg_nm_tr.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d8e206b3-f6d8-4caa-b896-e28fb38d8f64-m3fB7yT) (31/07/2019)

T.C. Başbakanlık, 02/04/2004 tarihli IMF Niyet Mektubu,  
<https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/ff5e6d3b-7101-4dd3-998f-eb4a19cf0a67/loi.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-ff5e6d3b-7101-4dd3-998f-eb4a19cf0a67-m3fB7D7> (31/07/2019)

T.C. Başbakanlık, 15/07/2004 tarihli IMF Niyet Mektubu,  
<https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/9ba9432b-5f7c-42a9-9a12-c03a2018bbaa/loi8.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9ba9432b-5f7c-42a9-9a12-c03a2018bbaa-m3fB7D8> (31/07/2019)

T.C. Başbakanlık 26/04/2005 tarihli IMF Niyet Mektubu,  
<https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d0be263f-1170-40ac-9c01-b4f919f64a3a/IMFniyetTRnisan05.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d0be263f-1170-40ac-9c01-b4f919f64a3a-m3fB7D8> (31/07/2019)

T.C. Başbakanlık 07/07/2006 tarihli IMF Niyet Mektubu,  
<https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/5afb33cf-6aad-4cf3-9225->

[1a4d67873027/IMFniyetTRtemmuz06.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5afb33cf-6aad-4cf3-9225-1a4d67873027-m3fB7D6](http://www.imf.org/external/press/pr/1a4d67873027/IMFniyetTRtemmuz06.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5afb33cf-6aad-4cf3-9225-1a4d67873027-m3fB7D6) (31/07/2019)

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (31/07/2019)

Sosyal Güvenlik Kurumu, [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr)

Türkiye İstatistik Kurumu, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)

Dünya Bankası, <https://www.worldbank.org>

IMF, <https://www.imf.org/>