

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLE ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANA BİLİM DALI  
MALİYE TEORİSİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRK SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ KAPSAMINDA SAĞLIK  
HARCAMALARININ FİNANSMAN SORUNU VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Hazırlayan: Özgür Emre KOÇ

Danışman: Yrd.Doç.Dr.Ali Rıza GÖKBUNAR

MANİSA- 2007

YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ  
TEZ VERİ FORMU

Tez No:

Konu kodu:

Üniversite Kodu:

\* Not: Bu bölüm merkezimiz tarafından doldurulacaktır.

Tezin yazarının;

Soyadı: **Koç**

Adı: **Özgür Emre**

Tezin Türkçe Adı: **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansman Sorunu ve Çözüm Önerileri**

Tezin Yabancı Dildeki adı: **Financial Problems and Solutions Concerned With Health Expenditures in Turkish Social Security System**

Tezin yapıldığı;

Üniversite: **Celal Bayar Üniversitesi** Enstitü: **Sosyal Bilimler** Yılı: **2007**

Diğer kuruluşlar:

Tezin Türü: 1- Yüksek Lisans  X  
2- Doktora  
3- Tıpta Uzmanlık  
4- Sanatta Yeterlilik

Dili: **Türkçe**  
Sayfa Sayısı: **129**  
Referans Sayısı: **110**

Tez Danışmanlarının;

Ünvanı: **Yard.Doç.Dr.**

Adı: **ALİ RIZA**


Soyadı: **GÖKBUNAR**

Türkçe anahtar kelimeler:

İngilizce anahtar kelimeler:

1- **Sağlık Harcamaları**  
2- **Sosyal Güvenlik Kurumları**  
3- **Sosyal Güvenlik Sistemleri**  
4- **Sağlık Ekonomisi**  
5- **Finansman**

1- **Health**  
2- **Social Security Establishment**  
3- **Social Security Systems**  
4- **Health Economics**  
5- **Finance**

Tarih: **21.04.2007**  
İmza: 

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansman Sorunu ve Çözüm Önerileri” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

21/09/2007

Adı Soyadı

Özgür Emre KOÇ

## TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 06/08/2007 tarih ve 14/12 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisans Üstü öğretim Yönetmeliği'nin 24. Maddesi gereğince Enstitümüz Maliye Anabilim Dalı, Maliye Teorisi Yüksek Lisans programı öğrencisi Özgür Emre KOÇ'un "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansman Sorunu ve Çözüm Önerileri" Konulu tezi incelenmiş ve aday 24/08/2007 tarihinde saat 10.30'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

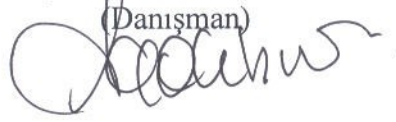
Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra..60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>OY BİRLİĞİ</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
DÜZELTME yapılmasına	<input type="checkbox"/> *	<u>OY ÇOKLUĞU</u>	<input type="checkbox"/>
RED edilmesine	<input type="checkbox"/> **	ile karar verilmiştir.	

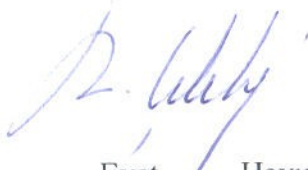
\* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

\*\* Bu halde adayın kaydı silinir.

BAŞKAN  
Yrd.Doç.Dr. Ali Rıza GÖKBUNAR  
(Danışman)



ÜYE  
Prof.Dr.Kemal ÇELEBİ



ÜYE  
Doç.Dr.Halit YANIKKAYA



Evet Hayır

\*\*\* Tez, burs, ödül veya Teşvik prog. (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir

Tez, mutlaka basılmalıdır

Tez, mevcut haliyle basılmalıdır

Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.

Tez, basımı gereksizdir.

## ÖZET

Tarihsel süreç içerisinde ülkeler toplumların ekonomik ve kültürel anlamda önemli yer tutan sağlık hizmetlerinin sunumuna büyük önem vermişlerdir. Toplum içerisinde yaşayan bireylerin sağlıklı olması ülkelerin kalkınması ve gelişmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle eğitim seviyesi yüksek ülkelerde sağlık hizmetlerine verilen önem daha da artmıştır.

Günümüzde, sağlık hizmetleri hem özel kesim hem de kamu kesimi tarafından yerine getirilmektedir. Oldukça geniş bir çerçevede sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı ve finansman yöntemleri de kendisi kadar önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde farklı finansman yöntemlerinin bulunmasına rağmen genellikle vergi ve sosyal sigorta primleri ile finanse edilmektedir.

Bu çalışmada; sağlık hizmetlerinin finansmanında uygulanan yöntemler, ülkemizde sağlık hizmeti sunan sosyal güvenlik kuruluşlarının yapmış olduğu sağlık harcamaları, finansman kaynakları ve finansmanda karşılaştıkları sorunlar üzerinde durulacak ve konunun çözümüne ilişkin önerilerde bulunulacaktır.

**Anahtar Kelimeler;** Sağlık Harcamaları, Sosyal Güvenlik Kurumları, Sosyal Güvenlik Sistemleri, Sağlık Ekonomisi, Finansman

## **ABSTRACT**

Throughout history, countries have given great importance to health services that loom large both socially and economically. Healthy individuals contribute to the development and growth of the countries. Especially in countries whose educational level is high importance of health services have increased more.

Today, health services are conducted both by private and public sectors. Finance of health services covering a broad range has also become an important subject. Health services have been generally financed with tax and social security premiums.

In the present study, health expenditures, financial resources and problems of the social security institutions providing health service in our country are discussed and some solutions are presented.

**Key words:** Health, Health Expenditure, Social Security Establishment, Social Security Systems, Health Economics, Finance

## TABLolar LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
Tablo 1 : OECD Ülkelerindeki Toplam Kamu Kesimi Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı (%).....	37
Tablo 2 : OECD Ülkelerindeki Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (%).....	38
Tablo 3 : OECD Ülkelerindeki Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Amerikan Doları).....	39
Tablo 4 : Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Ödeme Sistemleri Ve Organizasyonları.....	40
Tablo 5 : Farklı Hizmet Sunucuların Sağlık Harcama Oranları.....	49
Tablo 6 : Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Dağıtımı.....	50
Tablo 7 : Farklı Finansman Kurumlarına Atfedilen Fonksiyonel Harcama Oranları (%).....	50
Tablo 8 : Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (%).....	51
Tablo 9 : Seçilmiş Ülkelerde Uygulanan Sosyal Güvenlik Planları Ve Finansman Yöntemleri.....	58
Tablo 10 : SSK Kurumunun Yataklı Sağlık Tesisleri.....	64
Tablo 11 : SSK'nın Toplam Sağlık Harcamaları.....	66
Tablo 12 : SSK Sağlık Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL).....	67
Tablo 13 : SSK İlaç Harcamaları.....	68
Tablo 14 : SSK'nın Prim Gelirleri (Bin YTL).....	70
Tablo 15 : SSK'ya Yapılan Bütçe Transferleri (Bin YTL).....	71
Tablo 16 : Bağ-Kur Toplam Sağlık Harcaması.....	72
Tablo 17 : Bağ-Kur'un İlaç Harcamaları.....	73
Tablo 18 : Bağ-Kur Sağlık Harcamalarının.....	74
	Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı (Bin YTL).....74
Tablo 19 : 1479 Sayılı Kanuna Göre Tahsil Edilen Primlerin Aylıkları	

Karşılama Durumu .....	75
Tablo 20 :Bağ-Kur'a Yapılan Bütçe Transferleri .....	76
Tablo 21 :Bağ-Kur'un Toplam Gelirleri Ve Giderleri .....	76
Tablo 22 :Emekli Sandığı Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon YTL).....	78
Tablo 23 :Emekli Sandığı İlaç Harcamaları (Milyon YTL) .....	78
Tablo 24 :Konularına Göre Emekli Sandığı Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%).....	79
Tablo 25 :Yıllara Göre Emekli Sandığı Gelirleri (YTL).....	81
Tablo 26 :Emekli Sandığı Tahsilat Ve Gelirleri (YTL) .....	82
Tablo 27 :Emekli Sandığı'na Yapılan Bütçe Transferleri (Milyon YTL).....	83
Tablo 28 :Emekli Sandığı Gelir Gider Farkı .....	84



## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	i
ABSTRACT .....	ii
TABLolar LİSTESİ .....	iii
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK EKONOMİSİ

<b>1. SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI ve ÖZELLİKLERİ.....</b>	<b>4</b>
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	5
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	8
1.2.1. Kamusalılık Özelliği .....	8
1.2.2. Dışsallıklar .....	10
1.2.3. Yararlı (Erdemli) Mallar .....	11
1.2.4. Devlet Müdahaleleri.....	12
1.2.5. Belirsizlik Altında Seçim .....	12
1.2.6. Asimetrik Bilgilendirme.....	13
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi .....	13
1.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi .....	14
1.3.1.1. 1923-1945 Döneminde Gelişmeler .....	15
1.3.1.2. 1945–1960 Döneminde Gelişmeler.....	15
1.3.1.3. 1960 Sonrası Dönem.....	16
1.3.2. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi .....	17
<b>2. SAĞLIK EKONOMİSİ .....</b>	<b>18</b>
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Talebi .....	19
2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Talebin Etkileyen Faktörler .....	20
2.1.1.1. Fiyatın Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkisi .....	20
2.1.1.2. Gelirin Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkisi.....	21
2.1.1.3. Kişilerin Zevk ve Tercihlerinin Sağlık	

Hizmetleri Talebi Üzerine Etkisi .....	21
2.1.1.4. Finansman Yöntemlerinin Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkisi.....	22
2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Çeşitleri.....	22
2.2.1. Kişisel Sağlık Hizmetleri Talebi .....	23
2.2.2. Toplumsal Sağlık Hizmetleri .....	23
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Arzı .....	23
2.3.1. Serbest Başvuru Yöntemi ile Arz.....	26
2.3.2. Sevk Zincir Yöntemi ile Arz.....	26
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	27
2.4.1. Hizmet Sırasında Bedel Ödeme Yöntemi .....	28
2.4.2. Vergiye Dayalı Finansman Yöntemi (Beveridge Modeli) .....	29
2.4.3. Zorunlu Sosyal Sigorta İle Finansman (Bismarc Modeli).....	30
2.4.4. Özel Sigorta Yöntemi İle Finansman Yöntemi.....	31
2.4.5. Kapalı Ağ Yöntemi .....	32
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemlerine Alternatif Yöntemler .....	33
2.5.1. Maliyet Yaklaşımı .....	33
2.5.2. Tüketici Katkıları .....	33
2.5.3. Toplum Finansmanı .....	34
2.5.4. Gönüllü Sağlık Organizasyonları .....	34

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ VE SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMAN UYGULAMALARI

<b>1.OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ ve FİNANSMANI.....</b>	<b>36</b>
1.1.OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ .....	36
1.2.OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Finansmanı.....	40
1.2.1 Amerika Birleşik Devletleri .....	42
1.2.1.1. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri .....	42
1.2.1.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması .....	42
1.2.1.3. Kamu Sigortası.....	43
1.2.1.3.1. Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası.....	43
1.2.1.3.2. Tıbbi Yardım Sigortası ve Sağlık Yardımı .....	43
1.2.1.4. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları .....	44
1.2.2. İngiltere .....	44
1.2.3. Almanya .....	45
1.2.4. Fransa .....	46
1.2.5. İtalya.....	47
1.2.6. İrlanda.....	47
1.2.7. Finlandiya.....	48

<b>2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ VE FİNANSMANI .....</b>	<b>49</b>
2.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları.....	49
2.2. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Sağlık Harcamaları Ve Finansmanı.....	54
2.2.1. Sosyal Güvenlik Finansman Yöntemleri.....	56
2.2.1.1. Dağıtım Yöntemi.....	56
2.2.1.2. Kapitalizasyon (Fon Biriktirme) Yöntemi.....	57
<b>3. TÜRK SOSYAL GÜVENLİK KURULUŞLARININ FİNANSMANI.....</b>	<b>61</b>
3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Mali Yapısı .....	64
3.2. Bağ-Kur’un Mali Yapısı.....	71
3.3. Emekli Sandığı Mali Yapısı .....	76

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ FİNANSMAN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

<b>1. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ FİNANSMAN SORUNLARI .....</b>	<b>86</b>
1.1. Sağlık Harcamalarının Artışından Kaynaklanan Finansman Sorunları.....	87
1.1.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması.....	88
1.1.2. Ortalama Hayat Süresinin Uzaması .....	88
1.1.3. Tıp Alanında Yaşanan Teknolojik Gelişmeler.....	89
1.2. Diğer Finansman Sorunları .....	90
1.2.1. Kaynak Yetersizliği.....	90
1.2.2. Devlet Katkısı Sorunu .....	92
1.2.3. Aktif /Pasif Sigortalı Sorunu ve Emeklilik Sorunu.....	93
1.2.4. İdari Ve Mali Özerkliğin Olmaması.....	96
<b>2. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ FİNANSMAN SORUNLARINA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....</b>	<b>97</b>
2.1. Genel Sağlık Sigortası (GSS).....	99
2.1.1. Kapsam Açısından Sağladığı Yararlar .....	104
2.1.2. Finansman Açısından Sağladığı Yararlar.....	104
2.1.3. Sağlık Hizmetinin Kalitesi Açısından Sağladığı Yararlar.....	105
2.1.4. Denetim Açısından Sağladığı Yararlar .....	105
2.2. İşçi Sendikaları Konfederasyonlarının Çözüm Önerileri .....	106
2.3. İşveren Kesiminin Çözüm Önerileri .....	108
<b>SONUÇ .....</b>	<b>115</b>
<b>YARARLANILAN KAYNAKLAR.....</b>	<b>120</b>

## GİRİŞ

Sağlık hakkı veya sağlıklı yaşama hakkı insanların temel haklarından birisidir. Bu hakkın, bireylere eşitlik ve etkinlik içinde sunulabilmesi için, kıt kaynakların en iyi şekilde kullanılarak sağlık alanında en etkin üretim düzeyinin elde edilmesi, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için önemlilik arz etmektedir.

Toplumda yaşayan bir bireyin hastalığı tedavi edilmediği sürece diğer bireylerin de sağlığını tehdit etmektedir. Sağlık hizmetlerinin dışsallığı olarak ifade edilen bu durum, toplumun genelinde bir sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. Günümüzde sağlık hizmetleri, toplumların ekonomik ve sosyal alanlarda gelişme göstermesi için sunulması zaruri mal ve hizmetler içinde kendine önemli bir yer edinmiştir. Bu hizmetlerin sağlıklı bir şekilde sunumu elbetteki toplumda yaşayan bireyler açısından son derece büyük bir önem arz etmektedir.

Hastalık, insanının kendi iradesi dışında başına gelen ve insanı çalışma gücünden ve buna bağlı olarak kazançtan geçici veya sürekli olarak mahrum bırakan tehlikelerin başında gelir. Bireylerin hastalıklardan korunması, sağlıklı olmalarının temini tüm dünyada önemli toplumsal hedeflerden birisidir. Sağlıklı bireylere sahip olmak insan mutluluğunun önemli bir unsuru olduğu gibi ülke ekonomisinin kalkınmasında ve gerekli insan gücü kaynağının oluşturulmasında sağlıklı bireylerin varlığı en önemli faktörlerin başında gelir.

Devletler, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak ve gerekse geleceklerini planlama konusunda istekli olan ve akılcı davranan insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine büyük önem vermektedir. Günümüzde devletler tarafından sağlık hizmetlerine yönelik harcamalarının payı yükselmektedir.

Sosyal devlet anlayışının kabulü ile birlikte, ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylere sağlık hakkının devlet tarafından sağlanmasına yönelik hareketler başka bir

kavramında önemini ortaya çıkarmıştır. Bu yeni ortaya çıkan kavram ise “Sosyal Güvenlik” kavramıdır.

Tehlikelerden uzak kalmak ve güvenlik içinde bulunma duygusu, bütün insanlık tarihi boyunca toplumların tümünde duyulmuş ve halen duyulmaya devam eden bir ihtiyaçtır. Günümüzde sosyal güvenlik, tehlikenin kendisine karşı onu yok etme, ortadan kaldırma veya en azından zararını azaltma türündeki mücadelelerin tümüne denilmektedir.

Tarihin her döneminde farklı biçimlerde görülen sosyal güvenliğin bugünkü anlamda bir sisteme dönüşümü II. Dünya Savaşı sonrası gelişen “sosyal devlet” anlayışıyla birlikte gerçekleşmiştir. Sosyal güvenliğin bir sistem olarak temel özelliği, toplumu oluşturan tüm bireylere yönelik sunumu ve sisteme katılımın zorunlu olmasıdır.

Sosyal güvenliğin sahip olduğu bu özellik, Devlete önemli bir sorumluluk yüklemiştir. Bu sorumluluk, sosyal güvenlik hizmetinin sunumuna yönelik kurum ve kuralların oluşturulmasıdır. Nitekim, ülkemizde de, 1961 Anayasası’nın 48inci, 1982 Anayasası’nın 60ıncı maddelerinde bu sorumluluk açıkça belirtilmiştir.

Ülkemizde sosyal güvenlik hizmetleri Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur olmak üzere üç kuruluş tarafından yerine getirilmektedir. Bu sosyal güvenlik kuruluşları, farklı sigorta kollarında çalışan bireyleri sigortalı olarak kendi bünyesinde barındırmaktadır.

Ülkemizde sağlık sektörüne ilişkin yapılan harcamalar incelendiğinde Sağlık Bakanlığı dışında en fazla harcamayı gerçekleştiren kurumlar sosyal güvenlik kurumlarıdır. Dolayısıyla da, sosyal güvenlik kurumları tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının büyüklüğü bu harcamaların nasıl finanse edileceğini de düşündürmektedir. Bu çalışmanın asıl amacı, ülkemizde bulunan sosyal güvenlik kurumlarının sağlık sektörüne yönelik yapılan harcamalarının finansmanında karşılaşılan güçlükleri ve kurumların bu sıkıntılarını aşmak için izlemesi gereken yolların neler olacağı üzerinde durulacaktır.

Çalışmamızın ilk bölümünde sağlık hizmetlerine yönelik yapılan harcamalarının giderek artması sonucu ekonomi biliminin yeni bir alt dalı haline gelen “Sağlık Ekonomisi”nden bahsedilecek, sağlık hizmetlerinin arz ve talebi üzerinde durularak artış nedenleri üzerinde durulacaktır.

İkinci bölümde ise, ülkemizdeki sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık harcamaları ve OECD ülkelerinde gerçekleştirilen sağlık harcamaları istatistiki tablolar halinde açıklanacaktır.

Son bölümde ise, sosyal güvenlik kurumlarımızın sağlık harcamalarının finansmanında karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunların çözümüne ilişkin öneriler yer alacaktır.

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK EKONOMİSİ**

Sağlık kavramının anlamı zaman içerisinde bireyden bireye, toplumdan topluma farklılıklar göstererek algılanmıştır.<sup>1</sup> Ekonomik ve sosyal açıdan toplumların kaydettiği ilerlemeler sağlığın, sosyal yönden de incelenmesini zorunlu kılmıştır. Günümüzde ise bireyin sağlığı sadece fizyolojik ve sosyal yönden değil; aynı zamanda ruhsal yönden de sağlık kavramının içine girmiştir.<sup>2</sup>

Sosyal devlet anlayışı ile birlikte ülkeler sağlık politikalarını yeniden yapılandırmış ve sağlık hizmetlerini ülkenin geneline yaymayı amaç edinmiştir. Sağlık kavramına verilen önemin artması ile birlikte iktisat bilimi içinde de yeni bir bilim dalı olan sağlık ekonomisi bilimi oluşmuştur. Bu yeni bilim dalı, sağlık hizmetlerinin arz ve talebini, sağlık hizmetlerinin sunulmasından kaynaklanan sağlık harcamalarının artış nedenlerini inceleyen bir bilim haline gelmiştir.

Çalışmamızın bu bölümünde yeni oluşan sağlık ekonomisinin tanımı ve inceleme alanı içinde yer alan sağlık hizmetlerinin arz ve talebi incelenecek ve ayrıca sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri üzerinde durulacaktır.

#### **1. SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI ve ÖZELLİKLERİ**

Sağlık kelimesini, her bilim kendine göre tanımlamıştır. Biyoloji biliminde sağlık, vücut hücrelerinin her birinin optimum kapasite ile çalışması ve hücreler arası uyumun sağlandığı durumdur. Psikoloji biliminde ise, sağlık bireyin çevre ve toplum ile

---

<sup>1</sup> Osman HAYRAN (1997), **Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul, s:1.

<sup>2</sup> Şaban ERTEKİN (2000), **1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir s:1.

uyum içinde bulunması ve herhangi bir durum ya da olayın bu durumu bozması halinde gösterdiği potansiyel olarak tanımlanmış, sosyoloji de ise bireyin toplum içinde kendisinden beklenen rolleri yerine getirmekteki yeterliliği olarak tanımlanmıştır.<sup>3</sup>

Toplumların, ekonomik ve sosyal açıdan gelişmeleri ülkelerin sağlık sistemlerine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması ve bireyler tarafından kolayca ulaşılabilmesi; verimli bir sağlık hizmeti ile mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün anayasasında “sağlık yalnız hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden de tam bir sıhhat durumu” olarak tanımlanmıştır.<sup>4</sup>

### 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, başka bir ifadeyle onların hasta olmalarını engellemektir. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi hastalıktan korumak mümkün olamaz. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastalıkların tedavisi” söz konusu olur.<sup>5</sup>

Sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun sağlığını korumak; beden, ruhen ve sosyal yönden ortaya çıkacak olan hastalıkları tedavi edip insanları mutlu kılmak için yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, medikal araç ve gereç üretimi gibi, sağlıklı kişilerin sağlığını koruyan, hastaları iyileştiren ve kişilerin yaşam kalitelerini sağlık yönünden yükseltilmesi niteliğindeki hizmetleri kapsamaktadır.<sup>6</sup>

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekirse; insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonu) için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> Ertekin, age, s: 2.

<sup>4</sup> İsmail ŞİN (1999), **Sağlık Harcamaları ve Türkiye'deki Gelişimi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. s:4.

<sup>5</sup> Şenatalar, age, s: 4.

<sup>6</sup> Ramazan DAĞISTAN (2001), **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilimdalı Muhasebe ve Finans Bilimdalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, s: 3.

<sup>7</sup> Recep AKDUR (2003),**Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, Ankara, s: 12.



### 1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Doğayı ve canlıları olumsuz etkileyen etkenleri azaltmaya ve bu etkenlerin insanlar için yol açacağı olumsuzlukları ortadan kaldırmaya yönelik hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumun ekonomik ve sosyo-kültürel yapısı doğrultusunda, sağlık düzeyini artırıcı, sağlığı toplumun gelişimi ve değişimi ile birlikte ele alan, sağlık önceliklerini belirleyen, hastalığın meydana gelmesini önlemek ve telafisi güç bazen de mümkün olmayan muhtemel kayıpları en aza indirmeyi hedefleyen hizmetlerdir.<sup>8</sup>

Koruyucu sağlık hizmetleri bireyden ziyade, toplumun tümüne yöneliktir. Toplumda hastalık ihtimali azalırsa, bütün bireyler bundan faydalanır. Bu tür sağlık hizmetlerinde, sosyal faydanın özel faydadan fazla olması, kamusal niteliğinin daha belirgin olmasının göstergesidir.<sup>9</sup>

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye ve çevreye yönelik olarak iki düzeyde hizmet sağlar. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, sağlıklı olma ve sağlığı korumanın öncelikle kişisel bir sorumluluk ve ihtiyaç olduğu düşüncesinin kazandırılmasıdır. Sağlığın kişisel sorumluluk ve ihtiyaç olduğu fikrinin talebe dönüşmesi, yeterli ve düzenli bir sağlık hizmeti talebinin ortaya çıkması açısından önem teşkil etmektedir.<sup>10</sup>

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişileri dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı; hastalanmaları halinde ise erken dönemde teşhis konularak hasarsız veya az hasarla tedavi etmeyi sağlayan sağlık hizmetlerini ifade eder.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Erdinç ÜNAL, Metin ATEŞ (2002), **Sağlık ve Piyasa, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü** Yayın no:2, Nobel Yayınları, s:19.

<sup>9</sup> Hayriye IŞIK (2001), **Sağlık Hizmetleri; Finansmanı, Ülke Örnekleri, ve Çözüm Önerileri**, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Teorisi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, s: 8.

<sup>10</sup> Dağistan, age, s:4.

<sup>11</sup> Ömer Faruk BATIREL (1983), "Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası", **Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi**, Sayı:3, Cilt:3, s: 174.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; çevreyi olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal etkenleri azaltmaya veya bu etkenlerin kişileri etkilemesini önlemeye yönelik hizmetlerdir.<sup>12</sup>

### **1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalanmış kişilerin sağlıklarını tekrar kazanmaları amacıyla sağlık ocaklarında, hastanelerde veya evlerinde uzman sağlık personelleri tarafından tedavi edildikleri hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı sosyal faydada olumlu sonuçlar içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı, teşhis ve tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireyin ortalama ömrünü uzatmasının yanında iş hayatındaki verimliliğini de artırır.<sup>13</sup>

Tedavi edici sağlık hizmetleri iki alt gruba ayrılır. Bunlardan birincisi; ayakta verilen sağlık hizmetleri ve ikincisi ise yataklı tedavi hizmetleridir.

Ayakta verilen sağlık hizmetlerine örnek olarak; sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve hastanelere bağlı poliklinikler ile özel muayenehaneler ve özel polikliniklerce yapılan muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.<sup>14</sup>

Yataklı tedavi hizmetleri ise, hastanelerin kliniklerince hastanın yatırılmak suretiyle teşhis ve tedavisinin yapılması esasına dayanmaktadır.<sup>15</sup>

### **1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Sağlık personeli ve sosyal hizmetler kurum ve personelinin hastalıklarının tedavisinden sonra sakat kalan ve/veya işgücü kaybına uğrayan fizik veya psikolojik açıdan hasar görmüş kişilere yönelik hizmetlerdir.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Haluk ÖZSARI (2000), "Sağlık ve Sigorta", **Sigorta Dünyası Dergisi**, Sayı 472, İstanbul, Nisan 2000, s: 20.

<sup>13</sup> Coşkun Can AKTAN, Kadir IŞIK, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler", s: 3, <<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>> (22/03/2006).

<sup>14</sup> Dağıstan, age., s:6.

<sup>15</sup> Dağıstan, age, s: 6.

İnsanlar birtakım hastalıklar veya kazalar yüzünden organlarını kaybedebilir veya bazı organları kullanılamayacak duruma gelebilir, bu yüzden de günlük ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma düşebilirler. İşte bu nedenle kaza sonucu bireylerin organlarında meydana gelen hasarı gidermek amacıyla bireylere protezler takılarak veya sakatlanan organını güçlendirip kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğini kazandırma çabaları tıbbi rehabilitasyon olarak adlandırılır. Buna karşılık, fiziki veya psikolojik hasarlı kişilerin yapılarına uygun iş bulma veya bakımlarını temin etme gibi çalışmalara da sosyal rehabilitasyon adı verilir.<sup>17</sup>

## **1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan çalışmalar sağlık hizmetlerinin en temel özelliklerinin başında gelir.<sup>18</sup>

Yakın geçmiş zamana kadar sağlık hizmetleri, piyasa ekonomisinin ve hayır kurumlarının faaliyet alanı içindeydi. Ancak Sosyal Devlet anlayışının kabulü ile birlikte sağlık hizmetleri de kamu sektörünün öncelikli faaliyet konularından biri haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri kamu sektörü/devlet tarafından, toplumsal faydayı gerçekleştiren bir kamusal hizmet olarak düşünülmüş ve toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı bir hayat sürmeleri için yapılması zorunlu bir faaliyet olarak değerlendirilmiştir. Bunun nedeni olarak da toplum içerisinde yaşayan ve farklı gelir gruplarına ait bireylerin özellikle ödeme gücü düşük olan bireylerin bu hizmetten faydalanamıyor olması kabul edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini sistematik olarak 6 alt başlık halinde sınıflandırmak mümkündür.

### **1.2.1. Kamusallık Özelliği**

Sağlık hizmetlerine yönelik harcamalar, günümüzde devletin yerine getirmek zorunda oldukları refah harcamalarının başında gelir. Genel sağlık hizmetlerinin para ile

---

<sup>16</sup> Özsarı; age, s: 20.

<sup>17</sup> Ertekin, age, s: 13.

<sup>18</sup> Zafer ÖZTEK (2001), “Sağlıkta Kavramlar, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 1, Sayı 39 s: 295.

satın alınabilen mal ve hizmetlerden sayılmaması nedeniyle, devletler bu hizmetleri bütçelerinden ayırmış oldukları paylar ile karşılamaktadır.

Çağdaş anlamda kamusal mallar kavramını tanımlayan ilk iktisatçı Samuelson'dur. Samuelson'a göre kamusal mallar; bireylerin herhangi birisinin tüketimi nedeniyle, diğer bireylerin aynı malı tüketme olanağında herhangi bir azalışın olmadığı; birlikte ve eşit biçimde tüketilen mal ve hizmetlerdir. Musgrave ise kamusal malları, sosyal ihtiyaçları gideren mal ve hizmetler olarak tanımlamıştır.<sup>19</sup>

Devletin artan fonksiyonlarına bağlı olarak kamusal mal kavramı, sadece devlet tarafından üretilen (tam kamusal mal), hem devlet hem de özel sektör tarafından üretilen (yarı kamusal mal) mal ve hizmetler şeklinde değişmiştir.<sup>20</sup>

Bu tür mallar, fiyatlandırılabilme ve bölünebilme özelliklerine sahiptir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmetlerinden ödeme gücü yüksek olan bireyler faydalanırken ödeme gücü düşük bireyler bu faydadan mahrum bırakılmaktadır. Oysa, kamusal mal ve hizmetlerin üretiminde hiçbir birey toplumsal faydadan mahrum bırakılamaz. Kamu sektörü, ödeme gücü düşük olan bireyleri sağlık hizmetlerinden mahrum bırakmamak amacıyla bu tür mal ve hizmetleri üretir. Bütün bu özelliklerinden sağlık hizmetlerinin üretiminde devletin birinci derecede rol oynamasının nedenleri şöyle sıralanabilir:<sup>21</sup>

- 1-Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.
- 2-Sağlık hizmetlerinde talebin belirlenmesi, insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizliği, sağlık hizmetlerinin kalitesi vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- 3-Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.

<sup>19</sup> Orhan ŞENER (2001), **Kamu Ekonomisi**, Beta Yayınevi, İstanbul, s: 50.

<sup>20</sup> Halil NADAROĞLU(1992), **Kamu Maliyesi Teorisi**, Beta Yayınevi, s: 48.

<sup>21</sup> Emine ORHANER (2006), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", s: 2, <<http://www.ttef.gazi.edu.tr/dergi/makaleler/2006/Sayi1/1-22.pdf>>, (16/03/2007).

4-Özel kesimde firmalar karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir.

5-Sağlık hizmetlerinde bölünmezlik söz konusudur. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirmektedir.

6-Piyasa büyüklüğü, dispanser, laboratuvar gibi sağlık hizmetleri üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir

### 1.2.2. Dışsallıklar

Liberal ekonomik düşüncede, tam rekabetin mevcut olduğu piyasa ekonomisi içinde özel mal ve hizmetlerin üretim ve tüketiminin optimum olarak gerçekleşeceği ve böylece sosyal refahın sağlanacağı kabul edilmektedir. Ancak, piyasa ekonomisi süreci içinde, tam rekabet koşulları sağlansa bile, bazı mal ve hizmetlerin fiyatının sosyal fayda ve sosyal maliyeti açıklayacak şekilde oluşmadığı görülmüştür.<sup>22</sup> Halbuki, optimal kaynak dağılımının gerçekleşme koşulu; sosyal faydanın sosyal maliyete eşit olmasıdır. Sosyal fayda ve maliyet eşitliğinin gerçekleştiği durumlarda optimal kaynak dağılımının sağlanması söz konusudur. Ancak dışsal ekonomilerin varlığı, tam rekabetçi piyasaların optimal kaynak dağılımını gerçekleştirmesine engel olmaktadır.<sup>23</sup>

Dışsallık, herhangi bir ekonomik öznenin piyasa içindeki faaliyetlerinden diğer ekonomik öznelerin olumlu ya da olumsuz yönde etkilenmesi olarak tanımlanır.<sup>24</sup>

Sağlık hizmetleri yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişilere de özel fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik elde edilen başarılar ve çabalar dışsallık örneklerinden birisidir.<sup>25</sup>

Toplumda hastalık halini azaltmak ve hayatı uzatmak için kamu ekonomisi iki tür hizmet sunar. İlki hastaları iyileştirmek diğeri ise sağlamların hastalanma olasılığını azaltmak. Bu iki hizmetin farklı özellikleri vardır. Tedavinin amacı hastayı iyileştirmektir. Yararlanan tedavi gören kişidir. Tedavi hizmetinin ikinci özelliği, hizmetin yararlananın vücudu üzerindedir. Sağlık koruyucu hizmetlerde

<sup>22</sup> Naci MUTER, Kemal ÇELEBİ, Süreyya SAKINÇ (2005), **Kamu Maliyesi**, Manisa, s: 21.

<sup>23</sup> Muter vd, age, 22.

<sup>24</sup> Muter vd, age, 22.

<sup>25</sup> Muter vd, age, 22.

kişinin doğrudan yararlanması ikincil, bir bütün olarak toplumun yararlanması asıl amaçtır. Sağlık koruma hizmeti sağlam insanların sağlam kalmasını amaçlar. Sistemli ve belirli zamanlarda aşılama dışındaki hastalığı önleyen, koruyucu sağlık hizmetleri; çevre temizliği, pazarlanan besin maddelerinin tüketime elverişlilik standartları ve solunma alanlarında sigara içme yasağı, alkollü araba kullanma yasağı, uyuşturucu kullanma yasakları gibi diğer topluma dışsal fayda sağlayan hizmetleri sunulur.<sup>26</sup>

### 1.2.3. Yararlı (Erdemli) Mallar

Birey temelli ekonomik sistemlerde, hangi mal ve hizmetin ne miktarda üretileceğini tüketiciler belirlemektedir. Bu durum piyasa ekonomisinde tüketici egemenliği olarak tanımlanır. Tüketici egemenliği, her bireyin kendisi hakkında en doğru kararı vereceği varsayımına dayanmaktadır.<sup>27</sup>

Bireyler için faydalı olduğu halde, bireyler tarafından yeterince tüketilmeyen veya kullanılmayan mallara erdemli mallar denir. Erdemli mallar en birey odaklı toplumlarda bile kamu kesiminin üstlenmesi gereken mallar arasında yer alır.

Kamusal mallardan bazıları “toplum için yararlı özel mal” niteliği taşımaktadır. Günümüzde sayıları giderek artan bu tür malların uygun düzeyde tüketilmesi toplumda önemli dışsal faydalar sağlamaktadır. Ancak dışsal faydası göz önünde bulundurulmadığından özel ekonomilerde genellikle gerekli olan düzeyin altında üretilmeleri, devletin gelir dağılımı ve ekonomik büyümeye ilişkin fonksiyonlarını başarılı bir biçimde yerine getirmesini engellediğinden ya doğrudan devlet tarafından bedelsiz olarak topluma sunulurlar ya da piyasa fiyatının altında pazarlanırlar.<sup>28</sup>

Sağlık hizmetleri bazı özellikleri nedeniyle erdemli mallar olarak tanımlanır. Sağlık piyasalarında üretimi yapılan sağlık hizmeti gerçekten yararlı bir maldır. Piyasa tercihlerine bırakıldığında yetersiz miktarda üretim yapılacağından dolayı etkin düzeyde üretim gerçekleştirilmez. Bu yüzden de, birey ve toplum açısından refah kayıpları ortaya çıkabilir. Bu tür hizmetlerin en açık örneği çocuklara yönelik yapılan tedavi

<sup>26</sup> Kenan BULUTOĞLU (2002), **Kamu Ekonomisine Giriş**, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, s: 263.

<sup>27</sup> Muter vd, age, s: 27.

<sup>28</sup> Nihat EDİZDOĞAN (1998), **Kamu Maliyesi**, Ekin Yayınları, Bursa, s: 28.

hizmetleridir. Bu tür hizmetlerde kararların aile veya başkaları tarafından verilmiş olması çocukların elde edeceği yararları etkilemez<sup>29</sup>

#### 1.2.4. Devlet Müdahaleleri

Devletler sağlık piyasalarına; yeterlilik belgesi ve diplomalarla müdahale etmenin yanında, yerel ve ulusal düzeyde sağlık harcamalarını finanse etmek için sigorta sistemini kurma, ya da var olan sigortalara finansal yardımlar yapma gibi uygulamalar yoluyla da müdahale edebilmektedirler. Bu destekler emekli ve yaşlıları kapsadığı gibi, harp malullerine, asker ailelerine ve çocuklara belli bir yaşa kadar sağlık hizmetlerinin bedava sunulmasını ve benzeri destekleri içerir.<sup>30</sup>

Hasta olsun veya olmasın, tüm bireylerin sağlık hizmetlerini alması toplum açısından gereklidir. Bu nedenle, günümüzde sağlık hizmetlerin sosyal devletin bir gereği olarak, devlet tarafından sunulması sürdürülmektedir.<sup>31</sup>

#### 1.2.5. Belirsizlik Altında Seçim

Belirsizlik kavramını, sağlık hizmetlerinin her alanında görmek mümkündür. Sağlık piyasasına konu olacak olaylar tesadüfi bir şekilde meydana gelir. Örneğin kol kırılması, trafik kazası vb. buna paralel olarak kişi kendini rahatsız hissedebilir ya da muhtemel olabilecek bir rahatsızlık nedeniyle sağlık kurumlarına veya personeline başvurabilir.<sup>32</sup> Sağlık hizmetini tüketen birey, hastalanıp tıbbi yardım istediğinde, tedavi ve arzu ettiği nitelikler arasındaki ilişki konusunda bir bilgiye sahip değildir. Sağlanacak sağlık hizmetinin miktarı, tipi ve uygunluğu konusundaki kararları alacak kişi doktordur. Tüketiciye bırakılan tek karar ya tedavi programını kabul etmesi ya da tedavi programını reddetmesi şeklinde olmaktadır. Hasta, tedavi maliyetinin, tedavi faydasının toplam değerini aştığını düşünürse tedaviden vazgeçer. Aksini düşündüğü durumlarda ise tedavi olmayı kabul eder.<sup>33</sup>

Sağlık hizmetinin tamamen kamulaştırılmış bir hizmet görünümüne bürünürse, hasta için maliyetin önem yoktur. Çünkü hastanın tedavisi için öngörülen hizmetin

<sup>29</sup> Ayşegül MUTLU, A.Kadir IŞIK (2005), **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, s: 52.

<sup>30</sup> Mutlu, Işık, age, s: 53.

<sup>31</sup> Nurcan TURAN(2004), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s: 9.

<sup>32</sup> Mutlu Işık, age, s: 55.

<sup>33</sup> Güneri AKALIN(1986), **Kamu Ekonomisi**, Ankara, s: 271.

maliyeti hastaya yansımamaktadır. Toplumun tümünü kapsayan belirsizlik hali, adil vergilendirilmiş fiyat mekanizmasıyla maliyeti topluma yaymakta ve böylece belirsizliği asgariye indirgemektedir.<sup>34</sup>

### **1.2.6. Asimetrik Bilgilendirme**

Sağlık hizmetleri piyasasında bilginin asimetrik olması, sağlık hizmeti tüketicisini belirsizlik altında seçime zorlamaktadır. Bir başka ifadeyle, sağlık tüketicisinin fiilen seçebileceği imkanlar sınırlıdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanacak kişi, fiyat hariç alacağı hizmetin kalitesi ve maliyeti konusunda belirsizlik altında seçim yapmaktadır.<sup>35</sup>

Burada en önemli hususlardan biri, alınan hizmetin yeterli ve etkin olmadığı durumlarda ne yapılacağına ilişkindir. Bir tıbbi hata, yeni bir tıbbi müdahale ile düzeltilerabilir. Bu durum birey açısından daha zor koşulların oluşması anlamına gelmektedir. Çünkü daha fazla tıbbi müdahaleyi gerektirecek bir durumun ortaya çıkması hem sağlığı kazanmayı güçleştirir hem de maddi ve manevi maliyetleri arttırır.<sup>36</sup>

Asimetrik bilgilendirmenin bir başka boyutu, hastanın hastanede yatma süresi, verilecek ilaç; ve kullanma süresi, ve diğer konuların tamamen sağlık hizmetini verenler tarafından verilmesiyle, tüketicilerin inisiyatifinin ortadan kalkmasıdır. Birey verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz, pazarlık yapamaz ve sağlık hizmetini deneme şansı da olamaz.<sup>37</sup>

### **1.3. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**

Toplumların sağlık düzeyi, beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli bir katkıda bulunan bir unsurdur. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ekonomik

---

<sup>34</sup> Filiz KANCA SEMERCİ (1995), **Sağlık Hizmetleri Finansmanı**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s: 13.

<sup>35</sup> Ertekin, age, s: 18.

<sup>36</sup> Mutlu Işık, age, s: 57.

<sup>37</sup> Mutlu Işık, age, s: 57.



gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir.<sup>38</sup>

Öte yandan gelişmiş ülkelerin sağlık düzeyleri ile ekonomik kalkınma arasında doğrudan bir ilişkinin varlığını kabul etmemelerine rağmen, toplumların sağlık düzeylerinin yüksek olmasının verimliliği arttıracığı dolayısıyla da ülke kalkınmasını olumlu yönde etkileneceği konusunda iktisatçılar ortak karar içerisindeyler.<sup>39</sup>

Sağlık harcamaları hem insan hayatının süresini uzatarak üretim sürecine katkıda bulunduğu gibi önleyici ve temel sağlık hizmetleri yolu ile yarattığı dışsallıkların nedeniyle büyümeye pozitif katkı yapması beklenmektedir. Bu nedendir ki, sağlık harcamaları büyüme ve verimliliği arttıran harcamalar olarak değerlendirilebilir.<sup>40</sup>

Sağlık, tek tek bireylerin olduğu kadar, bir bütün olarak toplum hayatında da birinci derecede önem taşıyan bir olgudur. Bu nedenle sağlık hizmetleri, hemen her ülkede kamu kesimi tarafından ağırlıklı olarak sunulur. Birçok ülkede hastaneler özellikle kamuya aittir. Gelişmiş ülkelerde de, sağlık harcamalarında devletin payı oldukça yüksektir.<sup>41</sup>

Sonuç olarak toplumun sağlık sorunlarının en iyi şekilde çözülebilmesi için gerekli politikaların izlenilmesi, toplumun ihtiyacını en iyi şekilde karşılayacak sağlık hizmetlerini üretmek ve bu hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirmek günümüz devlet anlayışında önemli ve öncelikli politikalardandır.

### **1.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimini incelerken, bu alanda yaşanan gelişmeleri üç ana başlık altında incelememiz mümkündür. Bu dönemler sırasıyla;

---

<sup>38</sup> Sami TABAN (2007), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, s:4 <<http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/01-01.pdf>> (20.03.2007).

<sup>39</sup> Taban, agm, s: 4.

<sup>40</sup> Ferhat EMİL, Hakan YILMAZ (2003), “Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler”, **18. Maliye Kongresi İçin Hazırlanan Taslak Tebliğ Metni**, s: 10.

<sup>41</sup> Mehmet PALAMUT, Mehmet YÜCE (2001), “Türkiye’de 1980-2000 Döneminde Gerçekleştirilen Gelir Dağılımının İstenen Vergi ile Eğitim ve Sağlık Harcamaları İlişkisi” **16. Maliye Sempozyumu 28-31 Mayıs, Antalya**, s:16.

### 1.3.1.1. 1923-1945 Döneminde Gelişmeler

Cumhuriyet öncesi sağlık alanında, savaş durumlarında acil sağlık hizmetlerine yönelik bir kaç yasadan başka ciddi bir düzenleme yapılmamış, ve bu alandaki hizmetlerin düzenlenmesi o zamanın İçişleri Bakanlığı'na bağlı Sağlık Müdürlüğü tarafından yürütülmüştür. Mayıs 1920 tarihinde ilk Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve Cumhuriyetin ilanı ile beraber sağlık hizmetlerinin kurumlaştırılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Ülkenin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam Türkiye sağlık sisteminin kurulmasına öncülük etmiş ve hizmetlerin organizasyonuna katkıda bulunmuştur. Bu zaman süresince sağlıkta ana hedef, birinci basamak hizmetlerin kurulması ve sık rastlanan bulaşıcı hastalıklarla mücadele olarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra sağlıkta özel girişim yasaklanarak tüm doktorlar Sağlık Bakanlığı için çalışmaya mecbur kılınmış ve hizmetleri karşılığında doktorlara yüksek ücretler sağlanmıştır. Refik Saydam'a göre yerel yönetimler (belediyeler) tedavi edici sağlık hizmetlerini sunarak ikinci basamak sağlık hizmetlerini vermeliydi. Bu doğrultuda ilk olarak numune hastaneleri kurulmuş, sıtma, tüberküloz ve frengi gibi hastalıklarla mücadele için özel kurumlar oluşturulmuştur. Merkezi organizasyonel yapı da önemli hastalıklara gerekli dikkati gösterecek şekilde dikey olarak yapılandırılmıştır. O zaman için hastalıkların sıklığı ve insan kaynaklarının yetersizliği göz önüne alındığında, bu tür bir yapılanma doğru olarak kabul edilse de, bu günümüzde geçerliliğini yitirmiş bir uygulamadır.<sup>42</sup>

### 1.3.1.2. 1945–1960 Döneminde Gelişmeler

İkinci Dünya Savaşı'nda aktif olarak yer almamasına rağmen, savaş Türkiye'yi de her yönden etkilemiştir. Sağlık göstergeleri gerilemiş, sıtma, tifo ve çiçek hastalıkları belirmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde benzer yaklaşım Refik Saydam döneminden sonra da sürmüştür. 1945 yılında Sıtma İle Olağanüstü Mücadele Yasası parlamentoda kabul edilmiştir. Verem ile mücadele için Verem Savaş Derneği'nin şehirlerde, Sağlık Bakanlığı'nın ise kırsal kesimlerde hizmet vermesine karar verilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın bu hastalık ile mücadelede beklenen başarıyı gösterememesi üzerine 1960 yılında Verem Savaş Müdürlüğü kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), öncelikle beden işçilerine sağlık hizmeti sunmak için 1945

<sup>42</sup> Serdar SAVAŞ, et al. In Thomson S. and Mossialos, E. , eds.(2002), **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye**, Kopenhag, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, s:13.

yılında kurulmuştur. “Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri” ise 1952’de anneye ve çocuğa doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmeti sunmak için kurulmuştur.<sup>43</sup>

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra yeni bir anlayışla, koruyucu hizmetlerle beraber tedavi edici hizmetleri de sunan, sağlık ocakları oluşturulmuştur. Refik Saydam döneminin aksine, İkinci Dünya Savaşı’nın ardından tüm sağlık hizmetleri ve Belediye Hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Tedavi hizmetlerine odaklanmak hiç bir sorunu çözmemiş ve hatta temel sağlık hizmetleri personeli açığını arttırmıştır. Tedavi hizmetlerindeki olumsuz sonuçların en belirgin sebeplerinden biri de personel sayısındaki yetersizlik olduğu söylenebilir.<sup>44</sup>

### 1.3.1.3. 1960 Sonrası Dönem

Bu dönem ülkemizin Planlı Kalkınma Dönemidir.1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası (224 sayılı) ve Nüfus Planlama Yasası (554 sayılı) sağlık hizmetlerinin sunumunda değişikliklere yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin sürekli, hakkaniyetli ve nüfusun önceliklerini göz önünde bulundurarak verilmesi konusunda fikir birliğine varılmıştır. Cumhuriyetin önceki yılları ile karşılaştırıldığında bu dönemdeki sağlık politikalarının hedefi, entegre sağlık hizmetlerinin yatay bir yapıda sunulmasıdır. 1961 yılında “Sağlık Hizmetleri Sunumunun Sosyalleştirilmesi Yasası” ile ulusal sağlık hizmeti yerleştirilmeye çalışılmıştır. Vatandaşların katılımı ve devlet bütçesinden ayrılan pay ile desteklenerek vatandaşlara sağlık hizmetlerinin ücretsiz veya düşük bir ücret karşılığı sunulması hedeflenmiştir. Bu yasa ile hükümet, önleyici sağlık hizmetlerini, çevre sağlığı hizmetlerini, sağlık alanında toplumun eğitimine yönelik aktiviteleri ulaşılabilir ve herkesin eşit olarak yararlanabileceği bir şekilde tüm ülkeye yaymayı amaçlamıştır.<sup>45</sup>

1963 yılında sağlık hizmetlerinin sunumu ve altyapı planlaması 5 Yıllık Kalkınma Planı’na dahil edilmiştir. Bu ilk 5 yıllık kalkınma planında sağlık alanındaki hedefler şunlardır:<sup>46</sup>

1. Koruyucu hizmetlere yüksek önem verilecek;

<sup>43</sup> Zafer ÖZTEK (2001), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 1, Sayı 39, s: 60.

<sup>44</sup> Savaş, et al. In Thomson S. and Mossialos, E. , eds, age, s.14

<sup>45</sup> Haydar Sur (1997), “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayıncılık, s: 225.

<sup>46</sup> Savaş, et al. In Thomson S. and Mossialos, E. , eds, age, s:15.

2. Halk sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından planlanacak;
3. Sağlık personelinin dağılımı yurt çapında adil bir Şekilde yapılacak;
4. Halk sağlığına yönelik hizmetler desteklenecek;
5. Ulusal ilaç endüstrisi ve özel hastanelerin kurulması desteklenecek;
6. Üniversal standartlarda bir sağlık sigorta sistemi kurulacak;
7. Devlet hastanelerinin döner sermayeleri olacaktır.

### **1.3.2. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi**

Dünyada sağlık hizmetlerinin gelişimi hastanelerin kurulması ile başlamıştır. Hint ve Arap kültüründe geçmişi çok eski olan hastaneler Güney Avrupa’da papaz ve rahiplerin hizmet sunduğu manastırlar bünyesinde kurulmaya baŐlanmıŐtır. Avrupa’daki ilk hastaneler önceleri kimsesi olmayan yoksullara ve evinden uzak olan yolculara hizmet amacıyla kurulmuştur.<sup>47</sup>

19. yüzyılda bulaşıcı hastalıkların tehdi di karŐısında ve özellikle de kolera, iek ve tifo gibi hastalıkların yayılmasını engellemek amacıyla çok sayıda hastane kurulmuştur. Avrupa’da önce kiliselerin kontrolünde gelişen hastaneler, Fransız İhtilalinden sonra, iyi ynetilemedikleri gerekçesiyle kamu yönetimine devredilmiŐlerdir. Aynı dönemde İspanya, Portekiz ve bu ülkelerin Latin Amerika’daki sömürgelerinde bulunan hastanelerin Katolik kilisesinin kontrolünde olduğu görülmektedir.<sup>48</sup>

İngiltere’de VIII. Henry’nin dini örgütleri baskı altına alması ile birlikte hastanecilik seküler bir geliŐim izlemiŐtir. İngiltere’de 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri kurulana kadar hastaneler yardım kuruluşlarının kontrolünde faaliyetlerini sürdürmüŐlerdir. Bu sistem Kuzey Amerika tarafından da benimsenmiŐ ve kar amacı gütmeyen hastaneler kurulmuştur.<sup>49</sup>

Batı dünyasında baŐlangıçta kar amacı gütmeyen din, ırk, sosyal sınıf farkı gözetmeyen ve gönüllülük temelinde gelişen hastane uygulaması özellikle Amerika

---

<sup>47</sup> Sur, age, s. 218.

<sup>48</sup> Sur, age, s. 219

<sup>49</sup> Sur, age, s. 219

Birleşik Devletleri'nde dini ayrımlara sahne olmuş, ve daha sonraları paralı hale getirilmiştir.<sup>50</sup>

Avrupada hükümet ve yardım kuruluşlarının hastaneciliğe girmesi ile birlikte ödeme gücü olmayan hastalar için tam ya da kısmi zamanlı hekim atanması zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Buna benzer gelişmeler Fransa, İtalya ve İsveç'te de görülmüştür. Bu durum hekimler arası iş bölümü ve uzmanlaşmaya yol açmış ve böylece sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite artışı ortaya çıkmıştır.<sup>51</sup>

## 2. SAĞLIK EKONOMİSİ

Sağlık ekonomisi ise, sağlıkla ilgili faaliyetlerin ekonomik yönü ile alakalıdır. Sağlık ekonomisinin faaliyet alanı, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı, sağlık merkezlerinin ve hastanelerin çalıştırılması ve sağlık hizmetlerinin üretilerek halka yaygınlaştırılması yollarının belirlenmesi gibi sağlık sektöründeki çalışmaları kapsamaktadır.<sup>52</sup>

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin oldukça genç bir alt dalıdır. Esas olarak 1960'larda ilgi çekmeye başladığı söylenebilir. Sağlık ekonomisinin konusu öncelikle sağlık hizmetlerinin ekonomik analizi, bir başka deyişle sağlık hizmetleri sektörünün ekonomik analizidir.<sup>53</sup>

Sağlık ekonomisi genel olarak aşağıdaki konularla ilgilenir:<sup>54</sup>

1. Kaynakların sağlığı geliştirici faaliyetler arasında dağılımı.
2. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde kullanılan kaynakların miktarı.
3. Sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi ve finansmanı.
4. Sağlıkla ilgili konularda kullanılan kaynakların verimliliği.
5. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin kişiler ve toplum üzerindeki etkisi.

<sup>50</sup> Sur, age, s.220

<sup>51</sup> Sur, age, s.220

<sup>52</sup> Sevgi KURTULMUŞ (1998), **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul, s: 20.

<sup>53</sup> Burhan ŞENATALAR, **Sağlık Ekononmisine Genel Bir Bakış**, s: 3  
<<http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/484.pdf>> (25/04/2007)

<sup>54</sup> Hulki UZ (1997), "Sağlık Ekonomisi", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, s: 63.

Ekonomik faaliyetlerde amaç, ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bu ihtiyaçların her biri birey için farklı anlamlar taşımaktadır. Ancak, beslenme, barınma ve sağlık ihtiyaçları bireyler için temel ihtiyaçlardır. Temel ihtiyaçların önemi bu ihtiyaçların talebini etkilemektedir.

Sağlık alanında ihtiyaçlar oldukça fazladır. Ancak, bunun fiili, talebe dönüşen kısmı sınırlıdır. Fiili talepten bahsedebilmek için, bireyin satın alma gücüne sahip olması ve satın alma iradesinin bulunması gerekir. Bireyler çoğu kez sağlığını tehdit eden tehlikelerden haberdar değildirler. Buna bağlı olarak da, ne kadar sağlık ihtiyacının olduğunu bilmemektedirler. Bir hizmetin ihtiyaçla uyumlu hale gelebilmesi için iki aşamadan geçmesi gerekir. Bunlardan ilki; ihtiyaçlar talepler doğrultusunda tanımlanmalı ve bunun devamında da hizmet, talepleri yeterince karşılayabilecek şekilde geliştirilmelidir.<sup>55</sup>

Sağlık hizmeti üretenler, bu hizmeti kullanacak olan tüketicileri sadece sağlık hizmeti alma arzularını değil aynı zamanda onların bu hizmeti almak için ödeme güçlerinin olup olmamasıyla da ilgilenmek zorundadır. Talep, sadece bir sağlık hizmeti almaya olan arzuyu göstermez. Aynı zamanda bu arzunun yoğunluğunu da ifade eder. Kişi veya toplumların sağlık hizmetlerine olan talebin analizi ile, toplumda yaşayan kişilerin bu hizmet için ne kadar ödeyebilecekleri veya ödemeye razı oldukları miktarın ne kadar olduğu tespit edilebilir.<sup>56</sup>

## **2.1. Sağlık Hizmetlerinin Talebi**

Ekonomi literatüründeki talep ile sağlık hizmetleri talebi arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum sağlık mal ve hizmetlerinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan bir mal ve hizmetin tüketiciye fiziksel olarak aynı tatmin düzeyini sağlarken, sağlık hizmetleri tüketicisinin sağladığı tatmin düzeyleri arasında önemli farklar bulunmaktadır. Sağlık hizmeti talebi türetilmiş bir talep olma özelliği ile de diğer mal ve hizmet taleplerinden ayrılmaktadır. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetleri talebi sağlık kavramından türetilmiş bir taleptir. Çünkü sağlık hizmetleri talebi, sağlık talebinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan birbirleriyle ikamesi mümkün olan girdilerin

---

<sup>55</sup> Işık, age, s: 11.

<sup>56</sup> Uz, age, s: 66.

talebinden bağımsız olarak ele alınamaz. Türetilmiş bir talep olmasının bir diğer nedeni doktorun kararının önem ve öncelik taşımasıdır. Sağlık hizmetleri için üretilen mal ve hizmetlere yönelik talep, öncelikle tüketiciler tarafından değil doktorlar tarafından belirlenmektedir.<sup>57</sup>

Sağlık hizmetleri talebinin genel özelliklerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.<sup>58</sup>

1. Toplumda yaşayan bireylerin ne zaman hasta olacağı bilinmediğinden sağlık hizmetlerinin talebi önceden bilinemez.
2. Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir mal veya hizmet kullanımı söz konusu değildir.
3. Sağlık hizmetlerinin ülke çapında yaygın olarak sunulması sağlık hizmetlerine olan talebi arttırır.

### **2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Talebin Etkileyen Faktörler**

Sağlık hizmetlerinin talebini etkileyen faktörleri fiyat, gelir düzeyi, kişilerin zevk ve tercihleri ve finansman yöntemlerinin etkisi olarak 4 alt grupta sıralamak mümkündür.

#### **2.1.1.1. Fiyatın Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkisi**

Genel olarak zorunlu tüketim özelliği gösteren sağlık hizmetlerinin fiyat değişmelerine karşı göstermiş olduğu duyarlılığın zayıf olduğu bilinen bir gerçektir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının yükselmesi veya düşmesi hasta talebini önemli ölçüde değiştirmemektedir.<sup>59</sup>

Sağlık hizmetleri alanında talep ve fiyat ilişkileri incelendiğinde fiyat elastikiyetinin zayıf olduğu gözlenmektedir. Fiyat elastikiyeti, ilaç ve tedavi araçlarında en yüksek, doktor ve hastane hizmetleri alanında ise en düşük orandadır. Sağlık hizmetleri fiyatlarının piyasa kuralları içinde belirlendiği ülkelerde, fiyat ve talep arasındaki ilişkinin güçlü olduğu ileri sürülmektedir. Ancak, fiyatların yüksek tutulması ödeme gücünün düşük olması ve devlet müdahalelerin varlığı bu bağılılığı zayıflatan

---

<sup>57</sup> Mutlu Işık, age, s: 74.

<sup>58</sup> Ertekin, age. ss: 20-21.

<sup>59</sup> Mehmet TOKAT (1994), **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s: 11.

nedenlerdir. Ulusal sağlık sigortaları kapsamında sağlık hizmetlerinin belirli bir bölümünün ücretsiz sunulması da fiyatın sıfıra düşmesi anlamını taşır. Bu durumda fiyat ve talep arasında doğal bir ilişki yoktur.<sup>60</sup>

### **2.1.1.2. Gelirin Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkisi**

Sağlık mal ve hizmetlerine olan talebi tayin eden en önemli faktörden birisi bireylerin gelir seviyeleridir. Gelir arttıkça sağlık hizmetlerine olan talebin artması da beklenmektedir.<sup>61</sup>

Düşük gelir düzeylerinde gelir esnekliği fiyat esnekliğinden daha fazla olmaktadır. Gelir artışlar, belirli bir noktaya kadar sağlık hizmetleri tüketimini önemli ölçüde artırır ve doyum noktasına yaklaştıkça esneklik azalmaya başlar. Belli bir noktadan sonra gelir artışı olsa bile çok büyük değişiklik olmaz.<sup>62</sup>

Kişilerin gelir seviyeleri ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleri yükseldikçe sağlık harcamalarının artması Engel Kanunlarına göre açıklanmaktadır. Bu kanunlara göre, kişinin geliri yükseldikçe, gelirin daha küçük bir kısmı yiyecek, içecek gibi birincil üretim sektöründe üretilen mallara yönelecektir. Engel Kanunlarına göre bireyin geliri yükseldikçe giyim ve mesken giderleri gibi ikincil üretim maddelerine olan talep sabit kalırken üçüncül üretim kesimlerinde hijyen, kültür, öğretim gibi harcamaların oranı artmaktadır.<sup>63</sup>

Engel Teorisi'ne göre, gelir arttıkça gıda ve giyime ayrılan pay oransal olarak düşerken, sağlığa ayrılan pay ortalamanın üstünde artmaktadır.<sup>64</sup>

### **2.1.1.3. Kişilerin Zevk ve Tercihlerinin Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkisi**

Bir mal ve hizmetin talebi üzerinde tüketicilerin zevk tercihlerinin etkisi önemlidir. Tüketicilerin hangi mal ve hizmeti tercih edeceği, bireylerin alışkanlıkları, zevkleri ve kültür seviyeleri o mal ve hizmetin talebini belirlerken önemlilik arz eder.

Bireylerin sağlık hizmetleri konusundaki talepleri nüfus, eğitim, çevre ve genetik özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterir. Cinsiyet ve yaş yapısı da sağlık

<sup>60</sup> Mutlu vd, age, s: 75.

<sup>61</sup> Sevgi KURTULMUŞ (1998),*Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, s: 154.

<sup>62</sup> Mutlu Işık, age, s: 75.

<sup>63</sup> Kurtulmuş, age, s: 156.

<sup>64</sup> Tokat, age, s: 11.



hizmetleri talebi üzerinde etkili olmaktadır.<sup>65</sup> Başka bir ifadeyle, erkek ve kadınların karşılaştıkları hastalıkların farklı oluşu, değişik yaş grubundaki bireylerin karşılaştıkları hastalıkların farklılıkları nedeniyle talepleri de farklılık gösterir.

Toplumların kültürleri ve buna bağlı olarak yaşam tarzları ve de almış oldukları eğitim düzeyi sağlık hizmeti talebini önemli ölçüde etkilemektedir. Şöyle ki; kapalı ekonomi ve birleşik aile yaşamını sürdüren kırsal kökenli toplumlarda kişiler daha az sağlık hizmeti talebinde bulunurken; sanayi toplumuna geçmiş ve değişik bir hayat tarzı benimsemiş toplumlarda sağlık hizmeti daha çok talep edilmektedir. Özellikle de eğitim düzeyi, sağlık hizmeti talebini oldukça etkilemektedir.<sup>66</sup>

#### **2.1.1.4. Finansman Yöntemlerinin Sağlık Hizmetleri Talebi üzerine Etkisi**

Sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen faktörler arasında ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerinin nasıl ve hangi şekilde finanse edildiği de ayrı bir önem taşımaktadır. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu uygulamalarda talep katsayısı düşerken, devletin finansmanı tamamen karşıladığı üniversal sistemlerde veya kısmen finansmana katıldığı, sosyal sigortalar gibi kurumların devrede olduğu sistemlerde sağlık hizmetlerinin talep katsayısı yükselmektedir.<sup>67</sup>

Kişilerin özellikle zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınması, fiyat ve gelirin talep üzerindeki etkisini ortadan kaldırmakta ve talebi arttırmaktadır. Genel sağlık sigortasının uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetleri talebinin yüksek boyutlara ulaşması bu duruma bir örnek gösterilebilir.<sup>68</sup>

## **2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Çeşitleri**

Sağlık hizmetleri talebi kişisel ve toplumsal sağlık hizmetleri talebi olarak ikiye ayrılmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin böyle bir ayırımı tabi tutulması finansman kaynağı ve finansman yöntemini de etkilemektedir. Toplumsal sağlık hizmetleri talebi söz konusuysa, sağlık hizmetlerinin kamusal mal özelliği artmakta buna paralel olarak da kamu finansman ihtiyacında artış görülmektedir.

---

<sup>65</sup> Mutlu Işık, age, s: 84.

<sup>66</sup> Tokat, age, s: 13.

<sup>67</sup> Kurtulmuş, age, s: 158.

<sup>68</sup> Tokat, age, s: 13.

### **2.2.1. Kişisel Sağlık Hizmetleri Talebi**

Kişisel sağlık hizmetleri talebi, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri alanında olmaktadır. Kişisel sağlık hizmetleri talebi daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerinde kendini göstermektedir.<sup>69</sup>

### **2.2.2. Toplumsal Sağlık Hizmetleri**

Toplumsal sağlık hizmetleri talebi, genellikle koruyucu sağlık hizmetleri niteliğindedir. Bu hizmetler; çevre sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, sağlıklı içme suyu teminine vb. yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetlerin ortak özelliği toplumsal faydayı arttırmaya yönelik olmalarıdır. Toplum sağlığını korumak ve geliştirmeye yönelik toplumsal sağlık hizmetleri, daha sonra ortaya çıkacak ve önemli ölçüde sağlık harcamaları gerektirecek sağlık sorunlarının önlenmesi açısından, kamu finansman kaynaklarına olan ihtiyacı arttırmaktadır.<sup>70</sup>

### **2.3. Sağlık Hizmetlerinin Arzı**

İktisadi bir terim olarak arz; piyasada var olan herhangi bir malın, belirli bir zamanda ve belirli bir fiyattan, satılmak için piyasaya sunulan mal ya da hizmet miktarı olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık ekonomisi içerisindeki anlamıyla sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetleri satmaya razı oldukları miktardır.<sup>71</sup> Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetleri arzı, her türlü sağlık hizmeti vermeye yönelik koruyucu, ayakta ve yataklı tedavi birimleri ve kurumları tarafından verilen koruyucu sağlık hizmetleri ile ilaç ve diğer tıbbi alet ve malzemelerinin miktarını ifade eder.<sup>72</sup>

Sağlık hizmetlerinin arzının özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkün olmaktadır:

1. Sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık piyasasının kendine has özellikleri nedeni ile diğer mal ve hizmetlerin arzından farklılık göstermektedir. Her şeyden

---

<sup>69</sup> Dağıstan, age, s: 9.

<sup>70</sup> Dağıstan, age, ss: 9-10.

<sup>71</sup> Orhaner, agm, s: 4.

<sup>72</sup> Tokat, age, s: 26.

önce sağlık piyasasında arz miktarı sınırlıdır. Sağlık hizmeti arz edenler genelde kendi aralarında bir monopol oluşturabilmektedir.<sup>73</sup>

2. Sağlık piyasasında sağlık hizmetlerinin arzında meydana gelen bir artış çoğunlukla talepte ve fiyatlarda bir düşüşe neden olmaz. Aksine, arz artışı talep artışına neden olabilir. Piyasa ekonomisindeki “talep arzı doğurur” kuralı tersine sağlık piyasasında, sağlık hizmetlerine yönelik yeni teknolojik buluşların ortaya çıkması ve uygulanması ile “arz talebi doğurur” şeklinde kendini göstermektedir.<sup>74</sup>
3. Diğer mal ve hizmetlerin arzını arttırmak genellikle kısa bir sürede mümkün olduğu halde, sağlıkta arz artışını sağlamak uzun bir zaman gerektirmektedir. Doktor ve hemşire gibi sağlık personelinin yetiştirilmesi, yeni bir hastanenin kurulup faaliyete geçmesi uzun yıllar almaktadır. Ayrıca bunlara ilave olarak, yeni ilaç ve tedavi yöntemlerinin uzun araştırma safhaları ve deneme sürelerinden sonra kullanıma sunulması da sağlık hizmetlerine olan arzın uzun dönemde değişebileceğinin bir kanıtı olarak sunulabilir.<sup>75</sup>
4. Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde idarelerin aldığı karar etkili olmaktadır. İdare, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşan fiyatı denetim altında tutar. İdare düşük gelir sahibi kişilere de sağlık hizmetlerini ulaştırabilmek için piyasaya girebilir. Bu süreçte üretici olarak doğrudan aktif rol oynayacağı gibi, piyasaya girmeden –dışarıdan- sadece düzenleyici kuralları da koyabilir. İdarenin bu iki yönlü hareketi sağlık hizmetlerinin arzı üzerinde etkili olabilecek davranışlardır.<sup>76</sup>
5. Sağlık hizmetleri piyasasında fiyat, yasa ve yönetmeliklerle belirlenen bir fiyat denetimine tabidir. Sağlık hizmetleri piyasasına girebilmek için belirli özellikleri taşımak (diploma sahibi olmak gibi), belirli kuruluşlardan izi almak (ilaç ruhsatı almak gibi) ve yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen asgari fiyat tarifelerine uymak gibi zorunluluklar piyasaya girişi

---

<sup>73</sup> Kurtulmuş, age, s: 182.

<sup>74</sup> Kurtulmuş, age, s: 183.

<sup>75</sup> Kurtulmuş, age, s: 183.

<sup>76</sup> Işık, age, s: 11.

zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında aynı konuda birçok farklılıklar olabilir. Aynı konuda verilen sağlık hizmetlerinde; başta doktor olmak üzere, sağlık kurumlarının, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan teknolojik yöntemlerin vb. gibi faktörlerin etkisi ile önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır.<sup>77</sup>

6. Sağlık sektöründe arzın arttırılması ancak var olan kapasitenin arttırılması ya da yeni yatırımların yapılması ile mümkün olabilmektedir. Bu durum yüksek maliyetleri de beraberinde getirmektedir.<sup>78</sup>
7. Sağlık hizmet talep edenler genellikle teknik bilgiye sahip değildirler. Bireyler piyasada var olan sağlık hizmetlerinden hangisine ihtiyaçları olduğunu belirleyemezler. Sağlık hizmeti talep eden bireyler, uygulanacak teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında, uzman hekimin gerekli olup olmadığı gibi konularda bilgi sahibi değildirler. Bu konuda tam bilgi sahibi olan kişiler bu hizmeti sunan doktorlardır, ve hizmeti talep eden bireylere bilgilendirme doktorlar tarafından yapılır. Sağlık hizmeti talep eden bireyler çoğu durumda karar verme yetkisini bu hizmeti sunan doktorlara bırakırlar. Sağlık hizmetini talep eden bireyler tam bilgi sahibi olamamalarına karşılık, sağlık hizmet sunucuları piyasa hakkında tüm bilgiye sahiptirler.<sup>79</sup>
8. Sağlık hizmetlerinin arz esnekliği düşüktür. Sağlık hizmetlerinin arzını belirleyen faktörler; fiyat, fiziki altyapı, kullanılan teknoloji ve fiili kapasitenin kullanım düzeyidir. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması durumunda; talebi karşılayacak düzeyde hemen bir arzın yaratılması ise mümkün değildir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin arz esnekliği düşüktür.

Sağlık hizmetlerinin arz edilme biçimleri sağlık hizmetlerinin talebi üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Sağlık hizmetleri arzı serbest başvuru ve sevk zinciri yöntemleri ile olabilmektedir.

---

<sup>77</sup> Sevinç TOKALAŞ (2006), **Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s: 31.

<sup>78</sup> Tokalaş, age, s: 31.

<sup>79</sup> Tokalaş, age, s: 32.

### **2.3.1. Serbest Başvuru Yöntemi ile Arz**

Serbest başvuru yönteminde; kişiler istedikleri sağlık kuruluşuna herhangi bir sevk ya da yönlendirmeye gerek duymadan müracaat etmeleri esasına dayanır. Bu yöntemde kişiler birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara direkt olarak başvurmakta ve ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini doğrudan müracaat ettikleri sağlık kuruluşundan talep edebilmektedir.<sup>80</sup>

### **2.3.2. Sevk Zincir Yöntemi ile Arz**

Sevk zinciri yöntemi, sağlık hizmetlerinin niteliklerine göre sınıflandırılması ve bu sınıflar arasında geçişin sevke bağlanması ilkesine dayanmaktadır. Bu yöntem kaynakların daha etkin kullanılması için kurulmuştur.<sup>81</sup>

Bu yöntemde sağlık hizmetleri üç grupta tanzim edilmiştir:<sup>82</sup>

1. Kişiyeye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri ve ilk yardım hizmetleri gibi sağlık hizmetlerini içermektedir. Ülkemizde bu sağlık hizmetleri sağlık ocakları, dispanserler gibi sağlık kuruluşlarınca yapılmaktadır.
2. Tıbbi bilgiler ışığında teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin ayakta ve yatarak verildiği sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmeti de ülkemizde, Devlet Hastaneleri, SSK Hastaneleri, özel hastaneler, poliklinikler, yataklı sağlık merkezleri gibi sağlık kuruluşları tarafından yürütülmektedir.
3. Birinci ve ikinci grupta çözülemeyen sağlık problemleri ile özel ihtisas gerektiren sağlık hizmetleri bu grupta yerine getirilir. Ülkemizde bu hizmeti, Üniversite Hastaneleri, Eğitim Hastaneleri, Sanatoryumlar ve Akıl ve Ruh Sağlığı Hastaneleri tarafından yürütülür.

---

<sup>80</sup> Dağıstan, age, s: 8.

<sup>81</sup> Dağıstan, age, s: 8.

<sup>82</sup> Dağıstan, age, s: 8.

## 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı; sağlık hizmetlerinin üretiminde için ihtiyaç duyulan kaynaklar için gerekli paranın teminidir. Sağlık hizmetleri finansmanı konusunda iki temel yaklaşım bulunmaktadır.<sup>83</sup>

Birinci yaklaşım; sağlık hizmetleri finansmanının sadece bireyin sorunu değil, toplumsal bir sorun olduğudur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet tarafından sağlanmalıdır. Bu yaklaşım sosyal-devlet anlayışına tabi bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım içinde sağlık hizmetleri alınıp satılan bir mal değildir. Sağlık herkesin doğuştan sahip olduğu bir haktır ve bu hakkı sağlamak ve temin etmek devletin temel görevlerindedir anlayışına dayanmaktadır.<sup>84</sup>

İkinci yaklaşım ise; bireylerin kendilerinden sorumlu olduğu anlayışına dayanmaktadır. Bireyler, ihtiyaçlarını nasıl bir bedel ödeyerek almaktaysa, sağlık hizmetlerini de aynı şekilde bedelini ödeyerek piyasadan satın almalıdır fikrini savunmaktadır.<sup>85</sup>

Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin yapılanmasını belirleyen temel öğelerden birisi de bu hizmetlerin finansman kaynaklarının neler olduğudur. Hizmetlerin finansman biçimi sağlık sektörünün diğer alt yapı özelliklerini de önemli oranda etkilemektedir. Ayrıca hizmetin gerektirdiği finansmanın sağlanamaması veya sağlanan finansmanın iyi kullanılamaması durumunda hizmetlerin başarısız olması kuvvetle muhtemel bir durumdur.

Sağlık hizmetlerinin sağlıklı ve topluma yararlı bir şekilde yürütülebilmesi için, sağlık hizmetleri finansmanının önemini oldukça iyi anlamak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretiminde amaç; sağlık hizmetlerinin düzeyini yükseltmektir. Ulusal ekonominin amacı ise, toplumun tüm yaşam alanlarındaki refah seviyesini ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu nedenle de, ülke ekonomilerinin sahip olmuş olduğu

---

<sup>83</sup> Şeref BESİM (2001), "Sağlık Ekonomisi-Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet Kavramı Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye" **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı** Cilt 2, Sayı 40, s: 1628.

<sup>84</sup> Besim, age, s: 1628.

<sup>85</sup> Besim, age, s: 1628.

sınırlı kaynakların kullanımından sağlık hizmetlerine ayrılan paranın, miktarından ziyade harcanan paranın verimliliği büyük önem taşımaktadır.<sup>86</sup>

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerini genel olarak sıraladığımız zaman, hizmet sırasında bedel ödeme yöntemi, kamu genel bütçesi kaynaklı finansman, zorunlu sosyal sigorta kaynaklı finansman, özel sigorta veya kapalı ağ sistemi olmaz üzere beş başlık altında gruplandırılmamız mümkün olabilmektedir.

#### **2.4.1. Hizmet Sırasında Bedel Ödeme Yöntemi**

Doğrudan finansman yöntemi olarak bilinen bu yöntemde, sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylerin almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmet talep eden kişi, arzı gerçekleştiren kamu, özel kurum ya da kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Tüketiciler, diğer piyasalarda mal ve hizmeti nasıl satın alabiliyorsa, bu yöntemde de hizmet talep edenler üretim biriminden hizmeti satın alabilmektedir.<sup>87</sup>

Hizmet sırasında bedel ödeme yönteminde, arada üçüncü parti ödeyiciler olarak adlandırılan ödeme grupları yer almaz. Bu yöntemde kişi her ödeme için kendi bütçesinden karşılar. Ayrıca, bireyin belli bir sosyal güvenlik kuruluşuna üye olması durumunda ve sosyal güvenlik kurumunun hizmeti üretmesi durumunda da arada başka bir kişi ve kurum olmayacağından bu durum doğrudan finansman yöntemi olarak değerlendirilebilir.<sup>88</sup>

Hizmet sırasında bedel ödeme yönteminin işleyişine baktığımız zaman, kamu ve özel kesim tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol açtığı mali yük, tüketicinin kendisi tarafından karşılanmakta ve tüketiciler arasında risk paylaşımı olmamaktadır.<sup>89</sup>

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi, sağlık hizmetleri talebi üzerinde etkili olabilmektedir. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu durumlarda talep katsayısının düşük olduğu gözlenirken, aracı mali kurumların bulunduğu dolaylı

---

<sup>86</sup> Recep AKDUR (2001), "Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi", **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40, s: 1571.

<sup>87</sup> Işık, age, s: 19.

<sup>88</sup> Mutlu, Işık, age, s: 283.

<sup>89</sup> Mutlu, Işık, age, s: 283.

finansman sisteminde tüketicinin hizmeti talep etme katsayısı yükselmektedir.<sup>90</sup> Kişilerin ödeme yaptığı doğrudan finansman yönteminde özellikle yüksek hastalık riski altında bulunan alt gelir gruplarının hizmet talebi düşük kalmakta ve sağlık ihtiyaçları tam bir talebe dönüşmemektedir.<sup>91</sup>

#### **2.4.2. Vergiye Dayalı Finansman Yöntemi (Beveridge Modeli)**

Refah devleti kavramının önemi, günümüzde önemli bir noktaya gelmiştir. Özellikle de sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi günümüzde kamu kesimi için en önemli görevlerin başında gelmektedir. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedefine varmak isteyen ülkeler için sağlık hizmetinin sunumunda devletin daha etkin bir rol üstlenmesi görüşü sağlık harcamaları finansmanın kamu tarafından gerçekleştirilmesi isteğini de öne plana çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklı finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynakların, vatandaşlardan genel vergiler yoluyla toplanmasını ve sağlık hizmetlerinin tüm giderlerinin kamu bütçesinden karşılanmasını amaçlamaktadır. Sağlık hizmeti alan, bu hizmeti veren kişi ve kurumlar arasında doğrudan bir para ilişkisi yoktur.<sup>92</sup>

Bu yöntemde, üretici ve tüketici arasındaki para alışverişi üçüncü bir kurum tarafından yapılmaktadır. Para bir aracı kuruluş tarafından vergi, prim ve benzeri adlarla kişilerden peşin olarak toplanır, daha sonra bireylerin aldığı mal veya hizmetin karşılığında bu kuruluş tarafından üreticiye ödenir.<sup>93</sup>

Sağlık sisteminin içerisinde çok çeşitli finansman yöntemleri olmasın rağmen, sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak genel vergiler ve primler kullanılmaktadır. Kamu finansmanında temel seçim vergiler ve zorunlu sigorta arasında yapılmaktadır.<sup>94</sup>

Vergi kaynaklı finansman yönteminde, kişilerden para vergiler yoluyla ve maliye aracılığıyla toplanır. Toplama biçimi ise ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilir.

<sup>90</sup> Savaş YILDIRIM (1994), **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Yayınları, Ankara, s: 43.

<sup>91</sup> Mutlu, Işık, age, s: 284.

<sup>92</sup> Akdur, agm, s: 21.

<sup>93</sup> Akdur, agm, s: 1573.

<sup>94</sup> Didem SÖYLEMEZ, Meryem DURNA (2001), "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ülkemizdeki Durum" **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40, s: 1645.



Genel vergilere dayalı ve genel bütçe içinde biriktirme şeklinde olabileceği gibi, genel bütçe dışında özel bir fonda biriktirme şeklinde veya her iki şeklin kullanımıyla da olabilir. Toplanan bu paralardan oluşan genel bütçelerden, hükümetlerin programları ve tercihleri doğrultusunda sağlık hizmetleri finanse edilir.<sup>95</sup>

Bu finansman yönteminde, özel vergiler de kamu gelir kaynakları arasında yerini almaktadır. Özel vergiler, bazı mallar (sigara, içki, lüks tüketim malları vb) veya hizmetlerin (eğlence, seyahat vb) üzerinden alınan vergiler olup, sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları içerisinde yer alabilmektedir.<sup>96</sup>

Kamu kaynakları ile karşılanan finansman yöntemi üç şekilde meydana gelmektedir:<sup>97</sup>

- 1- Kamu geri ödemesi: Bu sistemde hasta hizmeti kullandığı anda fiyatını öder. Bunun tamamı veya bir kısmı daha sonra ilgili kamu kuruluşunca hastaya geri ödenir. Fransa ve Belçika bu uygulamaya örnek olarak gösterilebilir.
- 2- Kamu sözleşmesi modeli: Bir kamu kurumu veya hastalık fonu hizmet başı veya kişi başı esasına göre üreticiye doğrudan ödeme yapar. Almanya, Hollanda ve İngiltere bu modele örnek olarak gösterilebilir.
- 3- Entegre Model: Üretici ile finansmanı sağlayan kurumun uyumuna dayanır. Bu modelde, hasta kamu kurumuna ödeme yapar ve hizmeti de bu kuruma bağlı olan bir kurum yerine getirir. Bu model İspanya ve İrlanda'da uygulanmaktadır.

#### **2.4.3. Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman (Bismarc Modeli)**

Bu yöntemde kamu tarafından kurulan sigorta örgütlerine, bireyler aylık ve belli bir ön ödemede (prim) bulunur ve bu ödemelerle (primlerle) bir sigorta fonu oluşturulur. Daha sonra kişilerin sağlık harcamaları bu fondan karşılanır.<sup>98</sup>

<sup>95</sup> Akdur (2001), age, s: 1573.

<sup>96</sup> Ömer Faruk BATIREL (1993), "Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansman Konusunda Yeni Yaklaşımlar" İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, Prof. Memduh Yaşa'ya Armağan, Otuz Dördüncü Seri, 1990/91, İstanbul, s: 23.

<sup>97</sup> İlker BELEK, Ata SOYER (1999), **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul, s: 99.

<sup>98</sup> Akdur, agm, s: 21.

Toplumda belli koşullara sahip her bir birey bu sigortaya dahil olmak ve belli bir ön ödemede bulunmak zorundadır. Zorunlu bir sigorta olması da zaten bu uygulamadan gelmektedir.<sup>99</sup> Özünde hizmete özgü vergi niteliğinde olan aylık primler, kişinin bordrosundan veya ücretinden her ay otomatik olarak kesilerek prim ödemesi tahsil edilmektedir. Bu durum sağlık harcamaları için peşin ve dolaylı para ödemenin diğer bir yoludur. Bu yöntemde kişiler adına toplanan aylık primler, tamamen yükümlüden toplanan hizmete özel vergi niteliğindedir.<sup>100</sup>

Çalışanların söz konusu mali kurumlara üye olmadığı durumda talep ettikleri hizmetin maliyetine katlanmaları gerekmektedir.<sup>101</sup> Diğer taraftan; bu yöntemde işsizler veya kayıt dışı ekonomide çalışanlar ya sigorta kapsamı dışında kalır ya da onların primleri genel bütçeden karşılanır.<sup>102</sup>

Genel bütçe kaynaklı finansman ile zorunlu kamu sigortacılığına dayalı finansman arasında büyük bir farklılık bulunmaktadır. Genel bütçe kaynaklı finansmanda para genel vergilerden toplanıp genel bütçede birikirken, zorunlu kamu sigortacılığına dayalı finansman yönteminde ise, para sigorta primi halinde toplanır ve özel bir bütçede biriktirilir.<sup>103</sup>

#### **2.4.4. Özel Sigorta Yöntemi ile Finansman**

Gelişmiş ülkelerin çoğunda devlet kamu sağlık hizmetlerinin finansmanında etkin güç olmasına rağmen özel finansman da önemli bir yer tutmaktadır.<sup>104</sup> Özel sigorta ile finansman yönteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı, tamamen kar amacıyla kurulmuş özel sigorta şirketleri tarafından sağlanmaktadır. Bu yöntemde; kişiler sosyal statü ve ekonomik güçlerine göre ve istek ve arzularına göre çeşitli özel sağlık sigortalarına aylık peşin ödemelerde bulunur.<sup>105</sup>

Özel sigortayı sosyal sigortadan ayıran iki temel özelliği vardır. Bunlardan birincisi, özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı kapsamaz. İkincisi ise, özel sigorta primleri sosyal sigortada olduğu gibi bir havuzda

---

<sup>99</sup> Belek , Soyer, age, s: 93.

<sup>100</sup> Akdur, agm, s: 1575.

<sup>101</sup> Mutlu, Işık, age, s: 288.

<sup>102</sup> Akdur, agm, s: 1575.

<sup>103</sup> Akdur, agm, s: 1575.

<sup>104</sup> BESLEY T, J HALL., and I PRESTON (1999), "The Demand of Private Health Insurance: Do Waiting List Matter?", **Journal of Public Economics**, s: 155.

<sup>105</sup> Akdur, agm, s: 1577.

toplanmış riske göre değil, sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önünde bulundurularak belirlenmekte, buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye, gruptan gruba farklılık gösterebilmektedir.<sup>106</sup>

Günümüzde sağlık sigortasının uygulanma nedeni arasında sağlık sektörüne yaratacağı ek kaynak önemlilik arz etmektedir. Sağlık sigortası diğer kaynakların tersine, sadece sağlık için harcanacak kadar bir kaynak yaratır. Nüfusun çoğunun, informal ekonomik sektörde yer alması sigortanın yaygınlaştırılmasının ve sağlık için ek kaynak yaratabilmenin önündeki en önemli engeldir. Bu sorun hem gelişmekte olan ülkeler için hem de gelişmiş ülkeler için geçerlidir. Ülkeler sağlık sigortalıları yolu ile karşılaştıkları bu sorundan kurtulmak için sağlık sigortalılarını ek bir gelir kaynağı olarak kullanmaktadır.<sup>107</sup>

Özel sigorta uygulaması sağlık hizmetine olan talebi arttırır. Buna Moral Tehlike Mekanizması adı verilir. Sigortalının moral tehlike etkisi maliyetleri arttıracaktır. Çünkü bu mekanizmaya göre, bireylerin sigortalı olması ve hizmet tüketiminde sınırın konulmaması bireylerin sağlık talebi, sigorta yapan kurum veya kuruluşu zarara uğratacak boyutlara taşır. Diğer yandan da, özel sigorta yönetsel etkinlik açısından da sakıncalara sahiptir.<sup>108</sup>

#### **2.4.5. Kapalı Ağ yöntemi**

Kapalı ağ yöntemi ise, sağlık hizmeti üreten bir organizasyona veya bir şirkete, kişilerin altı aylık veya bir yıllık peşin ödemede bulunarak abone veya üye olması şeklinde işleyen bir yöntemdir.<sup>109</sup>

Kapalı ağ yöntemi özel sigortacılığın değişik bir uygulamasıdır. Özel sigortacılık yönteminden farklı olarak, şirketlerin kurucularının bir grup hekim olması ve özellikle evde ve ayakta tedavi hizmetlerinin bizzat bu kuruluş tarafından yürütülmesini ve finansmanının da yine bu kuruluş tarafından karşılanmasını ifade eder. Amerika Birleşik Devletleri dışında çok rastlanılmayan bir yöntemdir.<sup>110</sup>

<sup>106</sup> Türkan YALÇIN, Hasan Hüseyin YILDIRIM (2001), "Sağlık Hizmetleri Finansmanı" **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40, s: 1649.

<sup>107</sup> WHO (1993), **Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services**, Technical Report Series, Geneva, ss: 28-31.

<sup>108</sup> Belek, Soyer, age, s: 89.

<sup>109</sup> Akdur, agm, s: 1578.

<sup>110</sup> Akdur, agm, s: 1578.

## **2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemlerine Alternatif Yöntemler**

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan problemler alternatif çözüm arayışlarını da beraberine getirmiştir. Finansman problemlerinin öncelikli çözüm yolunun, finansman kaynaklarının arttırılması genel kabul gören bir uygulama olmuştur. Bunu iki şekilde gerçekleştirmek mümkündür. Bunlardan ilki, hükümet kaynaklarının daha fazla oranda sağlık hizmetleri için kullanılması ve ikinci yolu ise vergilerin arttırılmasıdır. Ancak gelişmekte olan ülkeler açısından her iki yönteminde güçlükleri bulunmaktadır. Bu durumda ülkeler farklı çözüm yollarına başvurmayı denemektedirler.

Günümüzde, sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından varolan uygulamalara ek olarak ileri sürülen temel yaklaşımları dört başlık altında toplamamız mümkündür.

### **2.5.1. Maliyet Yaklaşımı**

Bu yöntemde ileri sürülen görüş, hizmeti kullanan tüketicilerin tamamının hizmetin maliyetine katılmasının sağlanmasıdır. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri için kullanıcıya ek ödeme yükümlülüklerinin getirilmesini ifade eder. Bu yöntem ile, bireylerin karşılıklarını ödedikleri hizmetleri daha dikkatli kullanacakları ve dolayısıyla da aşırı kullanımı önleyeceği varsayılmaktadır. Ancak, aşırı kullanımı engellemesine rağmen toplum içinde varolan eşitsizliklerin de dar gelirliler aleyhine daha da artacağı belirtilmektedir.<sup>111</sup>

### **2.5.2. Tüketici Katkıları**

Tüketici katkıları hizmetin kullanılması anında tüketicilerin doğrudan yaptığı ödemelerdir. Kaynakların sınırlı olması, finansmanda tüketici katkılarının oluşturulması veya artırılması konusundaki eğilimleri güçlendirmektedir. Uygulamada tüketici katkıları; sağlık üretim birimine yaptıkları ödeme, ilaç ödemeleri, sevk sistemine uymayanlar için getirilen ödemeler şeklinde olabilir. Tüketici katkılarının sağladığı faydalar; kullanıcılar tarafından sağlık hizmetlerine olan gereksiz aşırı talebi kısıtlayabilir, farklı hizmet basamakları için farklı miktarlarda belirlenen kişilerin yararına fayda sağlayabilir, hizmet sunucu, hastasına ek bir mali yük getirebileceği için

---

<sup>111</sup> Calum APTON, **Health Policy and Management**, Chapman and Hall London UK, 1996, ss: 25-30.

gereksiz hizmet sunmadan kaçınabilir, elde edilen gelir hizmetlerin iyileştirilmesi için yeni bir kaynak olarak kullanılabilir.<sup>112</sup>

### **2.5.3. Toplum Finansmanı**

Bu yöntem, toplumun sahip olduğu ancak kullanılmayan, atıl duran kaynakların, ya da değişik amaçlarla kullanılmakta olan çeşitli kaynakların sağlık hizmetlerinin finansmanı destekleyecek biçimde kullanılmasını öngörür. Bu yöntemde, kişilerin ve toplumun parasal yardımında bulunmalarının yanında, emek, ürün ve diğer faktörleri de sağlık alanına tahsil etmeleri kabul edilir.<sup>113</sup>

Toplum yöntemiyle elde edilecek faydalar; kaynakların yerel düzeyde kullanılmasına olanak sağlaması, toplum finansmanı yöntemiyle sağlık çalışanlarının gelir arttırıcı faaliyetlere daha fazla oranda ilgi duyması, hizmetin yerel nüfusun gereksinimlerine göre planlanması ve finansmana katılan toplumu, maliyeti denetleyici bir eğilime yönlendirmesi olarak sıralamak mümkündür.<sup>114</sup>

### **2.5.4. Gönüllü Sağlık Organizasyonları**

Sağlık hizmetlerinde varolan finansman yöntemlerine alternatif olacak diğer bir finansman yöntemi de kar amaçlı olmayan gönüllü sağlık organizasyonlarıdır. Bu organizasyonlar çeşitli vakıflar, dernekler ve hayır kurumlarından oluşmaktadırlar. Bu tür kurumlar sağlık hizmetleri finansmanı açısından ek kaynak yaratmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde finansman kaynağının sınırlı olması bu tür kurumların sağlayacağı finansman ve hizmetlerin önemini arttırmaktadır.

---

<sup>112</sup> Işık, age, ss: 28-29.

<sup>113</sup> Işık, age, s: 29.

<sup>114</sup> Işık, age, s: 29.

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE ve OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ ve SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMAN UYGULAMALARI

Günümüzde ülkelerin gelişmişliği, sanayileşme ve istihdam düzeyinden çok toplumların eğitim ve sağlık göstergeleri ile açıklanmaktadır. Başka bir ifadeyle, kalkınma, ülkelerin eğitim ve sağlık düzeyleriyle özdeşleşmiş durumdadır. Eğitim ve sağlık problemlerini çözebilmiş ülkeler kalkınmış ülke olarak kabul edilmektedir. Bu durum; sağlık sektörünün, toplum yaşamındaki sosyo-ekonomik önemini vurgulamaktadır.<sup>1</sup>

Devletler sağlık hizmetlerini yerine getirirken bu bilincin farkında olarak bu hizmetleri gerçekleştirir. Kamu kesimi sağlık hizmetlerini, öncelikli olarak kendisine ait kurumlarda ve eğer varsa kendi ülkelerindeki sosyal güvenlik kuruluşlarına ait tesislerde gerçekleştirir.

Ülkemizde, sağlık bakanlığı ve diğer bakanlıkların sağlık tesislerinin yanında sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık tesislerinde de sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Ülkemizde oldukça geniş bir yelpazede sunulan sağlık hizmetleri içinde sosyal güvenlik kuruluşlarının kendi sigortalılarına sunduğu hizmetler de yadsınamayacak boyuttadır.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının geniş boyutlara ulaşan hizmetleri, sosyal güvenliğin finansmanının önemini de beraberinde getirmektedir. Bu bölümde sosyal güvenliğin hangi yöntemlerle finanse edildiği üzerinde durulacak, ayrıca ülkemizde ve dünyada gerçekleşen sağlık harcamaları ve bunların finansmanı üzerinde durulacaktır.

---

<sup>1</sup> Asomedy (2004), “Türk Sağlık Sektörünün Ekonomik Boyutu”, *Asomedy Dergisi*, Şubat, s:63.

## 1. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ ve FİNANSMANI

Son yirmi beş yıl içerisinde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içerisindeki payı giderek artmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu artış, hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenleri farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar, sağlık hizmeti kullanımının artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygınlaşması, halkın beklentilerinin artması ve teknolojik gelişmeler gibi nedenlerden kaynaklanabilir.<sup>2</sup>

OECD ülkelerinde sağlık sektörünün boyutu ve önemi artmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sağlanan ilerleme ve yeni ilaçların geliştirilmesi son yıllarda OECD ülkelerinde sağlık alanında istikrarlı düzenlemelere ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.<sup>3</sup>

### 1.1.OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Gelişmiş ülkelerde, 1950’li yıllarda toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasılaya (GSMH) oranları %2 ile %4 arasında iken; o dönemden günümüze, ekonomik büyüme hızından daha hızlı bir oranda artış göstererek %8-10’lar düzeyine ulaşmış bulunmaktadır.<sup>4</sup>

OECD ülkelerinin sağlık harcamaları içindeki kamu harcamaları payının büyüklüğüne baktığımızda İtalya, Birleşik Krallık ve Yeni Zellanda’nın gözle görülür bir şekilde diğer ülkelere nazaran kamu sağlık harcamaları daha yüksek bir seviyededir. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı ortalama %85 düzeyinde olduğu görülmektedir

OECD’ye üye ülkeler içinde kamu sağlık harcamalarının 1960-1995 döneminde sürekli olarak artış gösteren ülkeler, Belçika, İsviçre ve Kanada’dır. Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık hizmetlerinin serbest piyasaya bırakılmasına rağmen kamu sağlık harcamaları düzenlilik arz edecek şekilde bu dönemde artış göstermiştir.

---

<sup>2</sup> Mutlu, Işık, age, s:210.

<sup>3</sup> OECD, Health Data 2005

<sup>4</sup> ASOMEDYA, agd s:64.

OECD ülkelerinin yapmış olduğu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payını gösteren Tablo 1'e baktığımızda ise, İngiltere ve İsviçre'nin bu konuda diğer ülkelerden daha farklı olduğunu söyleyebiliriz.

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere OECD ülkeleri içinde sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payı oldukça yüksektir. Bunun nedeninin gelişmiş ülkelerdeki ekonomik gelişme ile toplumun sağlık düzeyi arasındaki ilişkiden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Daha öncede bahsettiğimiz gibi, sağlık sektörüne yapılan harcamalar toplumda yaşayan bireylerin ömrünü uzatmakta ve kendilerini güvenli hissettirmekte ve bunun neticesinde de verimliliği artmakta, bu da ülkelerin kalkınmaları üzerinde olumlu sonuçlar yaratmaktadır. Bu özel durumun farkında olan ülkelerde, kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının payı artmaktadır.

**Tablo 2 :OECD Ülkelerindeki Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (%)**

Ülkeler/Yıllar	2000	2001	2002	2003	2004
Kanada	8,9	9,4	9,7	9,9	9,9
Danimarka	8,3	8,6	8,8	8,9	8,9
Yeni Zelanda	7,7	7,8	8,2	8	8,4
Norveç	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7
Portekiz	9,4	9,3	9,5	9,8	10,1
Fransa	9,2	9,3	10	10,4	10,5
Birleşik Krallık	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1
Almanya	10,3	10,4	10,6	10,8	1,6
Amerika Birleşik Devletleri	13,3	14	14,7	15,2	15,3
İspanya	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1
İtalya	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7
Hollanda	7,9	8,3	8,9	9,1	9,2
Yunanistan	9,9	10,4	10,3	10,5	10
İsviçre	10,4	10,9	11,1	11,5	11,6

**Kaynak:** OECD Health Data, 2005.

OECD ülkelerini incelendiği zaman Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sektörünün ekonomik açıdan önemini anladığını söyleyebiliriz. Amerika dışındaki diğer gelişmiş ülkelerde İngiltere ve İspanya dışındaki ülkelerde de sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yadsınamayacak derecede yüksektir. Amerika Birleşik



**Tablo 1 :OECD Ülkelerindeki Toplam Kamu Kesimi Harcamaları İçinde Sağlık Harcamalarının Payı (%)**

Ülkeler/Yıllar	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Kanada</b>	42,7	70,2	76,4	74,7	74,7	73,1	71,4	70,3	69,9	69,6	70,1	69,8
<b>Yeni Zelanda</b>	80,6	80,3	83,9	83,6	85,2	82,2	77,2	78	76,4	77,9	78,3	77,4
<b>Norveç</b>	77,8	91,6	96,2	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,6	83,5	83,7	83,5
<b>Portekiz</b>		59,0	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,5	72,2	73,5	73,2
<b>Fransa</b>	57,8	74,7	77,2	78,8	76,9	74,5	76,3	75,8	75,9	78,1	78,3	78,4
<b>Birleşik Krallık</b>	85,2	87,0	91,1	89,6	86,3	84,4	83,9	80,9	83	83,4	85,6	86,3
<b>Almanya</b>	66,1	69,6	77,2	75,0	73,6	71,8	80,5	79,7	79,4	79,3	78,7	76,9
<b>Amerika Birleşik Devletleri</b>	24,5	37,2	41,5	42,0	41,4	42,2	45,3	44	44,8	44,8	44,6	44,7
<b>İspanya</b>	58,7	65,4	77,4	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	70,4	70,9
<b>İtalya</b>	83,1	86,4	86,1	81,1	77,1	77,8	71,9	72	74,3	74,2	73,7	75,1
<b>Hollanda</b>	33,3	84,3	73,4	74,7	75,1	71,4	71	63,1	62,8	62,5	63	62,3
<b>İsviçre</b>	61,3	63,9	68,9	67,5	66,1	68,4	72,5	84,9	84,9	85,1	85,4	84,9

**Kaynak:** OECD Health Data, 2005., <<http://www.oecd.org>>, Oğuz OYAN (1998), “Türkiye Ekonomisi”, Ankara, s.209

Devletleri'nde sağlık harcamalarının GSMH içinde önemli bir kalem oluşturduğu görülmesine karşın yapılan sağlık harcamalarının kamu kesiminden ziyade özel sektörler tarafından yerine getirildiği bilinmektedir.

**Tablo 3 :OECD Ülkelerindeki Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Amerikan Doları)**

Ülkeler/Yıllar	2000	2001	2002	2003	2004
Fransa	2450	2611	2886	3048	3159
Birleşik Krallık	1858	2029	2228	2317	2508
Almanya	2632	2746	2883	2983	3043
A. B.D.	4588	4933	5324	5711	6102
İspanya	1520	1613	1723	1952	2094
Hollanda	2257	2519	2775	2909	2041
Yunanistan	1616	1805	1971	2141	2162
İsviçre	3179	3364	3650	3847	4077
Kanada	2503	2718	2861	2998	3165
Danimarka	2380	2555	2656	2743	2881
Yeni Zelanda	1605	1705	1850	1902	2083
Norveç	3080	3286	3616	3769	3966
Portekiz	1624	1681	1783	1721	1824
İtalya	2083	2184	2275	2314	2467

**Kaynak:** OECD Health Data, 2005 <<http://www.oecd.org>>(24/09/2006)

Kişi başına düşen sağlık harcamaları bakımından OECD ülkelerini karşılaştırdığımızda; Norveç, İsviçre ve Amerika Birleşik Devletlerinin diğer ülkelere göre daha fazla bir harcama yaptığı görülmektedir. Ancak bu durum yanıltıcı ve aldatıcı olabilir. Norveç ve İsviçre nüfusunun diğer OECD'ye üye ülkelere göre daha düşük olduğunu düşündüğümüzde bu harcama tutarının esasında diğer ülkelere yakın bir harcama tutarı olduğunu söyleyebiliriz.

## **1.2.OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Finansmanı**

Gelişmiş ülkelerin sağlık finansmanında sağlık kurumları ağırlıklı olarak yer almaktadır. Bu durum da, doğrudan yapılan ödemelerin önemini azaltmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri içinde, kamu kesiminin kurmuş olduğu sigorta kurumları ile birlikte özel sektöre ait kar amaçlı olan sigorta kurumları da vardır.<sup>5</sup>

Gelişmiş ülkelerde gerek kamu kesimi ve gerekse özel kesime ait olmak üzere, çok iyi çalışan sağlık üretim birimleri ve sağlık personeli bulunmaktadır. Bu durum,

<sup>5</sup> Işık, age, s:67.

kurumlar arası rekabeti doğurmakta ve tüketiciler için maksimum faydayı sağlamaktadır. İsviçre, Portekiz, Hollanda, Danimarka, İrlanda, İskoçya, Avustralya, Avusturya, Norveç vb dünyadaki başlıca ülkelerin finansman yöntemleri benzerlik göstermektedir. Yıkılan Sovyetler Birliği'nde ve Çin'de sağlık finansmanı tamamıyla devlet tarafından sağlanmaktaydı. Ancak yapılan reform çalışmalarıyla birlikte, bu ülkelerde, oranları ve çapları küçük de olsa kullanıcı katkıları ve özel sigortalar tarafından finansman gerçekleşmeye başlamıştır.<sup>6</sup>

Gelişmiş ve refah düzeyi yüksek olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinin finansmanı, ödeme sistemleri ve organizasyon biçimleri farklılıklar göstermektedir.

Tablo 4'de görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri, OECD ülkeleri içerisinde finansman, mülkiyet, ödeme yöntemleri ve organizasyon bakımından bir ayırıma tabi tutulmuştur. Bu tabloda sağlık hizmetlerinin kamu ve özel kesim tarafından sunulmasının yanında, genel bütçe ve harcamalar üzerinde bir sınırın olup olmadığı ve hizmetlerin entegre olup olmamasına göre sınıflandırıldığını görmekteyiz. Buna gelişmiş ülkeler sağlık hizmetlerini finanse etmede kamu kesimi rolü yanında özel kesimin de yer aldığı karma bir yapıya sahip olduğu söylenebilir.<sup>7</sup>

**Tablo 4 : Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Ödeme Sistemleri Ve Organizasyonları**

ÜLKELER	FİNANSMAN	SAHIPLİK	ÖDEME	ORGANİZASYON
<b>KANADA</b>	Genel vergiler Merkezi yada bölgesel yönetimler	Kamu ve özel kuruluşlar	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır.
<b>FRANSA</b>	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel kuruluşlar	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır.
<b>ALMANYA</b>	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel kuruluşlar	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır.
<b>JAPONYA</b>	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel kuruluşlar	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır.

<sup>6</sup> Susana ISABEL and Curtao de CASSAS (1994), “**Health Care in Latin America**”, (edited by David R. Philips and Yola Verhasselt), Health and Development, Routledge, s: 240.

<sup>7</sup> OECD Publications (1994), **The Reform of Health Care; A Competitive Analysis of Seven OECD Countries**, Paris, s: 27.

<b>KORE CUM.</b>	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel kuruluşlar	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlama yoktur.	Hizmetler entegre olmamıştır.
<b>SİNGAPUR</b>	Kamu hastaneleri, özel sigortalar.	Kamu ve özel kuruluşlar	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlama yoktur.	Hizmetler entegre olmamıştır.
<b>İSPANYA</b>	Sosyal sigorta ve idare planlaması	Kamu ve özel kuruluşlar	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmuştur.
<b>İSVEÇ</b>	Genel vergiler ve yerel yönetimler	Kamu kesimi	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmuştur.
<b>İNGİLTERE</b>	Genel sigorta	Kamu kesimi	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
<b>A. B. D.</b>	Serbest tercih hakkı ve rekabet	Kamu ve özel kuruluşlar	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlama yoktur.	Hizmetler entegre olmamıştır.

**Kaynak:** OECD, <<http://www.oecd.org>>(24/09/2006)

Avrupa’da sağlık hizmetlerinde, vergilendirme, sosyal sigorta sistemlerine dayalı katkılar, isteğe bağlı özel sigortalar ve cepten yapılan ödemeler olmak üzere dört ana kaynakla finanse edilir. Bu dört kaynak kamu ve zorunlu sigortalar ya da isteğe bağlı sistemler olarak sınıflandırılabilir. Kamu ve zorunlu sigortalar; sosyal sağlık sigortası ve vergilendirmeden oluşurken, isteğe bağlı sistemler, özel sigorta ve cepten ödemeleri kapsamaktadır. Avrupa’daki birçok sağlık sistemi bu dört kaynağın birbirleriyle karma hale getirilmesi üzerine kurulmuştur.<sup>8</sup>

### 1.2.1 Amerika Birleşik Devletleri

ABD’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, merkezi hükümet gelirleri, tıbbi bakım ve tıbbi yardım için yapılan genel yardımlar, özel sigortalar ve direkt ödemelerden oluşmaktadır.<sup>9</sup> ABD’de kamu ve özel kesim katkılarının birleştiği ve çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir finansman modeli uygulanmaktadır.

#### 1.2.1.1. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

ABD’de özel sigorta şirketlerinin büyük bir bölümünü kar amaçlı özel şirketler oluşturur. İşverene bağlı çalışanlar bu uygulamalardan yararlanmakta ve çalışanlar prim

<sup>8</sup> Avrupa Sağlık Reformu (1998), “Mevcut Stratejilerin Analizi”, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s: 115.

<sup>9</sup> İlker BELEK (2001), *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, İstanbul, s: 157.

ödemek suretiyle finansmana katılmaktadır. Bu uygulama daha çok işyerlerine yönelik grup sigortalıların yapılması şeklinde kendini gösterir. Grup sigortalının avantajlı yönü bütün grup üyelerini kapsamasıdır. Grup sigortalının dışında uygulanan diğer uygulama ise bireysel sigortadır. Bireysel sigortalar, sigortalının masrafları için daha düşük bir ödeme yaptıkları için daha az tercih edilmektedir.<sup>10</sup>

### **1.2.1.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması**

Mavi Haç uygulaması, ABD'nin sağlık sigortaları tarihinde önemli bir yer tutmaktadır. 1929 yılında kurulmuş ve katılımcıların daha önceden belirlenmiş aylık masraflara karşılık tedavi hizmetlerinden yararlanma hakkı tanıyan bir finansman örgütlenmesidir.<sup>11</sup> ABD'de Mavi Haç uygulamasından sonra, Mavi Kalkan Uygulaması başlamıştır. Günümüzde kar amacıyla çalışmayan sigorta şirketleri bu grupta ele alınmaktadır.

Mavi Haç Uygulaması, hastane masraflarını, Mavi Kalkan Uygulaması ise, doktor harcamalarını finanse etmektedir. Her iki uygulama, ABD'nin 53 eyaletinde faaliyet göstermektedir.<sup>12</sup>

### **1.2.1.3. Kamu Sigortası**

ABD'de kamu sigortası kapsamında uygulanan sigorta türlerini Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası ve Tıbbi Yardım ve Sağlık Yardımı Sigortası olarak iki alt başlık halinde sınıflandırılmaktadır.

#### **1.2.1.3.1. Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası**

Bu programın oluşmasına neden olan faktörlerin başında yoksulların, işsizlerin ve yaşlıların sağlık harcaması sırasında karşılaştıkları güçlükler gelmektedir. Tıbbi bakım ve yaşlılara sağlık sigortası 1966 yılında 65 yaş üzeri vatandaşları kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Ancak yararlanma açısından bir sınırlamaya da sahiptir. Bu nedenle kronik hastalığı olanların masraflarının önemli bir kısmı yine hasta üzerinde

---

<sup>10</sup> Hümeýra TÜRK (UZAN) (2006) , **Sağlık İşletmelerinin Finansal Sorunları ve Çözüm Önerileri** Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa, s: 66.

<sup>11</sup> Source Book of Health Insurance, **Health Association of America**, 1994, No: 20036-3998

<sup>12</sup> Filiz ATAK (1996), "ABD'de Tıp ve Sağlık Yardım Programları", **Hazine Dergisi**, Temmuz, Sayı 3, s: 3.

kalmaktadır. Tıbbi bakım ve sağlık sigortası programı, federal bir programdır ve genel vergilerle finanse edilmektedir.<sup>13</sup>

Tıbbi bakım ve sağlık sigortası programı sağlık hizmetlerinin finansman programları arasında oldukça pahalı bir program olma nedeniyle devlet destekli bir programdır. Sigorta iki ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Birinci ödeme planı, zorunlu hastane ödemelerinden oluşurken ikinci ödeme programı tıbbi hizmetler, ayakta tedavi hizmetleri ve laboratuvar giderlerinden oluşur. Birinci ödeme programının finansmanı, işçi ve işverenden alınan vergilerden sağlanır. İkinci ödeme programının finansmanı ise, maliyetin %25'lik kısmına karşılık gelen hesap farkı federal vergi gelirleriyle karşılanır.<sup>14</sup>

#### **1.2.1.3.2. Tıbbi Yardım Sigortası ve Sağlık Yardımı**

Tıbbi yardım sigortası yoksulların, ebeveynleri işsiz olanların, hastalığı nedeniyle çalışamayanların, tek ebeveynli ailelerin ve yetimlerin sağlık masraflarını karşılamak amacıyla 1967 yılında kurulmuştur. Tıbbi yardım sigortası kapsamında bulunan bireyler, kurumun anlaşmalı doktorlarına, belirlenmiş fiyatlar üzerinden ödemede bulunarak muayene olabilirler.<sup>15</sup>

Tıbbi sağlık sigortası ve sağlık yardımı programının finansmanı ise, merkezi ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılır. Her eyalet kendisinin belirlemiş olduğu kurallar çerçevesinde, bir sağlık yardım programına sahiptir. Sosyal güvenlik sistemi içinde tamamlayıcı güvenlik geliri programından para yardımı alan herkes yararlanabilmektedir.<sup>16</sup>

#### **1.2.1.4. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları**

Amerika Birleşik Devletleri'nin birçok eyaletinde sağlık hizmetleri Sağlık Bakım Organizasyonları tarafından sunulmaktadır. Bunların dışında askeri sektörde çalışanları kapsayan iki ayrı sosyal güvenlik sistemi daha vardır. ABD'deki bağımsız

---

<sup>13</sup> Belek, age, s: 162.

<sup>14</sup> Marie L. LASSEY, Martin J. LİNKS (1997), **Health Care Systems Around The World**, by Prentice-Hall, Inc. Simon & Sachuster / Viacom Company Upper Saddle River, New Jersey, s: 57.

<sup>15</sup> Belek, age, s: 162.

<sup>16</sup> Uwe E. REİNHARDT (1996), **The Health System of United States: Lessons for Other Countries**, World Bank Washington, s:127.

sağlık organizasyonları, Sağlığa Destek Organizasyonları, Tercihli Hizmet Organizasyonları, Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu gibi organizasyonlardan oluşur. Bu organizasyonlar kar amacı gütmeyen sigortalar kapsamındadır.<sup>17</sup>

Sağlığa Destek Organizasyonları, hizmet başında ödeme yerine kişi başına ödeme hizmetine dayanmaktadır. Bu organizasyonun hizmetlerinden yararlanmak isteğe bağlıdır ve yararlanmak isteyen bireyler belli bir prim ödemek zorundadır. Tercihli Hizmet Organizasyonlarında ise, bu organizasyonlara dahil doktorlardan hizmet alındığı takdirde ücret organizasyon tarafından ödenmektedir.<sup>18</sup>

### 1.2.2. İngiltere

İngiltere sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge Modelini benimsemekte ve uygulamaktadır. İngiltere’de sağlık hizmetleri tümüyle vergilerle finanse edilmektedir.

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanında 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Sistemi’nin önemli bir katkısı vardır. Kuruluş amacı sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ve ihtiyacın olduğu yerde, farklılık gözetilmeksizin herkese sunulmasıdır. Bugün İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanında merkezi hükümetin topladığı genel vergiler temel finansman kaynağını oluştururken, genel sosyal sigorta fonları da sağlık hizmetinin finansmanında kullanılmaktadır. Bunun dışında da bazı hizmetler, kullanıcı tarafından yapılan ödemelerle finanse edilmektedir.<sup>19</sup>

İngiltere’de özel sigortacılık yaygınlaşmadığı görülmektedir. Toplam harcamaların yaklaşık %10’u özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Özel sigortalar 1980’den sonra artış göstermiş ve ilk kez nüfusun %11’ini kapsamı içine alabilmiştir.<sup>20</sup>Günümüzde İngiltere’de herhangi bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödmeden yararlanmak mümkündür. Yapılan tüm harcamalar toplanan vergilerle genel

---

<sup>17</sup> Belek, age, s: 165.

<sup>18</sup> Mutlu, Işık, age, s:311.

<sup>19</sup> Ruth LEWİT, Wall ANDREW and John APPLEBY (1996), **The Reorganized National Health Service**, s: 276.

<sup>20</sup> WHO (2006), **Highlights on Health in the United Kingdom 2004**, <<http://euro.who.int/document/e88530.pdf>> (03/01/2007)

bütçeden sağlanmaktadır. Genel sigorta kurmak veya prim toplamak yoluyla bireyler ikinci kez vergilendirilmezler.<sup>21</sup>

İngiltere’de sağlık sistemi önemli bir oranda kamusal özellik göstermektedir. Ulusal sağlık hizmetlerinin ücretsiz sağlanması nedeniyle ülke bu hizmetleri sunmakta zorlanmaktadır.<sup>22</sup>

### 1.2.3. Almanya

Almanya’da sağlık finansmanı açısından karma bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistem içerisinde hastalık sigorta fonları merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, denizcilerin fonları gibi belli başlı fonlar bulunmaktadır. Bu fonların yaklaşık %25’lik bir kısmı yerel hastalık fonlarıdır ve bu fonlar zorunlu sigortalıların yaklaşık yarısını kapsamaktadır.<sup>23</sup>

Almanya’da sağlık sistemi dışında sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde daha küçük organizasyonlar da vardır. Bunlardan birincisi yerel düzeyde sunulan ve yerel kaynaklarla finanse edilen hizmetler, diğeri ise, büyük işletmelerde işveren tarafından organize edilen işverenin finanse ettiği tıbbi bakım hizmetleridir.<sup>24</sup>

Günümüzde Almanya’da, genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetleri %15’ler düzeyinde, hastalık fonlarının finansman oranı %65’lerde, geri kalan tutar ise özel sigortalar ve cepten direk ödemelerle finanse edilmektedir.<sup>25</sup>

### 1.2.4. Fransa

Fransa’da sağlık hizmetleri sigorta temelli bir yapıya sahiptir. Sigortalılar, sağlık hizmet sunucusunu ve sağlık hizmet kurumunu seçmekte özgürdür. Sigortalı gruplar genellikle, sağlık hizmetlerinin karşılığını peşin olarak öder ve daha sonra bu

---

<sup>21</sup> Eva LIU,Elyssa WONG (1998), “**Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom**”, Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat, s: 20-22.

<sup>22</sup> Brian Abel SMİTH (1996), “**Assesing The Experince of Health Financing in The United Kingdom**”, (edited by David W. Dunlop and John M. Martins), World Bank, s: 159.

<sup>23</sup> Mutlu, Işık, age, s:321.

<sup>24</sup> Belek, age, s:113.

<sup>25</sup> Mutlu, Işık, age, s: 321.



tutarı sigorta fonundan geri alır. Bazı durumlarda ise, sağlık sigortası kendine düşen payı doğrudan hizmet ödeyicisine sigortalı ile birlikte öder.<sup>26</sup>

Fransa'da sağlık hizmetlerinin finansmanında merkezi hükümetin vergi gelirlerinin yanında, ulaşım araçlarının sigorta tutarları üzerinden de belli bir pay alınarak sosyal sigorta fonları finanse edilmektedir.

Fransa'da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ilk olarak devletin finansmana katılması, sosyal sigorta aracılığı ile yapılan finansman ve son olarak da doğrudan cepten ödemeler gelmektedir. Fransa'da sosyal sigorta fonu en büyük finansör durumundadır. Sigorta sistemi uygulaması, hizmetin kullanılması sırasında yapılan ödemelere dayanmaktadır.<sup>27</sup>

Sağlık finansman kaynaklarına göre, Fransa'da merkezi hükümetin genel vergilerle yaptığı finansman oranı %8, zorunlu sosyal sigortanın oranının ise %65 düzeyindedir. Özel sigortanın sağlık hizmetlerinin finansmanına katkısı ise, %5-6 arasında gerçekleşirken, geriye kalan kısım da cepten ödemeler, hayır kurumları ve dernekler tarafından karşılanmaktadır. Buradan da anlaşılmaktadır ki, Fransa'da sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigortalar baskın bir güçtür.<sup>28</sup>

### 1.2.5. İtalya

İtalya'da sağlık sigortası uygulaması 1928 yılında başlamıştır. 1939 ve 1942 yıllarında çalışanların ve işverenlerin, her ikisini birden sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı sağlamasını amaçlayan sigorta fonuna dönüşmüştür. Bu yöndeki çalışmalar 1978 yılında ulusal sağlık sisteminin kurulması ile tamamlanmıştır.<sup>29</sup>

İtalya Ulusal Sağlık Hizmetlerini oluşturan 1978 yılı reformları sağlık hizmetlerinin finansmanının genel vergilerle sağlanmasını öngörmekteydi. 1990'lı

---

<sup>26</sup> E Van DOORSLAER; A.F. Wagstaff RUTTEN (1993), “ **Equity in The Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective**”, Oxford Medical Publications, Oxford UK, Aktaran: Mutlu, Işık, age; s: 322.

<sup>27</sup> Mutlu, Işık, age, s: 322.

<sup>28</sup> Gray ALASTAIR (1995), “**International Patterns of Health Care, 1960 to 1990s**”, Caring for Health : History and Diversity (edited by Charles Webster), Open Universty Pres, Health and Disease Series, Book 6.,Milton Keynes UK. Aktaran Mutlu, age, s:323.

<sup>29</sup> D. FAUSTO (1990), “**Italy**”, Advances in Health Economics and Health Services Research, Comparative Health Sytems : The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, (edited by R.F. Scheffler and L.F. JAI Pres Inc., Connecticut, Supplement 1, Aktaran, Mutlu, age, s: 323.

yıllara gelindiğinde Ulusal Sağlık Hizmeti'nin finansman yapısı değişmeye başlamış ve sosyal sağlık sigortası katkıları, genel vergiler, bölgesel vergiler ve ortak ödemelerden oluşan karma finansman uygulamasına geçilmiştir.<sup>30</sup>

İtalya'da sağlık sisteminin finansman kaynakları işverenlerden ve çalışanlardan alınan primler, genel bütçeden yapılan finansman ve tüketici ödemelerinden oluşmaktadır. Merkezi hükümetin elde ettiği genel vergi gelirleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve açıklarının kapatılmasında kullanılmaktadır.<sup>31</sup>

### 1.2.6. İrlanda

Modern İrlanda sağlık sistemi yapısı 1970 tarihli sağlık yasasına dayanmaktadır. İrlanda sağlık sistemi bu yasa ile, İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi yapısından etkilenecek toplum tabanlı olarak organize edilmiştir. Yaklaşık 30 yıldır sağlık sisteminin yapısı hiç değişmemiş olmasına rağmen, İngiltere'de başlayan reform çalışmaları ve Avrupa Birliği uyum yasalarının da etkisiyle İrlanda sağlık sistemine ilişkin reform çalışmaları hız kazanmıştır.<sup>32</sup>

İrlanda sağlık hizmeti, tek bir merkezden sunmak yerine farklı sağlık başkanlıkları, sağlık kurulları ve farklı hizmet sunucuları tarafından sağlanan hizmetlerden oluşmaktadır.<sup>33</sup>

İrlanda, İngiltere gibi Beveridge modelini uygulayan ve sağlık hizmetlerini tümüyle vergilere dayalı finansman yöntemiyle finanse eden ülkeler arasında yer almaktadır. Ancak son yıllarda yapılan değişiklikler ile hizmet sunma ve hizmetin finansmanı açısından karma bir sisteme sahip olduğu söylenebilir.<sup>34</sup>

---

<sup>30</sup> Türk (Uzan), age, s: 58.

<sup>31</sup> A. RICO and W. WISBAUN, “**Radical Develution in Finnish Health Care**”, Euro Observer, Vol: 4, No: 2, s. 7-8, Aktaran: Türk (Uzan), age, s: 66.

<sup>32</sup> Mehtap TÜRKAY (2006), “İrlanda Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt. 21, Sayı. 5-6, s: 346.

<sup>33</sup> Willey M.M. (2005), “The Irish Health System: Developments in Strategy, Structure, Funding and Delivert Since 1908”, **Health Economics**, 14:169, s.186. Aktaran: Mehtap Türkay, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt. 21, Sayı. 5-6, s: 346.

<sup>34</sup> Türkay, agm, s:346.

### 1.2.7. Finlandiya

Finlandiya sağlık sistemi, İngiltere ve Kuzey Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerine benzerlik göstermektedir. Finlandiya sağlık sistemi toplumun tüm kesimlerini kapsamakta ve hizmetler kamu sektörü tarafından yerine getirilmekte ve genel vergilerle finanse edilmektedir. Ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında, Beveridge ve Bismarc modellerinin karışımından oluşan bir finansman modeli uygulanmaktadır. Finlandiya sağlık sisteminin kendine özgü en önemli özelliği Ulusal Sağlık Sigortasına sahip olmasıdır.<sup>35</sup>

Ulusal Sağlık Sigortası üyelerine, hastalık ödenekleri, annelik ödenekleri, özel bakım ödenekleri, öğrenci sağlık hizmetleri ve tıbbi harcamalar alanlarında hizmet verir. Ulusal Sağlık Sigortası, alınacak tıbbi ilaç ve tedavi bakım hizmetlerine ilişkin olarak yapılan harcamalarının asgari bir kısmını önceden belirlenen tarifeler üzerinden peşin olarak öder.<sup>36</sup>

Ülkenin siyasi yapısı incelendiğinde komünlere ayrılmış bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında da komünler önemli bir konuma sahiptir. Komünlerin kendi adlarına toplamış oldukları vergiler, genel sağlık hizmetlerinin finansmanında büyük rol oynamaktadır.

Finlandiya sağlık hizmetlerinin finansmanında, komün vergileri %42.6, devlet katkısı %18.2, Ulusal Sağlık Sigortasının katkısı %14.9 ve özel kaynaklardan sağlanan pay ise %24.3'lük bir orana sahiptir.<sup>37</sup>

## 2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ ve SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMANI

Sağlık harcamaları daha önce bahsettiğimiz gibi hem kamu kesimi hem de özel kesim tarafından sunulan, bu özelliği ile de yarı kamusal mal ve hizmet grubuna giren bir tür kamusal hizmettir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamasını yapan kuruluşlar özel kesim ve kamu kesimi olmak üzere iki sektör tarafından sunulur.

<sup>35</sup> U. HAKKIEN(2005), "The Impact of Changes in Finland's Health Care", **Health Economics**, Sep.14, s:18.

<sup>36</sup> Hakkien, age, s:18.

<sup>37</sup> WHO (2004), "Highlights on Health, Finland", <<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhfin/2005311-1>>, (08/09/2006)

Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemi hizmet arzı ve hizmet talebi bakımından çeşitlilik göstermektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörde değişik kurumlar tarafından sunulur. Kamu kesimi sağlık harcamaları hizmeti yerine getiren kuruluşlara göre, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumları, Üniversiteler ve diğer kamu kuruluşlarının yapmış olduğu harcamalar şeklinde sınıflandırmamız mümkün olabilmektedir.

### 2.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları

Ülkelerde sağlık politikaları ve sağlığın kurumsallaşması tarih boyunca toplumların politik ve ekonomik koşullarına, toplumsal yapılarına ve değer sistemlerine göre farklılıklar göstermiştir. Ülkelerin sağlık politikaları, sağlık konusundaki toplumsal değişim ve gereksinimlere göre şekil almıştır. Türk sağlık politikası ve bu politikanın kurumsallaşması da sosyal devlet anlayışının bir unsuru olarak doğup gelişmiştir.<sup>38</sup>

Tablo 5’de 2000 yılı itibariyle ülkemizdeki sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların fonksiyonel dağılımı ve bu kuruluşların sağlık harcaması oranları gösterilmektedir. Tabloya göre; sağlık hizmeti veren hastaneler içerisinde kamu kesiminin ağırlığı hissedilmektedir.

**Tablo 5 :Farklı Hizmet Sunucuların Sağlık Harcama Oranları**

Hizmet Sunan Ana Kuruluşlar	Yüzde (%)
Hastaneler	38,03
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	14,01
Üniversite Hastaneleri	7,13
SSK Hastaneleri	10,74
Özel Hastaneler	4,19
Diğer	1,96

**Kaynak:** Türkiye İstatistik Kurumu, <<http://www.tuik.gov.tr>>, (11/10/2006)

Sağlık harcamalarının fonksiyonel dağılımına baktığımız zaman ise; en çok harcamaların yapıldığı sınıfın tedavi ve bakım hizmetleri ile tıbbi malzeme alımına ilişkin kalemlerin olduğunu görmekteyiz. Sağlık harcamalarının genel dağılımına baktığımız zaman ise; yapılan harcama kalemlerinin sosyal devlet anlayışına uygun bir şekilde halk sağlığını koruyucu nitelikte ve hastalık halinde bireylerin eski sağlıklarına

<sup>38</sup> Nejla Can, , “Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, Cilt 2, Sayı 40, 2001, s:1390.

kavuşturmaya yönelik harcamalar olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık personeline yapılan harcamaların ve diğer harcamaların oldukça küçük bir orana sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 6 :Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Dağıtımı**

Ana Fonksiyon Sınıflaması	Yüzde (%)
Tedavi edici hizmetler	19,89
Ayakta Bakım Hizmetleri	29,74
Rehabilitasyon Hizmetleri	0,88
Yardımcı Hizmetler	3,48
Tıbbi Malzeme Sarfı	29,07
Halk Sağlığı Hizmetleri	2,41
İdare	2,27
Diğer	12,26

**Kaynak:**Türkiye İstatistik Kurumu, <<http://www.tuik.gov.tr>>, (11/10/2006)

Ülkemizde sağlık hizmetleri, genellikle merkezi devlet teşkilatlarında yani Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler tarafından sunulmaktadır. Sağlık bakanlığı hastaneleri dışında bu hizmeti veren sağlık kuruluşları; sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları şeklinde sınıflandırılabilir.

**Tablo 7 :Farklı Finansman Kurumlarına Atfedilen Fonksiyonel Harcama Oranları (%)**

Sağlık Hizmetleri	Merkezi ve Yerel Hükümet	Sosyal Güvenlik Fonları	Özel Sigorta	Çeşitli Yapılan Ödemeler	Diğer Finansman Kurumları
Tedavi edici hizmetler	29,9	25,7	19,5	6,0	7,0
Ayakta Bakım Hizmetleri	23,1	20,9	19,9	44,5	50,6
Rehabilitasyon Hizmetleri	1,6	0,9	0,5	0,2	0,6
Sağlık Bakımına Yardımcı Hizmetler	2,1	0,4	2,2	8,9	3,0
Polikliniklere Verilen Tıbbi Malzemeler	16,9	38,0	9,3	33,5	21,0
Önleme ve Halk Sağlığı Hizmetleri	8,9	0,0	0,0	0,0	1,8
Sağlık İdaresi ve Sağlık Sigortası	1,0	2,4	23,9	0,0	1,3
Diğer	16,4	11,6	24,6	6,9	14,7

**Kaynak:** Türkiye İstatistik Kurumu, <<http://www.tuik.gov.tr>>, (11/10/2006)

Tablo 7’de görüldüğü gibi, sağlık harcamaları oranına bakıldığında en çok harcamanın, sağlık bakanlığına bağlı merkezi ve yerel kurumlar ile sosyal güvenlik kuruluşlarına ait olduğu görülmektedir. Bu durum da göstermektedir ki; sosyal devlet anlayışı ile halk sağlığını koruma görevi, ülkemizde devletin temel görev alanı içerisinde yer almaktadır.

**Tablo 8 : Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (%)**

Kurmlar/Yıllar	1992	1993	1994	1995	1996
Sağlık Bakanlığı	40	39	35	35	34
SSK	23	22	21	21	19
Üniversiteler	12	12	12	10	13
Bakanlıklar	9	9	12	9	10
MSB-TSK	6	6	6	6	6
Emekli Sandığı	5	5	7	8	8
Bağ-Kur	2	2	3	4	4
KİT	2	2	2	2	3
Belediyeler	0	0	0	0	1
Fon	1	3	2	3	3
Özel Sektör Harcamaları	40	39	35	35	34

**Kaynak:** Şakar, age, s. 55

Toplam kamu sağlık harcamaları içinde, giderek azalan bir trend izlemesine rağmen; Sağlık Bakanlığı en önemli kuruluş olarak karşımıza çıkmaktadır. 1992 yılında toplam kamu sağlık harcamasının %40'ını gerçekleştiren Sağlık Bakanlığı'nın payı, 1993 yılında %39'a, 1994 ve 1995 yıllarında %35'e, 1996 yılında da %34'e düşmesine rağmen halen birinci durumdadır.

Sağlık Bakanlığından sonra ikinci sırayı alan SSK'nın payı, 1992 yılında %23 iken, tedrici olarak gerilemiş ve 1995 yılında %21'e, 1996 yılında da % 19'a düşmüştür. Üçüncü sırayı alan Üniversiteler ise 1992/1994 yıllarında toplam harcamaların % 12'sini gerçekleştirirken 1996 yılında bu oran, % 13'e yükselmiştir.

Dördüncü sırayı alan Bakanlıkların harcama oranı yaklaşık %10'larda sabitleşirken; Emekli Sandığı harcamaları, %5'ten %8'lere çıkararak önemli artış kaydetmiştir. Yine önemli bir artış kaydeden Bağ-Kur'un payı da %2'lerden %4'lere çıkmıştır.

Sağlık harcaması yapan kamu kurumlarının önemini, dolayısıyla ülke nüfusunu oluşturan sosyal gruplara karşı devletin izlemiş olduğu sağlık politikası ve tercihlerini ve toplam kamu sağlık harcamalarının, ülke Gayri safi Milli Hasılası içindeki oranı, 1992 yılında %2.52, 1993 yılında da %2,46, 1994 yılında %2,49 olarak

gerçekleşmiş; ancak 1995 yılında %2,35 ile beş yılın en düşük değeri kaydedilmiş ve 1996 yılında ise 1995 yılına göre önemli bir artışla kamu sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı pay %2,65'e yükselmiştir.<sup>39</sup>

Sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutan ve de önemi giderek artma eğilimi gösteren ilaç harcamalarının, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki yeri ve kurumlara göre dağılımı da artmaktadır. 1992 yılında 6.3 trilyon TL dolayında olan gerek doğrudan reçeteler vasıtasıyla eczanelerden satın alınmak veya hastanelerde yataklı tedavi hizmetlerinde kurumlar tarafından sağlanmak suretiyle kullanılan ilaç bedeli, 1996 yılında 116.3 trilyon TL dolayına yükselmiştir. Yani bu süre içinde ilaç bedeli nominal olarak 17,4 katın üzerinde artış göstermiştir. Reel anlamda ise bu artış, 1993 yılında %5,5, 1994 yılında %23,3, 1995 yılında %27,7 ve 1996 yılında da %58,9 olarak, sürekli artan bir trend izlemiş ve toplam sağlık harcamalarından çok daha hızlı bir artış göstermiştir.<sup>40</sup>

Sosyal güvenlik kuruluşları içinde en çok ilaç harcaması yapan kurum SSK olup, ilaç giderleri dönem içinde toplam harcamaların %24- 32'sini oluşturmuştur. İkinci sırayı alan bakanlıkların ilaç giderleri oranı ise %21-31 arasında değişmektedir. Üçüncü sırayı özellikle son yıllarda %18-20'lere yükselen bir oranla Emekli Sandığı alırken, diğer kuruluşlar daha az oranlarla sıralanmıştır. 1996 yılında, 1995 yılına göre nispi olarak 2 puanlık azalış kaydeden Emekli Sandığı ilaç harcamaları, son beş yıllık dönemde kamu ilaç harcamaları içindeki payını Bağ-Kur'dan sonra en çok artıran kuruluş olmuştur.<sup>41</sup>

Hastane harcamaları, Hekim harcamaları, Diş hekimi harcamaları, Özel ilaç harcamaları gibi dört ana unsurun oluşturduğu toplam özel sektör sağlık harcamaları cari fiyatlarla 1992 yılında 13,7 trilyon TL dolayında iken, 1996 yılında 161,3 trilyon TL dolayına yükselmiştir.

Öte yandan özel sağlık harcamalarını oluşturan dört ana unsurdan, hastane harcamalarının payı %5'ten %12'ye; hekim harcamalarının payı da %31'den %69'lara çıkarak önemli gelişmeler göstermişken; diş hekimi harcamalarının payı

---

<sup>39</sup> Şakar, age, s: 55.

<sup>40</sup> Şakar, age, s: 55.

<sup>41</sup> Şakar, age, s: 55.

%19'dan %12'ye; özel ilaç harcamalarının payı da %45' ten %8'e düşerek ciddi bir şekilde azalma göstermiştir.<sup>42</sup>

Özel sektör sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı, 1992'de %1,24; 1993 yılında %1,24; 1994 yılında %1,12, 1995 yılında %0,97, 1996 yılında da %1,07 olmuştur. 1992 yılına göre nispi bir azalma kaydedilirken 1995 yılına göre yaklaşık %10 oranında artış gerçekleşmiştir.<sup>43</sup>

926 Sayılı Kanuna göre görev yapan Subay, Astsubay ve bunların emekli, dul ve yetimleri ile silah altındaki er ve erbaşlara sağlık hizmeti sunan Milli Savunma Bakanlığı (MSB) ve Türk Silahlı Kuvvetleri'nin (TSK) yapmış oldukları sağlık harcamaları, . 1992 yılında, cari fiyatlarla, 2 trilyon TL dolayında gerçekleşen sağlık harcamaları. 13 kattan fazla artışla 1996 yılında 28,2 trilyon TL dolayına yükselmiştir. Bununla birlikte, reel artış, 1993 yılında %11,5 olurken, 1994 yılında %1,6'lık bir düşüş kaydetmiş, 1995 yılında artış sadece %0,1 olmuş, 1996 yılında ise nispeten yüksek bir oranla %24,1 olmuştur. bu harcamaların yaklaşık %48'i hastane harcamaları. %52'si de hastane dışında gerçekleştirilen ayakta tedavi ve ilaç harcamaları şeklinde gerçekleşmiştir.<sup>44</sup>

Üniversitelerde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamaları 1992 yılında 3,8 trilyon TL dolayında iken, 1996 yılında 57,9 trilyon TL dolayına yükselmiştir. Bir diğer deyişle, bu süre içindeki sağlık harcamaları nominal olarak 14 kattan fazla artış göstermiştir. Üniversite sağlık harcamalarının dağılımı eğitim, hastane, mediko-sosyal olarak üç grupta oluşan Üniversite sağlık harcamaları içinde ilk sırayı, giderek artan bir oranla hastane harcamaları almaktadır. Şöyle ki, 1992 yılında toplam harcamaların %59'unu oluşturan hastane harcamaları, sürekli artarak, 1993'te %65. 1994'de%68, 1995'te%72, 1996yılındaise%80 gibi bir pay almıştır.<sup>45</sup>

Üniversite ilaç harcamaları, 1992 yılında 725,7 milyar TL iken, cari fiyatlarla hızla artarak 1996 yılında 12,7 trilyon TL dolayına yükselmiştir. Yani nominal olarak yaklaşık 16,5 kat artmıştır. Bir başka anlatımla, 1992 yılında toplam üniversite sağlık

---

<sup>42</sup> Tokat, age, s: 40.

<sup>43</sup> Tokat, age, s: 40.

<sup>44</sup> Tokat, age, s:41.

<sup>45</sup> Palamut, Yüce, agt, s: 17.



harcamaları içinde %19,1 olan ilaç harcamalarının payı. 1996 yılında %21,9'a yükselmiştir. Burada vurgulanması gereken, ilaç harcamalarının giderek artan oranda döner sermayeden karşılanmasıdır. şöyle ki, 1992 yılında toplam 725,7 milyar TL'lik ilaç harcamasının 157,7 milyar TL'si yani %21,7'si genel bütçeden ve 567,9 milyar TL'si yani %78,3'ü döner sermayeden karşılanırken: 1996 yılındaki 12,7 trilyon TL'lik ilaç harcamasının yaklaşık 1,2 trilyon TL'si yani %9,3'ü genel bütçeden, 11,5 trilyon TL'si yani %90,7'si ise döner sermayeden karşılanmıştır.<sup>46</sup>

## 2.2. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Sosyal sigorta kurumlarının mali yapısı ile ilgili olan finansman, kurumların amaçları doğrultusunda faaliyette bulunabilmeleri için gerekli mali kaynaklara sahip olmalarında izlenen yöntem ve kaynakları ifade etmektedir. Sosyal sigortaların başlıca gelirini primler oluşturur. Primler dışındaki gelir kaynakları ise, elde edilen gelirlerin işletilmesinden doğan faiz, rant ve kar gibi gelir unsurları da bulunmakla birlikte asıl finansman kaynağı primlerdir. Prime dayalı finansman yönteminde, finansmana sigortalı, işveren ve devlet katılmaktadır. Bu yönteme üçlü finansman yöntemi denir.<sup>47</sup>

Bu sistemde, primlerin yalnız sigortalı ya da işverenden alınması da mümkündür. Bazı Doğu Bloku ülkelerinde sigortalıdan hiç prim alınamamıştır. İş kazaları ve meslek hastalıkları sigortalarında genellikle primin tamamı işverenden alınır. Primlerin işçi veya işverenden ne oranda alınacağı karşılanan riskin özelliğine, ülkenin iktisadi, sosyal ve siyasal şartlarına bağlıdır.<sup>48</sup>

Sosyal güvenlik sistemlerinin çoğunda sigorta kollarına göre ayrı prim alınır. Bunun sebebi sigorta kollarının tarihsel gelişimi ve değişik zamanlarda uygulamaya konulmuş olmalarıyla ilgilidir. Çoğunlukla birden fazla risk için tek prim alınmaktadır. Sözgelimi, iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarında karşılanan birden fazla risk için tek prim alınmaktadır.<sup>49</sup>

Sosyal güvenlik sisteminin finansmanı ülkeden ülkeye önemli farklılıklar göstermektedir. Avustralya, Danimarka, İsveç gibi ülkelerde sigorta maliyeti devlet

---

<sup>46</sup> Şakar, age, s: 49.

<sup>47</sup> Güzel, Okur, age, s: 64-68.

<sup>48</sup> Dilik, age, s:212.

<sup>49</sup> Çakıcı, age, s: 45.

tarafından karşılanmaktadır. Maliyetin dağılımı aynı ülke içinde de programdan programa da farklılık gösterebilmektedir.<sup>50</sup>

Sosyal sigorta güvencesine karşı prim ödeyenler ister devlet, ister işçi veya işveren olsun toplanan primlerin uygun bir finansman yöntemi ile değerlendirilmesi gerekir.

### **2.2.1. Sosyal Güvenlik Finansman Yöntemleri**

Sosyal güvenlikte katkı-fayda süreci uzun vadeli denge kurmayı amaçlayan “Kapitalizasyon” ya da kısa vadeli denge sağlamayı amaçlayan “Dağıtım” sistemi olarak adlandırılan iki ana finansman yöntemi ile yürütülmektedir.<sup>51</sup>

#### **2.2.1.1. Dağıtım yöntemi**

Sosyal güvenlik sistemlerinin finansman metodu ile sistemin felsefesi arasında bir ilişki vardır. Dağıtım metodunda bir yılın sigorta gelirleri ile bir yılın giderlerinin karşılanması esastır ve sistem, nesiller arası gelir dağılımı gerçekleştirir.<sup>52</sup>

Belirli bir sigorta dönemindeki gelirlerle giderler arasında dengenin varolmasına dayanan dağıtım yönteminde, belirli bir yılın prim gelirleri ile aynı yılın giderleri karşılanmaktadır. Aktif sigortalılardan elde edilen prim gelirleri, başta enflasyon olmak üzere bir takım ekonomik etkenler dolayısıyla değer kaybına uğrayıp anlamını yitirmesi nedeniyle kapitalizasyon yönteminde varolan fon oluşturma yerine, o dönemdeki pasif sigortalılar için yapılması gereken giderlere ayrılmaktadır.<sup>53</sup>

Bu yöntemde gelir ve giderler sürekli olarak denge durumundadır. Primler ilgili dönemlerin gider tahminlerine göre tespit olunur. Prim yükünün ağırlığı, diğer koşullar değişmemek şartıyla, ilgili devrede sosyal gelir alanlarla, çalışarak prim ödeyenler arasındaki orana göre değişmektedir. Bunun tersi de düşünülebilir. Birinci

---

<sup>50</sup> Selçuk BALCI, “Sosyal... Güvenlik, Devlet, Haklar”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl 4, Sayı 10, s: 92.

<sup>51</sup> İsmail GÜNEŞ, Soner YAKAR (2004), “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 13, Sayı 2, s: 128

<sup>52</sup> Çakıcı, age, s: 48.

<sup>53</sup> Volkan YURDADOĞ, “Sosyal Güvenliğin Finansman Yöntemleri”, s:6  
<[http://www.canaktan.org/politika/anti\\_leviathan/diger-yazilar/volkan-sosyalguvenlik.pdf](http://www.canaktan.org/politika/anti_leviathan/diger-yazilar/volkan-sosyalguvenlik.pdf)>  
(14/03/2007)

durumda gelirlerin ve primlerin seviyesi giderlere, ikinci durumda giderlerin seviyesi gelirlere bağlı olarak değişir.<sup>54</sup>

Dağıtım yöntemi, toplumdaki bireylerin kendi aralarındaki destek ve dayanışmaya dayanır. Prim ödeyenlerle yardım görenler arasında sürekli bir ilişki vardır. Yani, çalışanların ödediği primler ile emekliler (pasif sigortalılar) finanse edilmektedir. Bu yöntemde fon biriktirme yoktur. Dolayısıyla bu yöntem fonlama yöntemine göre tasarruf düzeyini daha az arttırmaktadır.<sup>55</sup>

Günümüzde, bir çok ülkede sosyal güvenliği oluşturan çeşitli sigorta kollarında (hastalık, analık, işsizlik, iş kazaları ve meslek hastalıkları) dağıtım yöntemi uygulanmaktadır. Yöntem, basit ve herkes tarafından kolay anlaşılabilir bir yapıya sahiptir. Sosyal sigortaların hemen faaliyete geçirilmesini mümkün kılar. Fon biriktirme yöntemindeki karışık hesaplara bu yöntemde rastlanmaz. Her yıl artarak biriken fonlar olmadığı için fonların işletilmesi sorunu da yoktur. Dağıtım yönteminde primler gerçek risklere göre alınacağından, fon biriktirme yöntemine göre primler daha düşüktür.<sup>56</sup>

### **2.2.1.2. Kapitalizasyon (Fon Biriktirme) Yöntemi**

Fon biriktirme yöntemi olarak da bilinen kapitalizasyon yöntemi beklenir risklerle ilgili olarak ileride yapılacak ödemeleri karşılamak amacıyla, ödenen primlerle bir fon oluşturulması temeline dayanmaktadır. Fon birikimi iki biçimde ortaya çıkmakta olup, günümüz sosyal güvenlik sistemlerinde karşılıklı dayanışma ve sosyal risk yükünün bireyler arasında dağıtımı ilkesine uymayan bireysel kapitalizasyon yöntemi terkedilmekte ve kollektif Kapitalizasyon yöntemi uygulanmaktadır.<sup>57</sup>

Bireysel kapitalizasyon yönteminde sigortalı adına ödenen primler, sigortalının kişisel hesabında toplanmaktadır. Bu hesapta biriken fonlar, ileride aynı kişiye yapılacak sosyal gelir harcamalarının kaynağını oluşturur. Kollektif kapitalizasyon yönteminde ise bütün sigortalılarca ödenen primler ortak bir fonda toplanmakta ve ileride bunlara yapılacak harcamaların kaynağını oluşturmaktadır. Bu yöntemde denge,

---

<sup>54</sup> Yurdadoğ, age, s: 6.

<sup>55</sup> Güneş, Yakar, agm, s: 131.

<sup>56</sup> Dilik, age, s: 253.

<sup>57</sup> Yurdadoğ, age, s: 4.

kollektif sorumluluklar içindir ve sosyal sigorta, bireylerin subjektif durumuna bakılmaksızın herkesten eşit oranda primi tahsil etmektedir.<sup>58</sup>

Kapatılazasyon yönteminde uzun dönemde elde edilen gelirlerle gelecek dönemlerdeki ihtiyaçlar karşılanır ve her nesil kendi sosyal güvenlik garantisini sağlayacak tasarruf birikimini kendisi gerçekleştirir. Fon metodunda aynı neslin tehlikesiz geçen dönemlerinden tehlikeye maruz kaldığı döneme bir gelir transferi söz konusu olur.<sup>59</sup>

Bu yöntemde, sigorta kurumu bünyesinde muhtemel risklerin gelecekte doğurabileceği ödemeleri karşılamak üzere bir fon oluşturur. İşçi ve işverenler tarafından ödenen primler, primlerden elde edilecek faizler ve primlerin işletilmesinden elde edilecek gelirler özel bir hesapta toplanır, biriken bu fonlar gelir getirecek alanlarda değerlendirilerek ileride sigortalılara yapılacak ödemelerin kaynağını oluşturur. Bu yöntemde biriktirilen fonlarda elde edilen gelirler, sistemin nakit gereksinimini azaltmaktadır. Bu yöntemde esas olan sigortalıların geleceklerini kendilerinin finanse etmesini sağlanmasıdır.<sup>60</sup>

Yaşlılık, malullük ve ölüm gibi uzun süreli riskleri karşılayan sigorta kollarında kapitalizasyon yönteminin daha uygun ve uygulanabilir olduğu görülmektedir. Ancak bu yöntemdeki etkinlik koşulu iktisadi koşulların özellikle para değerinin değişmemesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir deyişle, enflasyon ve devalüasyon gibi fonlarda değer kaybına yol açan gelişmelerin sık yaşanmadığı, fonların işletilmesinde devlet müdahalesinin olmadığı durumlarda kapitalizasyon yönteminin etkin olarak uygulanabileceği söylenebilir.<sup>61</sup>

Dünyada sosyal güvenlik harcamalarının ülkelerin bütçeleri içindeki ağırlığı incelendiğinde, bir çok ülkede kamu prim programlarının en büyük mali programlar olduğu ve uygulanan finansman yöntemi olarak da dağıtım yönteminin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Tablo 9'da görüldüğü üzere dünyada sosyal güvenlik sistemi devlet tarafından yürütülen ülkelerde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler dahil

---

<sup>58</sup> Yurdadoğ, age, s: 4.

<sup>59</sup> Çakıcı, age, s: 49.

<sup>60</sup> Güneş, Yakar, agm, s: 131.

<sup>61</sup> TOBB (1994), **Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, s:50.

hepsinde, Dağıtım Yöntemi uygulanmaktadır. Sadece, Danimarka her iki sistemi de uygulamaktadır. Sosyal güvenlik sistemini özelleştiren ülkelerde ise Kapitalizasyon (Fonlama) sisteminin uygulandığı görülmektedir.

**Tablo 9 : Seçilmiş Ülkelerde Uygulanan Sosyal Güvenlik Planları Ve Finansman Yöntemleri**

ÜLKE	UYGULANAN PLAN ADI	FİNANSMAN
Danimarka	Kamu Prim Sistemi Dağıtım	Kapitalizasyon Yöntemi
Arjantin	Sosyal Güvenlik	Dağıtım Yöntemi
İzlanda	Sosyal Güvenlik Sistemi	Dağıtım Yöntemi
Avusturya	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Belçika	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Brezilya	Özel Sosyal Güvenlik	Kapitalizasyon Yöntemi
Şili	Bireysel Prim Hesapları	Kapitalizasyon Yöntemi
Çek Cumhuriyeti	Kamu Prim Hesapları	Dağıtım Yöntemi
Fransa	Eyalet Prim Hesapları	Dağıtım Yöntemi
Almanya	Eyalet Prim Biriktirme	Dağıtım Yöntemi
Yunanistan	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Meksika	Bireysel Fonlama Hesapları	Kapitalizasyon Sistemi
İrlanda	Sosyal Güvenlik Sistemi	Dağıtım Yöntemi
Yeni Zelanda	Sosyal Güvenlik	Dağıtım Yöntemi
Peru	Özel Prim Sistemi	Kapitalizasyon Yöntemi
Türkiye	Kamu Prim Hesapları	Dağıtım Yöntemi
Portekiz	Sosyal Güvenlik	Dağıtım Yöntemi
İtalya	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Lüksemburg	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Portekiz	Sosyal Güvenlik	Dağıtım Yöntemi
Slovakya	Kamu Primleri	Dağıtım Yöntemi
İspanya	Sosyal Güvenlik Sistemi	Dağıtım Yöntemi
İsviçre	Eyalet Primleri	Dağıtım Yöntemi
Polonya	Kamu Prim Planları	Dağıtım Yöntemi
Avustralya	Kamu Primleri	Dağıtım Yöntemi

**Kaynak:** OECD, <<http://www.oecd.org>> , (24/09/2006)

Dünyada sosyal güvenlik sistemleri kriz içerisinde. Bu krizin aşılması için ülkeler sosyal güvenlik sistemlerinde reform adı altında birçok düzenlemeler yapmaktadırlar. Bu reform çalışmaları içerisinde önemli yer tutan konulardan birisi de, sosyal güvenlik finansman yöntemlerinden dağıtım yönteminden fonlama yöntemine geçilmesi veya dağıtım yönteminin, sistem içindeki ağırlığının azaltılmasını oluşturmaktadır. Örneğin, ABD’de 1983 yılında yapılan sosyal güvenlik reformu da dağıtım yöntemi uygulanması sonucunda, çalışanların demografik yapısının değişmesiyle birlikte gelecekte sağlanacak faydaları önemli oranda azaltmasına yol

açmıştır. Daha sonraki dönemde ise, Amerikan sosyal güvenlik sisteminde, katkı yönteminin yerini fonlama yöntemi almıştır. Ayrıca, Alman Parlamentosu'nun 2001 yılında onayladığı bir kanunla, Dağıtım yönteminin sosyal güvenlik sistemi içindeki ağırlığını azalmıştır.<sup>62</sup>

Türkiye de sosyal sigortaların finansmanını incelerken üç ayrı sosyal sigorta kuruluşunun durumlarının (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur) ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekecektir. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumu tarafından uygulanan finansman yönteminin türünü ayıran karşılıklar belirler.<sup>63</sup> Bu karşılıkların kurumların kanunlarında belirlenen yöntem ve şekillerde yapılması gerekmektedir. Tüm sosyal sigorta kuruluşları ilk kurulduklarında, finansman metodu olarak kapitalizasyon yöntemini benimsemişlerdir. Ancak zaman içinde sosyal sigorta kurumlarının gelirlerini azaltan giderlerini artıran ve sonuçta fonları eriten uygulamalar bu kurumları fiilen dağıtım yöntemine göre çalışan sosyal sigorta kuruluşları haline dönüştürmüştür. Mevcut durumları itibariyle sosyal güvenlik kurumlarımız sermaye piyasasına kaynak aktarmamakta, piyasada kurumsal yatırımcı olarak yer alamamaktadırlar.<sup>64</sup>

Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) uyguladığı finansman yöntemi tek değildir. Üyelerine sağladığı sosyal sigorta kollarına göre farklılık göstermektedir. Hastalık ve Analık sigortasında dağıtım yöntemi uygulanırken, yaşlılık ve ölüm ve işsizlik sigortasında fon biriktirme (Kapitalizasyon) yöntemi uygulanmakta, İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları sigortasında ise daha çok fon biriktirme yönteminin ağırlık kazandığı karma finansman yöntemi uygulanmaktadır.<sup>65</sup> SSK'da uygulanan finansman yöntemini tam olarak anlayabilmemiz için öncelikli olarak karşılıkları incelememiz gerekmektedir. SSK'nın 137. maddesine göre her hesap yılı sonunda, o yıl içinde elde olunan iş kazaları ile meslek hastalıkları, hastalık analık, malullük, yaşlılık, ve ölüm sigortaları primlerinden ve kurumun diğer gelirlerinden ayrılan karşılıklar; Matematik karşılık, Ödenmiş Primler karşılığı, Diğer karşılıklar ve Olağanüstü karşılıktır.

---

<sup>62</sup> Güneş, Yakar, agm, s: 133.

<sup>63</sup> Güzel, Okur, age, s:70.

<sup>64</sup> Naci MUTER, Ramazan GÖKBUNAR (1998), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Makro Sorunları ve Çözüm Önerileri" **Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi** Cilt;14 Sayı;1,İstanbul, s: 276.

<sup>65</sup> Güneş, Yakar, agm, s: 131.

SSK Kanununun 137 maddesinde bu karşılıklar şöyle tanımlanmıştır; Matematik karşılık; bu kanun gereğince bağlanan gelir ve aylıkların ödenmesini sağlamak üzere hesaplanacak peşin değerlerin toplamıdır. Ödenmiş primler karşılığı; sigortalılar veya hak sahibi kimseler için bu kanun gereğince ileride malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından kurumca yapılacak ödemelerin bilanço tarihindeki değeri ile bu sigortalılar için sonraki yıllarda malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primlerinin peşin değerleri arasındaki farktır. Olağanüstü karşılık; herhangi bir hesap yılına ilişkin gelirlerin, o yıl yapılacak masraflarla yıl sonunda ayrılması gerekli karşılıklara yetmemesi halinde kullanılmak üzere ayrılan karşılıklardır. Her hesap yılı sonunda o yılın gelirlerinden matematik ve ödenmiş primler karşılıkları ile yönetim giderleri, sigorta masrafları,ve ayrılan başka karşılıklar çıkarıldıktan sonra kalanı olağanüstü karşılık olarak ayrılır.

Yukarıdaki tanımlamalardan anlaşılacağı üzere, kapitalizasyon yönteminin gerektirdiği nitelik ve çapta fon birikimine yol açanlar matematik karşılıklarla, ödenmiş prim karşılıklardır. Diğer iki karşılık türünün ise; asıl sigortacılık tekniği ve uygulanan finansman yöntemleri ile bir ilgisi yoktur. Bunlar genel işletmecilik ve muhasebe tekniğinin gerektirdiği karşılıklardır.<sup>66</sup>

### **3. TÜRK SOSYAL GÜVENLİK KURULUŞLARININ FİNANSMANI**

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel kesimde oluşan ikili bir yapı mevcuttur. Kamu sektörü, sosyal sigortalar ve vergilerden karşılanan hizmetler vasıtasıyla, özel sektör ise özel sağlık kuruluşlarının sunduğu imkanlarla sağlık hizmetlerinin finansmanına katılmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemi, gerek hizmet arz ve talebi ve gerekse finansman açısından karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri özel ve kamu kesiminde değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet talebinde bulunanlar da sigorta kapsamında olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılmakta ve kapsam içinde olanlar gerek hizmet alımı gerekse finansman yönüyle farklı uygulamalara maruz kalmaktadır.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Güneş, Yakar, agm, s: 131.

<sup>67</sup> Tokat, age, s: 14.

Türkiye sağlık hizmetleri finansmanında üç temel kaynağa sahiptir.<sup>68</sup>

1. Vergi gelirleriyle finanse edilen ve büyük oranda Sağlık Bakanlığı'na, Milli Savunma Bakanlığı'na, üniversite hastanelerine ve diğer kamu kuruluşlarına ve aktif devlet memurlarının sağlık hizmeti harcamalarına tahsis edilen genel devlet bütçesi.
2. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı üyelerinden elde edilen sosyal güvenlik katkıları.
3. Özel hekimler ve kuruluşlara direkt ödeme ve gönüllü sağlık sigortası için ödenen primler ve ortak ödemeler şeklinde olan cepten yapılan ödemeler.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında, merkezi idarenin genel bütçe gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin doğrudan cepten yaptıkları ödemelerle karşılanmaktadır. Ortalama olarak toplam finansmanın yarısına yakını genel vergilerle, %20'lik bir oranı sigorta fonları ile geri kalan tutar ise özel sigorta şirketlerinin ödemeleri ve cepten ödemelerle karşılanmaktadır.<sup>69</sup>

Türkiye'de sağlık harcamalarının %43'ü vergilerle, %18'i sigorta primleri ile, %5'i fonlar olmak üzere %62,9'luk bölümü kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. Kalan %37,1'lik kısım ise, özel sigortalar ve doğrudan cepten ödemelerle finanse edilmektedir.<sup>70</sup>

Sosyal güvenlik kuruluşları açısından, sağlık hizmetlerinin finansman konusu karmaşık bir yapı arz etmektedir. Sosyal güvenliğin sağlık hizmetleri finansmanı, sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir kaynakları ile ilgilidir. Çünkü sistemin kişiler ve riskler açısından kapsamı genişledikçe, sağlanan yardımların düzeyi yükseldikçe yeni finansman kaynakları bulmak sistemin işlerliği açısından önemlidir.<sup>71</sup>

---

<sup>68</sup> Savaş S., ve diğerleri (2002), "Health Care System in Transition: Turkey", European Observatory on Health Care Systems," s: 53.

<sup>69</sup> Orhaner, agm, s:5.

<sup>70</sup> Mehmet TOKAT (1993), "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı", Ankara, s:42.

<sup>71</sup> İlyas ÇELİKOĞLU (1994), **Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması**, DPT, Uzmanlık Tezi, Ankara, s: 110.



Sosyal güvenlik kurumlarının en önemli gelir kaynağı hiç kuşkusuz sigortalı ve işverenler tarafından ödenen primlerdir. Primlerin dışındaki diğer bir gelir kaynağı ise, devlet yardımıdır.

Primler, sosyal güvenlik sistemi içerisinde, sistemin sağladığı sosyal güvence duygusunun ve temin ettiği borçların bedelini ifade eder. En önemli özelliği zorunlu olmasıdır. Primler işçi, işveren ve devlet tarafından ödenir.<sup>72</sup>

Prim, sahip olduğu özellikleri dolayısıyla kendine ait özellikleri olan bir finansman aracıdır. Prim, ücret ve gelirler üzerinden alınması nedeniyle ücretin bir parçası olarak algılanabileceği gibi, sigorta yardımlarına karşılık ödendiği için bir fiyat veya zorunlu olarak tahsil edildiği için de bir vergi olarak görülebilir. Aynı zamanda prim, tahsisi bir amaçla kullanılan vergi benzeri (parafiskal) bir finansman vasıtasıdır.<sup>73</sup>

Sigortalıların ödemiş oldukları sosyal sigorta primleri ücretlerle orantılı olarak belirlenir. Sigortalının prim ödemesi durumunda bir karşılık talep etme hakkının doğmasının yanında, sigortalıyı zorunlu olarak da tasarrufa yöneltmektedir. Sigortalıların ödemiş oldukları primler yalnızca onlara güvence sağlamakla aynı zamanda kuşaklar arası dayanışmayı da sağlamaktadır.<sup>74</sup>

Çalışanların sosyal güvenliğin finansmanına prim ödeme yoluyla katılmasına ilişkin görüşlerin başında çalışanların sigortadan şahsen yararlandığı için, mali yükün bir kısmına da katılması gerektiği düşüncesi yatmaktadır. Bununun dışındaki diğer görüşler ise; zorunlu sosyal sigortanın kişisel tasarrufun ve önlemlerin yerini aldığı, çalışanın ödediği primlerin, bu giderlere ayrılacağı gelirin bir karşılığı olduğunu savunmaktadır.<sup>75</sup>

İşverenlerin sosyal güvenlik sisteminin finansmanına katılmaları genel bir kural olarak kabul görmektedir. Yalnız çalışanların ödemiş oldukları primler ile sosyal güvenlik sisteminin finanse edilmesi mümkün olamamaktadır. Sosyal sigortalıların

---

<sup>72</sup> Turan YAZGAN (1992), **İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Notları**, Türk Dünyası Araştırmaları, Kutay Yayınları, İstanbul, s: 139.

<sup>73</sup> Yusuf ALPER (2000), **Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar (SSK, Bağ-Kur)**, Alfa Yayınları, Ekim, s: 149.

<sup>74</sup> Talas, age, s: 463.

<sup>75</sup> Selahattin BİRKAN (1969), **Dünyada Sosyal Güvenlik Ekonomisi**, İstanbul, s:159.

finansmanına işverenlerin prim ödeyerek katılması hemen her ülkede rastlanılan bir olgudur.

İşverenlerden prim alınmasına yönelik ileri sürülen düşünceleri şu şekilde sıralamak mümkündür. İlk olarak, iş kazası, meslek hastalığı ve işsizlik gibi sigortalının uğradığı bir kısım risklerden doğrudan işverenlerin sorumlu tutulması. İkinci olarak ise, adı geçen sosyal risklere karşı bazı işletmeler gerekli önlemleri alamama ve diğer işletmelere karşı haksız rekabet yoluyla avantajlı duruma geçme şansını yakalamaktadır. İşverenlerden sigorta primi alınarak, sadece çalışanların güvenliği sağlanmış olmayacak aynı zamanda işletmeler arası haksız rekabete de fırsat verilememiş olacaktır.<sup>76</sup>

Sosyal sigortaların finansmanında primler dışında ikinci gelir kaynağı devlet katkısıdır. Devletin sosyal sigorta kurumlarına genel bütçeden yapmış olduğu transferler de birer gelir kaynağı oluşturmaktadır. Günümüzde sosyal güvenlik bir devlet görevi olarak kabul edilmektedir. Bunun temel nedeni sosyal güvenliği sağlamanın anayasal bir görev olmasıdır. Sosyal güvenlik sisteminin amacını gerçekleştirebilmesi için çalışan ve işverenin katkılarının yanında devletin de sosyal güvenliğin finansmanına katılması gerekmektedir.

Devletin sosyal güvenliğin finansmanına katılımı çeşitli yöntemlerle olmaktadır. Bu yöntemlerin başında prim benzeri ödemelerin olması, sosyal gelir ödemelerine katılım, sigorta açıklarını kapatma, sosyal güvenlik kurumlarının yönetim ile ilgili giderlerini karşılama, vergi bağışıklığı veya indirimi gibi yollar sayılabilir.<sup>77</sup>

Konunun daha iyi anlaşılması için şimdi ülkemizdeki sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir kaynaklarını ve gelir gider dengelerini incelemekte fayda görmekteyim.

### **3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Mali Yapısı**

5502 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre kurumun kuruluş amacı ve görevleri şöyle açıklanmıştır. Kurumun temel amacı sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. Bu amaca uygun olarak görevleri

---

<sup>76</sup> Sait DİLİK (1992), *Sosyal Güvenlik*, Ankara, s: 217-218.

<sup>77</sup> Güzel, Okur, age, s: 68.

ise yine aynı kanunda şöyle açıklanmıştır. Sosyal güvenlik politikalarını uygulamak ve geliştirmek, hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişilikleri bilgilendirmek, sosyal güvenlik ile ilgili konularda gerek uluslar arası kuruluşlarla münasebet kurmak ve gerekse de uluslar arası antlaşmaları uygulamak, sosyal güvenlik alanında işbirliği sağlamaktır.

Sosyal Sigortalılar Kanunu'nun 33. maddesinde, Kurum tarafından sigortalıya yapılacak sağlık yardımlarının amacı; sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini arttırma olarak tanımlanmıştır. Tablo 12'de SSK'nın sahip olmuş olduğu sağlık tesisleri verilmektedir. Tabloya göre; 2000 yılında SSK, 88'i hizmet hastanesi, 19'u bölge hastanesi ve 7'si eğitim hastanesi olmak üzere toplam 136 hastane ile sigortalılarına sağlık hizmeti sunmaktadır.

**Tablo 10 :SSK Kurumunun Yataklı Sağlık Tesisleri**

Yıllar/Hastaneler	1997	1998	1999	2000
<b>HİZMET HASTANELERİ</b>	71	73	85	88
<b>BÖLGE HASTANELERİ</b>	19	19	19	19
<b>EĞİTİM HASTANELERİ</b>	6	6	6	7
<b>EĞİTİM+ÖZEL DAL HASTANELERİ</b>	5	5	5	5
<b>Doğumevi</b>	3	3	3	3
<b>Çocuk Hastalıkları Hastanesi</b>	1	1	1	1
<b>Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi</b>	1	1	1	1
<b>ÖZEL DAL HASTANELERİ</b>	11	12	13	13
<b>Doğumevi</b>	6	6	6	6
<b>Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi</b>	2	2	2	2
<b>Fizik Tedavi Hastanesi</b>	1	2	3	3
<b>İhtisas Hastaneleri</b>	1	1	1	1
<b>Göz Hastalıkları Merkezi ve Göz Bankası</b>	1	1	1	1
<b>SANATORYUMLAR (Göğüs Hast.Hastanesi)</b>	2	2	1	1
<b>MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ</b>	2	2	2	2
<b>MESLEK + ÖZEL DAL HASTANELERİ</b>	1	1	1	1

**Kaynak:**SSK İstatistik Yıllığı, 2001, s: 11

SSK tarafında sigortalılara sağlanan sağlık yardımları şu şekilde sıralanabilir.

**(i) Doktora Muayene ve Tedavi Ettirme:** Hastalık sigortasından yapılacak tıbbi yardımların başında, sigortalının doktora muayene ettirilmesi ve hastalık süresince tedavisinin sağlanması gelir. Sosyal Sigortalılar Kanunu'nun 33. maddesi, sigortalının

hekime muayene ettirilmesi, hekimin lüzum görmesi üzerine, teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavilerinin sağlanmasını öngörmektedir.

**(ii) Tedavi Süresince Gerekli İlaçların Sağlanması:** Sigortalının tedavi süresince, sağlığına tekrar kavuşması için gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının teminin sağlar. Kurum, ilaç ve iyileştirme araçları ya kendi eczanelerinden ya da sözleşmeli eczanelerden sağlamaktadır.<sup>78</sup>

**(iii) Protez Araç ve Gereçlerini Sağlama:** Sosyal Sigortalılar Kanunu 32/B bendine göre; iş kazaları ve meslek hastalıklarında olduğu gibi, hastalık halinde de Kurum, sigortalıya protez araç ve gereçlerini sağlama, takma, onarma ve yenilenmesi ile yükümlüdür.

**(iv) Gerekli Hallerde Muayene ve Tedavi İçin Başka Bir Yere Gönderme:** Sigortalı veya aile bireylerinin tedavilerinin, bunların bulunduğu yerde kurumca sağlanması asıldır.<sup>79</sup> Ancak kurum sağlık tesislerinde boş yatak bulunmaması veya bu kurumlarda tedavinin olanaklı görülmemesi hallerinde, sigortalı (eş ve çocukları dahil) kurumca resmi bir sağlık tesisine, buralarda da boş yatak bulunmadığı veya tedavinin yapılamayacağı resmi raporla belirtildiği takdirde öteki özel sağlık kuruluşlarına sevk edilerek tedavisi sağlanır. Bu durumda muayene, tedavi ve yol masrafları kurum tarafından karşılanır.<sup>80</sup>

**(v) Yabancı Ülkelerde Muayene ve Tedavi:** Yabancı ülkede tedavi ve muayene konusunda sigortalının yurt dışında bulunma nedeni önem taşır. Sosyal Sigortalılar Kanunu 7. maddesine göre; işveren tarafından geçici bir görevle yurt dışına gönderilen sigortalını orada hastalanması durumunda, muayene ve tedavi giderlerinin kurumca karşılanması zorunludur.

SSK sağlık hizmetlerini, bir hizmet akdine bağlı olarak çalışan sigortalılar, emekli dul ve yetimlere ve bunların ailelerine öncelikli olarak kendi sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Kendi tesislerinin olmadığı veya yetersiz olduğu durumlarda da gerek diğer kamu kurumlarından ve gerekse özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle bu görevini yerine getirmektedir.

---

<sup>78</sup> Güzel, Okur, age, s: 234.

<sup>79</sup> Güzel, Okur, age, s: 234.

<sup>80</sup> Güzel, Okur, age, s: 234.

**Tablo 11 : SSK'nın Toplam Sağlık Harcamaları**

YILLAR	Toplam Sağlık Harcaması (Bin YTL)	Değişim Oranı (%)	Toplam Kamu Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)	GSMH'ya Oranı (%)	SSK Kapsamında Bulunan Nüfusun Genel Nüfusa Oranı (%)
1996	87.937	96,4	20	0,58	44,23
1997	199.230	126,55	30,41	0,68	47,03
1998	406.180	103,87	27,45	0,82	49,43
1999	748.699	84,32	29,19	0,95	45,98
2000	1.280.189	71,0	29,39	1,01	47,41
2001	2.257.958	76,4	29,68	1,27	45,17
2002	3.594.350	59,2	37,76	1,31	47,42
2003	4.981.194	38,6	37,61	1,39	49,60
2004	6.635.691	33,2	29,14	1,56	52,54
2005	7.677.105	15,7	36,84	1,73	56,67
2006	11.699.804	52,4	33,01	2,6	62,68

**Kaynak:** Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistikleri, (1997-2007),s:5

1996-1999 yılları arasındaki dönemde SSK genel nüfusun %48'ine yakın bir kısmını kapsam dahiline almıştır. Bu yıllar arasında SSK kapsamındaki nüfusun artışına bağlı olarak bu dönemde sağlık harcamaları da süreklilik arz edecek şekilde artış göstermiştir.

1999-2002 yılları arasındaki dönemde de SSK kapsamındaki nüfus, ortalama %43 oranında artmıştır. Kapsam dahilindeki nüfusun artmansa paralel olarak sağlık harcamaları da artış göstermiştir.

2003 yılından itibaren SSK kapsamındaki nüfus, genel nüfusun yarısını kapsam dahiline aldığı görülmektedir. Özellikle 2006 yılında, genel nüfusun %63'üne yaklaşmıştır.

Kurum sağlık harcamalarında 1996-2000 yılları arasındaki dönemde en yüksek harcama tutarı 1.280.189.000 YTL ile 2000 yılında gerçekleşmesine rağmen oransal anlamda en büyük artış %126,55 ile 1998 yılında gerçekleşmiştir. Tabloda görüldüğü üzere SSK'nın toplam sağlık harcamaları her geçen yıl artarak devam etmiştir. 2000'li yılların başından itibaren de kuruma ait sağlık harcamaları sürekli olarak bir artış

eğilimi içine girmiş gözükmektedir. 2000-2006 yılları arasındaki dönemde kurumun sağlık hizmetlerine yaptığı harcamaların en yüksek değeri 2006 yılında gerçekleşmiş ve 11.699.804.000 YTL miktarına ulaşmıştır. Ancak en çok harcama tutarının 2006 yılında olmasına rağmen, kurumun toplam sağlık harcamalarının en hızlı bir şekilde arttığı yıl %76,4'lük bir artışın gerçekleştiği 2001 yılı olmuştur.

2005 ve 2006 yılında kurum sağlık harcamalarında büyük artış oranının yaşanmasının nedenleri olarak, kapsam dahilindeki nüfusta yaşanan artışlar ve son yapılan yasal düzenlemeler ile tedavi amacıyla devlet ve üniversite hastanelerine başvurmanın serbest olması söylenebilir.

**Tablo 12 :SSK Sağlık Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Bin YTL)**

Yıl	Kurumun Sağlık Tesisi Ödemeleri	Kurumun Sağlık Tesisi Ödemelerinin Toplam Harcama İçindeki Oranı (%)	Artış Oranı (%)	Dışarıdan Satın Alınan Hizmet	Dışarıdan Satın Alınan Hizmetin Toplam Harcama İçindeki Oranı (%)	Artış Oranı (%)
2000	872.956	68,2	66,1	407.232	31,8	82,6
2001	1.527.662	67,7	75,0	730.294	32,3	79,3
2002	2.532.071	70,4	65,7	1.062.279	29,6	45,5
2003	3.485.630	70,0	37,7	1.495.563	30,0	40,8
2004	4.024.229	60,6	15,5	2.611.461	39,4	74,6

**Kaynak:** Sosyal Sigortalar Kurumu İstatistikleri ,2005, s.5

Yapılan harcamalarının %70'e yakın bir kısmının SSK Hastanelerine ve diğer kendine ait sağlık tesislerine yönelik yapılması, kurumun sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetlerini öncelikli olarak kendi hastane ve tesislerinde yerine getirdiğinin göstergesidir. Kurumun kendi tesisleri dışında dışarıdan hizmet satın alarak sigortalıların sağlık hizmetleri sunması yolunu tercih etmesi ise 2004 yılında %74 oranında artış göstermesi, kurumun dışardan hizmet satın alımına da verdiği önemi göstermektedir.

**Tablo 13 : SSK İlaç Harcamaları**

Yıllar	İlaç Harcaması (Bin YTL)	İlaç Harcaması Artış Oranı (%)	Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)
1995	17.141	-	38,3
1996	32.033	86,9	36,4
1997	71.224	122,3	35,7
1998	165.584	132,5	40,8
1999	304.016	83,6	40,6
2000	572.409	88,3	44,7
2001	992.616	73,4	44,0
2002	1.878.558	89,3	52,3
2003	2.101.495	11,9	42,2
2004	2.655.000	26,3	41,4
2005	3.552.940	32,2	46,2
2006	5.265.514	48,2	45

**Kaynak:** Sosyal Sigortalar Kurumu İstatistikleri, 2007, s. 3

Kurumun ilaç harcamaları toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1995-2000 yılları arasındaki dönemde ortalama %38,36'dır. Bu dönem içerisinde ilaç harcamalarının en yüksek değeri 1999 yılında 304.016.000 YTL olmuştur. Ancak 1995-2000 yılları arasında harcama tutarının en yüksek olduğu yılın 1999 yılı olmasına rağmen oransal olarak en yüksek artışın yaşandığı yıl %132,5 ile 1998 yılı olmuştur. 2000-2006 yılları arasındaki dönemde ise, kurumun toplam ilaç harcamaları, daha önceki yıllarda da olduğu gibi artış eğilimi içindedir. Bu dönem içerisindeki ilaç harcamalarında en yüksek harcama tutarının meydana geldiği yıl 5.265.514.000 YTL ile 2006 yılı olmuştur. 2000-2006 yılları arasındaki dönemde SSK ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ortalama %45'lik bir orana sahiptir. İlaç harcamalarındaki yüzdelerdeki değişime baktığımızda ise, en büyük değişimin %89,3 ile 2002 yılında gerçekleştiğini görmekteyiz.

SSK'nın sağlık harcamaları içerisinde en önemli pay ilaç harcamalarıdır. Şöyle ki, 2001 yılında %44 olan ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payı 2006 yılına gelindiğinde %47,4'e ulaşmıştır. Artan sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamaları ortalama %45 düzeyinde önemli bir orana sahiptir.

Kurumun gelirleri, prim gelirleri, menkul kıymet gelirleri, kurumun sahibi veya ortağı bulunduğu müessese ve işletmelerden, iştiraklerden ve bağlı işletmelerden elde

edilecek her türlü gelirler, genel bütçeden yapılacak yardımlar, gayri menkul satış ve kira gelirleri ve diğer gelirlerdir.

4792 sayılı Kuruluş Kanunu'nun 19. maddesine göre kurumun gelir kaynakları;

1. Sosyal sigortalar hakkındaki kanunlara göre genel olarak işverenlerin ve bazı sigorta kolları için ayrıca işçi ve hizmetlilerin ödeyecekleri primler,
2. İş Kanunu'nu 30. maddesine göre işçi ücretlerinden yapılan ceza kesintilerinden Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na Kuruma verilmesi uygun görülen paralar,
3. İş Kanunu'nun 112. ve 120. maddeleri ile sosyal sigortalıları ilgilendiren Kanunlara göre işverenler veya işçiler hakkında hükmedilecek para cezaları,
4. Gerçek veya tüzel kişiler tarafından yapılacak bağışlar ve vasiyetler,
5. Kurumun menkul ve gayri menkul mallarının getirdiği gelirler,
6. Genel bütçeden yapılacak yardımlar olarak belirlenmiştir.

Sosyal sigorta kurumlarının temel gelir kaynağının primler oluşturduğu bilinen bir gerçektir. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun da temel gelir kaynağı işveren ve çalışanlar tarafından ödenen primlerdir. SSK'nın primler dışında başka gelir kalemleri de bulunmaktadır. Bunlar, genel bütçeden yapılan transferler ve diğer gelir kalemleridir.

Sosyal sigorta primi, sosyal risklerden birinin gerçekleşmesi halinde yapılacak sigorta yardımları ile Kurum yönetim giderlerinin karşılığı olarak sigortalı ve işverenden, sigortalının kazancının belli bir yüzdesi üzerinden alınan parayı ifade eder.<sup>81</sup>

Primler iş kazaları, meslek hastalıkları, hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortalarının gerektirdiği her türlü yardım ve ödemelerle her çeşit yönetim giderlerini karşılamak amacıyla alınır.<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> Okur, Güzel, age, s: 137.

<sup>82</sup> Çakıcı, age, s: 35.



Prim oranları her sigorta kolu için farklılık göstermektedir. İş kazalarıyla, meslek hastalıkları sigortası için alınan primlerin oranı tespit edilirken, iş kollarının hangi tehlike sınırına girdiği önem kazanır. Sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortaları için prim oranı kazancın %20'si, maden işyerlerinde yeraltında çalışanların tehlike derecesi yüksek olduğu için prim oranı kazancın %22'si olarak belirlenmektedir.<sup>83</sup>

**Tablo 14 :SSK'nın Prim Gelirleri (Bin YTL)**

Yıllar	Prim Gelirleri	Değişim Oranı (%)	Toplam Gelir İçindeki Oranı (%)
2000	4.221.000	112,20	86,23
2001	5.985.000	41,79	77,75
2002	8.941.000	49,39	80,32
2003	12.745.000	42,55	82,50
2004	16.967.000	33,13	87,38
2005	19.865.378	17,08	87,35
2006	25.703.675	29,39	88,43

**Kaynak:** SSK Yıllık İstatistik Bülteni, 2007, s:7

SSK'nın prim gelirleri yıllar itibariyle sürekli bir artış halinde günümüze kadar gelmektedir. Prim artışlarının nedeni olarak öncelikle, SSK'nın sahip olduğu nüfusun artması gösterilebilir. SSK'nın sosyal güvenlik kapsamansa aldığı sigortalı sayısına baktığımız zaman, 2000'li yılların başlarında 31.289.211 kişi iken 2006 yılı itibariyle bu sayı 45.731.530 kişiye ulaşmış ve neredeyse ülke nüfusunun %65'lik bir kısmına hizmet verir konumuna gelmiştir.

Sosyal Sigortalar Kurumunun diğer bir gelir kaynağının devlet katkısı olduğunun daha önce belirtmiştik. Devletin Sosyal Sigortalar Kurumu'na sağladığı katkı genel bütçeden aktardığı transferler şeklinde olmaktadır.

<sup>83</sup> Güzel, Okur, age, s: 138.

**Tablo 15 :SSK'ya Yapılan Bütçe Transferleri (Bin YTL)**

Yıllar	Bütçe Transferleri	Yıllık Değişim (%)	GSMH İçindeki Oranı (%)
2000	400.000	64,0	0,3
2001	1.108.000	117,0	0,6
2002	2.386.000	115,3	0,9
2003	4.808.617	101,5	1,3
2004	5.757.000	19,7	1,3
2005	7.507.267	30,4	1,5
2006	8.527.000	12,5	1,6

**Kaynak:** SSK Yıllık İstatistik Bülteni, 2007, s. 6

Kuruma genel devlet bütçesinden yapılan transferleri GSMH'ya oranladığımızda, son yıllarda gerçekleşen oranın ortalama %1'ler seviyesinde olduğu görülmektedir. Bu durum göstermektedir ki, primler dışında ikinci önemli gelir kaynağı olan bütçe transferlerinin düşüklüğü, kurumu finansal anlamda rahatlatmamakta tersine finansman sorunları yaşamasına yardımcı olmaktadır.

### 3.2. Bağ-Kur'un Mali Yapısı

Bağ-Kur 1971 yılında 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalılar Kanunu'nun kabulü ile kurulmuştur. Adı geçen kanunun 24. maddesinde, sigortalı kapsamı içine aldığı meslek grupları ve bu gruplara sağlayacağı sosyal yardımlar açıklanmıştır. bu maddeye göre; esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız çalışanlardan ticari kazanç ve meslek kazancı dolayısıyla gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar veya gelir vergisinden muaf tutulanlar, kolektif şirketlerin adi ortakları, adi komandit şirketlerin komandit ve komanditer ortakları, limited şirketlerin ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, donatma şirketleri ortakları ile anonim şirketi kurucu ortakları ve yönetim kurulu üyesi olanlar sigortalı kapsamına alınmıştır.<sup>84</sup>

Bağ-Kur'un sağlık sigortası yardımları, hastalık ve iş kazaları hallerinde yapılır. Sağlık yardımlarının kapsamı içerisinde; doktor muayenesi, teşhis için gerekli klinik ve laboratuvar incelemesinin yapılması, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık

<sup>84</sup> Güzel, Okur, age, s: 425.

kurumlarına yatırılma, tedavi için gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması girmektedir.<sup>85</sup> Bağ-Kur'un sağlık sigortası kapsamında vereceği sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığı'na, Sosyal Sigortalar Kurumu'na, Mahalli İdarelere, Üniversitelere ve diğer kuruluşlara ait sağlık tesislerinden hizmet satın almak suretiyle yürütür.

**Tablo 16 : Bağ-Kur Toplam Sağlık Harcaması**

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Bin YTL)	Değişim Oranı (%)	Toplam Kamu Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%)	GSMH İçindeki Oranı (%)	Bağ-Kur Kapsamındaki Nüfusun Genel Nüfus İçindeki Oranı (%)
1995	8.045	169,3	4,16	0,1	18,95
1996	18.412	128,9	5,23	0,12	18,65
1997	54.500	196	8,32	0,18	19,63
1998	201.254	269,3	13,6	0,37	20,11
1999	413.417	105,4	16,1	0,52	20,79
2000	730.296	76,6	16,75	0,58	22,14
2001	1.228.849	68,3	16,15	0,71	22,20
2002	2.195.308	78,6	16,73	0,79	22,28
2003	3.183.100	45	18,61	0,89	22,46
2004	3.719.000	16,8	14,04	0,74	22,67
2005	3.625.825	-2,5	17,39	0,82	22,04
2006	3.622.577	-0,1	18,88	0,81	22,45

**Kaynak:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistikleri (2007), s: 8 Bağ-Kur İstatistik Yıllığı (2005), s: 7

Bağ-Kur'un sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetine yönelik harcamaların 1995-2000 yılları arasında, 2000-2006 yılları arasındaki döneme nazaran daha hızlı bir şekilde artış gösterdiği görülmektedir. 1995-2000 yılları arasındaki dönemde, sağlık harcamalarının ortalama artış eğilimi %173,78'dir. Bu dönemde en çok harcamanın yapıldığı yıl 730.296.000 YTL ile 2000 yılında gerçekleşmesine rağmen, oransal anlamda en büyük artış %269,3 ile 1998 yılında gerçekleşmiştir. 2000-2006 yılları arasındaki dönemde ise ortalama artış oranı, 29,44'dür. Bu dönem içindeki en yüksek harcama tutarı 3.179.000.000 YTL ile 2004 yılında gerçekleşmiş, oransal anlamda en büyük artış ise %78,6 ile 2002 yılında gerçekleşmiştir.

Kurumun kapsam altına aldığı sigortalıların genel nüfus içindeki oranına baktığımızda ise, 2005 yılına kadar sürekli bir artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Ancak 2005 yılında kapsam altına aldığı nüfusta bir azalma olması sağlık harcamalarına

<sup>85</sup> Güzel, Okur, age, s: 426.

da yansımış ve harcama tutarı azalma göstermiştir. 2006 yılında da kapsam dahilindeki nüfusta 2005 yılına nazaran çok düşük bir artış yaşanmış ve kurumun sağlık harcamalarının toplam kamu sağlık harcamaları içindeki ortanı yükselmesine rağmen, tutar bakımından sağlık harcamaları artış göstermemiş tam tersine % 0,1 oranında azalış göstermiştir.

Diğer sosyal güvenlik kuruluşlarında da olduğu gibi Bağ-Kur'da da ilaç harcamaları sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bağ-Kur'un ilaç harcamaları toplam sağlık harcamaları ortalama %60'lık bir orana sahiptir.

Aşağıdaki Tablo 18'de kurumun ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki durumu gösterilmektedir.

**Tablo 18 : Bağ-Kur'un İlaç Harcamaları**

Yıllar	İlaç Harcaması (Bin YTL)	Değişim Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)
1995	3.489	114,83	43,36
1996	9.195	163,54	49,94
1997	24.971	171,57	45,81
1998	121.417	386,23	60,33
1999	231.419	90,59	55,98
2000	458.336	98,1	62,7
2001	780.446	70,3	63,5
2002	1.321.532	69,3	60,1
2003	1.997.200	51,1	62,7
2004	2.188.000	9,6	58,8
2005	1.841.000	-15,9	50,7
2006	1.766.037	-4,1	49

**Kaynak:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistikleri (2007), s: 8 Bağ-Kur İstatistik Yıllığı (2005), s: 7

1995-2000 arası dönemde kuruma ait ilaç harcamalarının da sağlık harcamalarında olduğu gibi sürekli bir artış eğilimi gözlenmektedir. Bu dönemde ortalama artış hızı %185,35'dir bu dönemde en büyük artış %386,23 ile 1998 yılında gerçekleşmiş, en yüksek harcama tutarı ise 458.336.000 YTL il 2000 yılında gerçekleşmiştir. 2000-2007 arasındaki dönemde ise; ortalama artış hızı %55'dir bu dönemde en büyük artış hızı %70,3,1 ile 2001 yılında gerçekleşmiş, en yüksek harcama tutarı ise 2.188.000.000 YTL ile 2004 yılında gerçekleşmiştir. Kurumun ilaç harcamaları, sağlık harcamalarında da olduğu gibi son iki yılda azalış eğilimi göstermektedir.

**Tablo 19 : Bağ-Kur Sağlık Harcamalarının Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı (Bin YTL)**

Yıllar	Devlet Hastaneleri	Toplam Bağ-Kur Harcamasına Oranı (%)	Özel Hastaneler	Toplam Bağ-Kur Harcamasına Oranı (%)	Üniversite Hastaneleri	Toplam Bağ-Kur Harcamasına Oranı (%)
2000	149.600	20,48	24.300	3,32	41.700	5,71
2001	250.300	20,36	48.400	3,93	31.300	2,54
2002	561.700	25,58	70.000	3,18	61.200	2,78
2003	797.600	25,05	86.600	2,72	81.500	2,56
2004	1.028.300	27,64	113.400	3,04	126.800	3,40
2005	1.125.705	31,04	141.896	3,91	96.436	2,65
<b>Toplam</b>	<b>3.913.205</b>	<b>26,65</b>	<b>484.596</b>	<b>3,30</b>	<b>438.936</b>	<b>2,98</b>

**Kaynak:** Bağ-Kur İstatistik Yıllığı (2005), s: 7

Tablo 19'dan anlaşılmaktadır ki, kurum sağlık hizmetlerini sunarken daha ziyade devlet hastanelerinden faydalanmakta, sigortalılarını bu hastanelere yönlendirmektedir. Devlet hastanelerinden sonra, kurum sigortalılarına özel hastanelerin imkanlarını sunmakta ve en az üniversite hastanelerinden faydalanmaktadır.

Bağ-Kur bir sosyal sigorta kurumu olarak primlerle finanse edilen bir sosyal güvenlik kurumudur. Bağ-Kur'u diğer sosyal güvenlik kurumlarından ayıran en belirgin özellik ise, primlerin sadece sigortalılar tarafından ödeniyor olmasıdır. Bağ-Kur'un prim dışındaki diğer gelirleri ise zaman içerisinde önemini kaybetmiştir.

Bir sosyal sigorta kurumu olarak Bağ-Kur, kuruluş amaçları doğrultusunda faaliyetlerini sürdürebilmesine uygun bir mali yapı oluşturulmasına 1479 sayılı Kanunda yer verilmiştir. Adı geçen kanununun 15. maddesine göre kurumun gelirleri;

1. Sigortalının ödeyeceği primler,
2. Para cezaları,
3. Gerçek veya tüzel kişiler tarafından yapılan bağış ve vasiyetler,
4. Kurumun taşınır ve taşınmaz mallarının sağlayacağı gelirler,
5. Genel bütçeden yapılan transferler,
6. Kurum iştirak ve kuruluşlarını gelirleri,
7. Diğer gelirler

şeklinde sıralanmıştır. Sayılan bu gelirler içerisindeki en önemli gelir kaynağı şüphesiz prim gelirleridir. 1980’li yıllardan itibaren genel bütçeden yapılan transferleri bir yana bırakılırsa, diğer gelirle önemini kaybettiğini söylemek doğru olacaktır. Günümüze baktığımızda kurumun iki önemli gelir kaynağının olduğunu görmekteyiz. Bunlar primler ve genel bütçeden yapılan transferler.

**Tablo 20 :1479 Sayılı Kanuna Göre Tahsil Edilen Primlerin Aylıkları Karşılama Durumu**

Yıllar	Prim Tahsilatı (Bin YTL)	Aylık Ödemeler (Bin YTL)	Karşılama Oranı (%)
2000	350.092,7	1.085.784	32,2
2001	603.715,0	1.686.604	35,8
2002	920.474,4	2.585.848	35,6
2003	1.264.084	4.354.254	29,0
2004	1.758.791	5.569.571	31,6
2005	1.681.657	6.514.255	25,8

**Kaynak:** Bağ-Kur İstatistik Yıllığı, 2005, s:9.

Tablo 20’den anlaşılmaktadır ki, kurumun son yıllarda toplamış olduğu prim gelirleri, kurumun aylık ödemelerinin ortalama %30’unu karşılamaktadır. Tahsil oranlarının düşüklüğü kurumu mali anlamda zorladığının bir göstergesidir. Ayrıca, kurumdan yapılan aylık ödemelerinin de yıllar itibariyle artış eğilimi göstermesine karşılık elde edilen prim gelirlerinin, giderleri karşılama oranında 2003 yılından itibaren düşüş eğilimi içinde olduğu görülmektedir.

Bağ-Kur’un prim gelirleri dışındaki diğer önemli bir gelir kalemi de devlet bütçesinden yapılan transferlerdir. Son yıllarda kuruma yönelik devlet bütçesinden yapılan transferlerin toplamı 22.542.260.000 YTL’dir. Devlet bütçesinden yapılan transferlerin yıllara göre dağılımı Tablo 21’de gösterilmektedir.

**Tablo 21 :Bağ-Kur'a Yapılan Bütçe Transferleri**

Yıllar	Gelir (Bin YTL)	Artış Yüzdesi (%)	GSMH'ya Oranı (%)
2000	1.051.460	32,1	0,8
2001	1.740.000	65,5	1,0
2002	2.622.000	50,7	1,0
2003	4.930.000	88,0	1,4
2004	5.273.000	7,0	1,2
2005	6.925.800	31,3	1,4

**Kaynak:** Bağ-Kur İstatistik Yıllığı, 2005, s: 10.

Kuruma yapılan bütçe transferlerine baktığımız zaman, genel bütçeden ayrılan payın GSMH'ya oranları 2004 yılı istisna olmak üzere son yıllarda sürekli bir artış içinde olduğu görülmektedir. Ancak her ne kadar artış eğilimi görülmeğe de, yapılan transferlerin GSMH'ya yüzdelik oranları oldukça düşük seviyelerde kalmaktadır. Bu aktarılan kaynakların düşüklüğü ileride de açıklanacağı gibi kurumun finansman kaynakları açısından sıkıntıya sokmaktadır.

Aşağıdaki Tablo 22'de gösterildiği gibi kurumun toplam gelir ve giderleri arasındaki farkın giderler lehinde olması, kurumun mali açıdan bir darboğazda olduğunun bir kanıtıdır. Kurumun son yıllarda gelirlerinde meydana gelen artış eğiliminin oransal anlamada, giderlerine oranla daha fazla artış göstermesine rağmen, gelir gider farkı devamlı bir şekilde açık verdiği görülmektedir.

**Tablo 22 :Bağ-Kur'un Toplam Gelirleri Ve Giderleri**

Yıllar	Gelir (Bin YTL)	Gider (Bin YTL)	Gelirlerin Giderleri Karşılama Oranı (%)	Fark (Bin YTL)	Artış Yüzdesi (%)	
					GELİR	GİDER
2000	725.912,8	1.899.118,3	38,22	-1.173.205,5	75,3	45,0
2001	1.280.348,1	3.059.214,4	41,85	-1.778.866,3	76,4	61,1
2002	2.101.540	5.032.115,1	41,76	-2.930.575,1	64,1	64,5
2003	2.982.986	8.061.199	37,00	-5.078.213	41,9	60,2
2004	4.241.518	9.953.538	42,61	-5.712.020	42,2	23,5
2005	3.726.768,	11.020.036	33,81	-7.293.268,	-12,1	10,7

**Kaynak:** Bağ-Kur İstatistik Yıllığı, 2005,s:9.

Kurumun elde ettiği toplam gelirler ancak giderlerinin %40'ını karşılayabilmektedir. Bu durum göstermektedir ki, kurumun elde ettiği gelirler giderlerinin yarısını bile karşılayamamaktadır. Bağ-Kur'un bu denli açıklar vermesi kurumun finansman anlamında büyük sıkıntı içinde olduğunu göstermektedir.

### 3.3. Emekli Sandığı Mali Yapısı

T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, 1950 yılında 5434 sayılı kanunla kurulmuştur. Kurumun başlıca amacı, kamu kesiminde çalışanlarla bunların dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini sağlamaktır.

Esas amacı; devlet memur ve hizmetlilerinin emekli haklarını gerçekleştirmek olan Emekli Sandığı'nın kuruluş kanununda belirtilen ve ilgililere sağladığı haklardan bazıları aşağıda belirtilmiştir.

Emekli sandığı iştirakçilerine verilecek sağlık yardımlarını bir kısmı, iştirakçinin bağlı bulunduğu kamu kurumu tarafından bir kısmı da Emekli Sandığı tarafından sağlanır. Sağlık yardımlarından tüm iştirakçiler değil, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamına girenler yararlanır.<sup>86</sup>

Emekli Sandığı sağlık yardımlarının kapsamı, Emekli Sandığı Kanunu'nda açıkça belirtilmiştir. Buna göre; sandığın iştirakçilerine sunduğu sağlık yardımları şunlardır.

- 1- Hastane ameliyat ve tedavi giderleri,
- 2- Diş tedavi ve protez bedelleri,
- 3- Gözlük cam ve çerçeve bedelleri,
- 4- Vücut organ protez bedelleri,
- 5- Kaplıca tedavi bedelleri,
- 6- İşitme cihazı bedelleri,
- 7- Sağlık yoluğu giderleri,
- 8- İlaç bedelleri,
- 9- İyileştirici tıbbi cihaz ve malzeme bedelleri.

---

<sup>86</sup> Güzel, Okur, age, s: 368.



**Tablo 23 :Emekli Sandığı Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon YTL)**

YILLAR	Toplam Sağlık Harcaması	Değişim Oranı (%)	Toplam Kamu Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)	GSMH İçindeki Oranı (%)	Emekli Sandığı Kapsam Dahilindeki Nüfusun Genel Nüfusa Oranı (%)
2000	623	73,0	0,0142	0,000496	12,12
2001	1.089	74,8	0,0143	0,000621	12,13
2002	1.840	68,9	0,0140	0,000669	12,95
2003	2.498	35,8	0,0146	0,0007	13,68
2004	2.796	11,9	0,0123	0,000652	12,94
2005	2.917	4,3	0,0142	0,000496	12,78
2006	2.744	-5,9	0,0143	0,000621	14,12

**Kaynak:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistiği, 2007,s.5

Emekli Sandığı'na ait sağlık harcamaları 2005 yılına kadar sürekli artan bir seyir izlediği Tablo 23'den anlaşılmaktadır. Emekli Sandığı kapsamındaki nüfus genel nüfus içinde %13'ler seviyesindedir. Kurumun yapmış olduğu sağlık harcamalarının, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki oranı ise oldukça düşüktür. Bu oran ortalama %0,14 seviyesindedir. Yapılan sağlık harcamalarını GSMH içindeki payı oldukça düşüktür. Yapılan harcamaların GSMH içindeki payı ortalama %0,050 dir.

Sandığa ait toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının oranı %55'tir. Sandığın sağlık harcamaları içinde yer alan diğer gider kalemleri ise tedavi hizmetlerine yönelik harcamalar ve tıbbi cihaz alımına yönelik harcamalardır.

**Tablo 24 :Emekli Sandığı İlaç Harcamaları (Milyon YTL)**

YILLAR	Toplam İlaç Harcaması	Değişim Oranı (%)	Emekli Sandığı Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%)
2000	358	80,8	57,46
2001	660	84,4	60,60
2002	1.100	66,7	59,78
2003	1.517	37,9	60,72
2004	1.524	0,5	54,50
2005	1.607	5,4	55,09
2006	1.265	-21,3	46,10

**Kaynak:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2007), Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistiği, s.6

Emekli Sandığı sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları ortalama %55'lik oranla önemli bir harcama kalemini oluşturmaktadır. Sandığın ilaç harcamaları 2006 yılına kadara artış göstermiş ancak son yıl azalış göstermiştir. 2000-2006 yılları arasındaki dönemde en yüksek harcama 1.607.000.000 YTL ile 2005 yılında gerçekleşmesine rağmen oransal anlamda en yüksek artış %84,4 ile 2001 yılında gerçekleşmiştir.

**Tablo 25 :Konularına Göre Emekli Sandığı Sağlık Harcamalarını Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)**

Yıllar/ Sağlık Harcaması Kalemleri	2003	2004	2005	2006
Hastane A. Ve Tedavi	34,70	40,58322	40,29394	48,71449
Diş Tedavi-Protez	0,25	0,301839	0,30728	0,369985
Gözlük Camı-Çerçeve	1,77	1,723306	1,625144	1,605503
Vücut Organ-Protez	0,071	0,082323	0,06861	0,055775
İçmece-Kaplıca Tedavi	0,0345	0,049152	0,058686	0,071941
İşitme Cihazı	0,1891	0,309291	0,342586	0,469078
Sağlık Yolluğu	0,1534	0,166511	0,181434	0,210832
Eczane-İlaç	60,71	54,51716	55,09231	46,08836
İyileştirme	2,107	2,256316	2,031567	2,427666
<b>TOPLAM</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

**Kaynak:** Emekli Sandığı İstatistikleri, <<http://www.emekli.gov.tr>> (15.05.2007).

Tablo 25'e göre; Emekli Sandığı'nın iştirakçilerine sunduğu hastanede veya ayakta tedavi hizmetleri, sandığın iştirakçilerine yönelik yapılan ilaç harcamaları ile birlikte sağlık giderleri içerisinde büyük bir önem taşımaktadır. Yıllar itibariyle sandık tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri içinde bu iki harcama kalemi birbirlerine yakın harcama oranları göstermiştir.

Emekli Sandığı hizmetlerinin finansmanında sigortalı ve işverenlerden alınan primler ile fon gelirleri önemli gelir kaynakları arasında yer almaktadır. Devlet katkısı ise bu kurumda da dolaylı bir şekilde gerçekleşmektedir.<sup>87</sup>

Primler, sigortalıların aylık ve ücret tutarları üzerinden, kurumlarca aylık, ücret veya ödeneklerin bordrolarında gösterilir ve bunların hak sahiplerine ödenmesi sırasında kesilir. Primler, değişik kesenekler adı altında alınır. Bunlar,<sup>88</sup>

1. Giriş keseneği; Emekli Sandığı'na bağlı bir göreve başlayanlardan emeklilik keseneğine esas ilk aylıkların %25'i giriş keseneği olarak alınır.
2. Aylık kesenek; İştirakçilerden her ay emeklilik keseneğine esas aylıkları üzerinden %15 emeklilik keseneği alınır.
3. Artış keseneği; Emekliliğe esas aylık veya ücretleri yükselenlerden ilk aylıklarının farkı artış keseneği olarak alınır.
4. Fiili ve itibari hizmet zammı keseneği; Bu keseneğin miktarı, fiili ve itibari hizmet karşılığı eklenecek müddetlere ait istihkak toplamının %10'nun yarısıdır.

Emekli Sandığı'nın gelirleri içerisinde kesenekler oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Emekli Sandığı'nın elde ettiği gelirler içerisinde keseneklerin %99'a yakın bir orana sahip olduğu aşağıdaki Tablo 26'y6 bakıldığı zaman söylenebilir.

Emekli Sandığı'nın gelirleri arasında öncelikli olan keseneklerin tutarı 2002 yılında 4.957.956.029 YTL iken 2006 yılına gelindiğinde bu tutar ,%53,76 oranında bir artış göstererek 9.275.930.000. YTL'ye ulaşmıştır. Sandığın sürekli gelir kaynakları arasında yer alan gelirlerden ek karşılık gelirleri ise, kesenekler dışında sandığın ikinci büyük gelir kaynağıdır.

Kurumun faaliyet dışı elde ettiği gelirler arasında ise, kuruma ait tesis ve işletmelerin faaliyetlerinden elde edilen gelirler ilk sırayı almaktadır. Bu gelirler 2002 yılında 11.714.465. YTL iken, 2005 yılında %75,48 oranında artış göstermesine rağmen

---

<sup>87</sup> Şener ÇAKICI (2001), **Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Mali Sorunları ve Ekonomik İstikrar**, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa, s: 24.

<sup>88</sup> Çakıcı, age, s: 24.

2006 yılında 2005 yılına nazaran % 54,20 oranında azalmış ve 8.411.772. YTL olmuştur.

**Tablo 26 : Yıllara Göre Emekli Sandığı Gelirleri (YTL)**

Gelirler	2002	2003	2004	2005	2006
<b>A. Faaliyet Gelirleri</b>	<b>4.957.956.029</b>	<b>6.790.944.081</b>	<b>7.732.230.760</b>	<b>9.557.856.171</b>	<b>9.275.930.000</b>
<b>I. Sürekli Kaynak Gelirleri</b>	<b>4.946.018.643</b>	<b>6.741.564.015</b>	<b>7.714.935.072</b>	<b>9.537.125.794</b>	<b>9.275.190.000</b>
Kesenek Ve Karşılıklar	3.845.653.222	5.520.099.936	6.439.630.910	7.373.633.341	7.814.000.000
Ek Karşılıklar	682.152.185	812.923.256	927.316.403	1.046.558.834	1.106.000.000
Fiili Ve İtibari Hizmet Zammı	201.926.865	266.042.445	307.452.368	286.507.947	355.000.000
İnzibati Para Cezaları	628.435	748.555	714.832	802.312	-
Pul Bilet Satış Payları	83.064	102.785	157.158	8.799	-
Zaman Aşımına Uğrayan Haklar	47.199	928.394	1.155.412	15.614.491	-
Gecikme Zamları	786.626	547.466	788.843	118.421.125	8.000
Geçmiş Yıllar Kesenek Tahsis	56.874.883	138.162.845	35.102.344	686.076.463	-
Çeşitli Gelirler	157.866.164	2.008.333	2.616.802	9.502.482	182.000
<b>II. Geçici Kaynak Gelirleri</b>	<b>11.937.386</b>	<b>49.380.066</b>	<b>17.295.688</b>	<b>20.730.377</b>	<b>740.000</b>
Hizmet Borçlanma Tahsis	11.937.386	48.606.910	16.971.401	20.325.422	740.000
Hizmet İhyası	-	773.156	324.287	404.955	-
<b>B. Faaliyet Dışı Gelirler</b>	<b>23.432.315</b>	<b>23.322.631</b>	<b>48.221.464</b>	<b>541.141.881</b>	<b>558.652.411</b>
İşletme Gelirleri	11.714.465	11.744.952	14.573.260	15.529.856	8.411.772
İştirakler Kâr Payları	436.394	1.002.389	-	-	-
Faiz Gelirleri	5.680.630	8.287.865	5.327.130	128.893.476	40.261.000
Alınan Tazminat Ve Cezalar	39	1.941	12.350	78.026	-
Geçmiş Yıllar Gelir Ve Kârlar	1.142.124	1.530.822	25.533.325	5.713	-
Arzı Satış Kârları	2.265.618	181.172	107.727	393.035.579	482.841.000
Lojman Kiraları	41.441	65.481	78.055	85.331	114.000
Misafırhane Gelirleri	2.438	15.903	17.971	18.844	16.500
Diğer Gelirler	1.969.014	327.153	2.534.801	3.464.061	26.980.000
Bağış Ve Yardımlar	123.535	78.056	1.120	1.449	-
<b>Toplam</b>	<b>4.981.388.344</b>	<b>6.814.266.712</b>	<b>7.780.452.224</b>	<b>10.098.998.052</b>	<b>9.834.582.411</b>

**Kaynak:** Emekli Sandığı Yıllık İstatistiği, <<http://www.emekli.gov.tr>> (24/09/2006)

**Tablo 27 : Emekli Sandığı Tahsilat Ve Gelirleri (YTL)**

Bütçeye İlişkin Toplu Bilgiler	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Revize	Gerçekleşen	Revize	Gerçekleşen	Revize	Gerçekleşen	Revize	Gerçekleşen	Revize	Gerçekleşen	Revize	Gerçekleşen
	Bütçe		Bütçe		Bütçe		Bütçe		Bütçe		Bütçe	
<b>Faaliyet Gelirleri</b>												
Kesenek ve Karşılıklar	1.658.128.745	1.657.217.244	2.599.025.000	2.530.212.597	3.850.300.985	3.845.653.222	5.555.867.965	5.520.099.936	6.485.000.965	6.439.630.910	7.289.000.995	7.373.633.341
Fiiili ve İtibari H.Z.	76.500.000	76.140.626	150.000.000	138.267.238	210.000.000	201.926.865	245.000.000	266.042.445	315.000.000	307.452.368	315.000.000	286.507.947
İnzibati Para Cezaları	250.000	231.258	450.000	438.368	700.000	628.435	790.000	748.555	900.000	714.831	900.000	802.312
Gecikme Zamları	300.000	273.945	550.000	528.799	800.000	786.626	900.000	547.466	1.050.000	788.843	560.000	118.421.125
Pul Satış Payları	70.000	52.681	100.000	91.092	150.000	83.064	170.000	102.785	200.000	157.158	10.000	8.799
Geçmiş Hizmet Borçları	30.000.000	29.834.138	50.000.000	44.871.219	70.000.000	214.561.180	63.800.000	141.099.572	149.500.000	38.874.559	140.500.000	711.193.436
Geçici Kaynak ve D.G.	6.000.000	6.029.587	10.000.000	7.594.777	14.000.000	12.164.452	279.000.000	49.380.066	24.411.000	17.295.688	17.500.000	20.730.377
Ek Karşılıklar	328.000.000	327.334.050	473.000.000	472.210.073	683.000.000	682.152.185	805.000.000	812.923.256	928.000.000	927.316.403	1.044.180.000	1.046.558.834
<b>TOPLAM</b>	<b>2.099.248.746</b>	<b>2.097.113.529</b>	<b>3.283.125.000</b>	<b>3.194.214.163</b>	<b>4.828.950.985</b>	<b>4.957.956.029</b>	<b>6.950.527.965</b>	<b>6.790.944.081</b>	<b>7.904.061.965</b>	<b>7.732.230.760</b>	<b>8.807.650.995</b>	<b>9.557.856.171</b>
Mevduat Faizleri	1.500.000	1.152.162	2.000.000	1.737.997	5.000.000	4.277.155	5.000.000	6.360.765	5.500.000	1.779.705	744.000	722.257
Tahvil Faizleri	2	-	2	-	2	-	1.350.030	1.002.389	400.030	11.242	4.492.000	-
İştirakler Kâr Payları	30	30	1	931.132	1	436.394	15.500.000	11.744.952	13.254.000	14.573.260	14.534.000	15.529.856
Borç Verme Faizleri	1	-	1	-	1	-	15.000.000	4.214.525	27.250.000	31.868.499	265.500.000	524.889.768
Alınan Kiralar	10.000.000	9.540.967	10.500.000	10.421.597	12.387.000	11.714.465	36.850.035	23.322.631	46.404.035	48.232.706	285.270.003	541.141.881
Çeşitli Faiz ve Gelir.	32.000.000	30.958.422	12.500.984	9.872.837	9.000.000	7.004.302	5.700.000	4.921.623	6.800.000	5.183.627	5.800.000	5.226.768
<b>TOPLAM</b>	<b>43.500.034</b>	<b>41.651.581</b>	<b>25.000.989</b>	<b>22.963.563</b>	<b>26.387.005</b>	<b>23.432.316</b>	<b>1.168.300.000</b>	<b>1.005.925.430</b>	<b>1.667.000.000</b>	<b>1.403.284.002</b>	<b>1.528.000.000</b>	<b>1.727.925.286</b>
Sosyal Yardım Zammı	5.000.000	4.442.536	4.700.000	4.621.837	5.000.000	4.783.590	13.150.000	9.198.696	15.150.000	10.006.247	14.350.000	11.808.404
Emeklilik İkramesi	356.487.000	346.021.459	570.200.000	560.388.589	752.000.000	689.921.561	760.000.000	748.054.294	800.000.000	767.742.993	1.080.000.000	1.083.757.324
Emekli Ölüm Yardımı	4.000.000	3.243.896	5.700.000	5.148.868	9.150.000	7.538.197	386.650.000	346.089.584	440.500.000	387.233.599	473.000.000	452.946.869
<b>TOPLAM</b>	<b>582.637.000</b>	<b>567.054.288</b>	<b>929.300.000</b>	<b>916.361.356</b>	<b>1.407.700.000</b>	<b>1.318.905.853</b>	<b>2.333.800.000</b>	<b>2.114.189.627</b>	<b>2.929.450.000</b>	<b>2.573.450.468</b>	<b>3.101.150.000</b>	<b>3.281.664.651</b>

**Kaynak:** Emekli Sandığı Yıllık İstatistiği, 2007, < <http://www.emekli.gov.tr> >, (15.05.2007).

Emekli Sandığı'nın kesenekler dışındaki geçici gelirleri ve faaliyet dışı gelirleri kurum için düşük bir yüzdeye sahiptir. Tablo 27' den de anlaşılacağı üzere faaliyet dışı gelirler toplam gelirlerinin ancak % 0,5'lik bir kısmına karşılık gelmektedir. Bu durum da bize göstermektedir ki; kurumun asıl gelir kaynağı keseneklerin oluşturduğu primlerdir.

Emekli Sandığı'na işveren genelde kamu kurum ve kuruluşlarıdır. Dolayısıyla işveren devlet olarak düşünüldüğünde devletin Emekli Sandığı'na dolaysız katkısının olduğunu söylemek mümkün olabilmektedir. Emekli Sandığı'na bütçeden yapılan transferler aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

**Tablo 28 :Emekli Sandığı'na Yapılan Bütçe Transferleri**  
(Milyon YTL)

Yıllar	Bütçe Transferi	Değişim Oranı (%)	GSMH'ya Oranı (%)	Hazine Adına Yapılan Ödemeler	Sandık Açığı	Açık/Ödenek (%)
2000	1.775,0	71	1,4	817,2	837,4	47,1
2001	2.675,0	51	1,5	1.164,7	-1.583,0	59,1
2002	4.676,0	75	1,7	1.802,6	-2.648,3	56,6
2003	6.145,0	31	1,7	2.669,3	-3.532,6	59,8
2004	7.800,0	27	1,8	3.248,3	-4.464,6	57,4
2005	8.889,3	14	1,8	4.684,0	-3.986,9	44,8
2006	10.035,0	13	1,9	5.086,2	-5.399,2	53,7

**Kaynak:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2007), Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistiği, s.9

Kurumun elde ettiği gelirler ile yapmış olduğu giderler arasındaki farka baktığımız zaman ise, son yıllarda kurumun devamlı bir şekilde gelir-gider farkının giderler lehine bozulduğunu söylemek mümkündür. Tablo 28' e baktığımız zaman, kurum gelirlerinin, bir önceki yıla oranla ortalama %52 düzeyinde artış göstermesine rağmen, giderlerinde meydana gelen artışı karşılayamadığı ve sürekli açık verdiği görülmektedir. Süreklilik arz eden bu açıklar, kurumun mali yapısının bozulmasındaki en önemli etken olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

**Tablo 29 :Emekli Sandığı Gelir Gider Farkı**

Yıllar	Gerçekleşme (YTL.)		Fark (YTL.)
	Gelirler	Giderler	
2000	2.138.765.110	2.976.238.608	-837.473.498
2001	3.217.177.726	4.800.176.358	-1.582.998.632
2002	4.981.388.344	7.629.741.972	-2.648.353.628
2003	6.814.266.712	10.346.934.283	-3.532.667.571
2004	7.780.452.224	12.245.126.168	-4.464.673.944
2005	10.098.998.052	14.085.992.348	-3.986.994.296
2006	9.834.582.411	15.233.823.935	-5.399.241.524

**Kaynak:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2007), Sosyal Güvenlik Kurumları İstatistiği, s.9

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ FİNANSMAN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türk sosyal güvenlik sisteminin finansman sorununun bir bölümü gelirleri azaltıcı, diğer bir kısmı ise giderleri artırıcı gelişme ve uygulamalardan kaynaklanmaktadır.

Gelir azaltıcı faktörlerin başlıcaları erken emeklilik uygulaması, prime esas kazancın düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim tahsilat oranının düşüklüğü, afla ödeme kolaylığı gibi uygulamalarla prim ödeme eğiliminin azalması, ödenmeyen primlerin gecikme cezalarına uygulanan aflar, prime esas kazanç sınırlarının düşüklüğü ve fon gelirlerinin yetersizliğidir.<sup>1</sup>

Gider artırıcı faktörler ise, erken yaşta emeklilik uygulamaları, primi alınmadan yapılan sigorta ödemeleri, borçlanma kanunları, uzayan ortalama ömür nedeniyle artan aylık ödemeleri ve sağlık yardımlarının yanı sıra prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki ilişkinin zayıflığıdır.<sup>2</sup>

Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorunu, kamu finansmanı üzerinde yarattığı baskı dolayısıyla, başta enflasyon olmak üzere, diğer temel ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilemektedir. Son on yıldır bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisi ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline gelmiştir. Kamu bütçesinden sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatmak için söz konusu kurumlara yapılan transferlerin milli gelir içindeki payı, sorunun büyüklüğünü açıklıkla yansıtmaktadır.<sup>3</sup>

Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorunu, kamunun borçlanma gereğini artırmaktadır. Bu kurumların 1994-2004 dönemindeki toplam açıklarının aynı

---

<sup>1</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (2005), **Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Ankara, s:19.

<sup>2</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:19.

<sup>3</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:19.



dönemdeki Hazine iç borçlanma faiz oranları dikkate alınarak hesaplanan 2004 yılı güncel değeri 475 milyar YTL'ye ulaşmıştır. Bir başka ifadeyle, son on yıldır sosyal güvenlik sisteminin açıklarının kapatılması için kullanılan kaynaklar, neredeyse Türkiye'nin 2004 yılında yarattığı toplam milli gelire eşittir. Ayrıca, bu tutar 2004 yıl sonu toplam konsolide borç stokunun 1.34 katıdır.<sup>4</sup>

Bu bölümde öncelikle sosyal güvenlik kurumlarının finansman sorunları alt başlıklar halinde incelenecek ve bu sorunların aşılmasına ilişkin çözüm önerilerine yer verilecektir.

## **1. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ FİNANSMAN SORUNLARI**

Genel anlamda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu kaynakları, zorunlu sigorta primleri, işveren katkısı ve kişilerin hizmet karşılığı yapmış oldukları ödemelerden sağlanmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun bir kısmı prim karşılığı olarak hizmetlerden faydalanırken diğer bir kısmının sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır.<sup>5</sup>

Türk sosyal güvenlik sisteminin karşı karşıya kaldığı finansman krizi 1970'li yıllara kadar uzanmaktadır. Fon yönetimiyle çalışılan bu sosyal risksiz dönemlerden, sosyal risklere maruz kalınacak dönemlere kaynak aktarması gereken kurumlar, bu yıllardan itibaren zorunlu olarak ayırmaları gereken prim karşılıklarını ayıramamış ve açık vermeye başlamıştır.<sup>6</sup>

Ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin hukuki, idari ve mali, bakımdan teşkilatlanması ve uygulanan sosyal güvenlik programları, toplumların ekonomik güçlerini gösteren fonksiyonlardandır. Türkiye'de uygulanan sosyal güvenlik sistemi, sigortalılara ülkenin ekonomik ve sosyal imkanlarını aşan yardımlar sunmaktadır. Erken emeklilikle çok sayıda bağımlının teminat altında bulunması, ödeneklerin asgari şartlarla bağlanmaması gibi uygulamalar sosyal güvenlik sisteminin ülke gerçeklerinden uzak olduğunun bir kanıtı olarak ifade edilebilir.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s.20

<sup>5</sup> Sağlam REMZİ (2001), "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ücretlendirilmesi", **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Sayı 40 ,Cilt 2, s: 159.1

<sup>6</sup> Yılmaz, Şeker, age, s: 57.

<sup>7</sup> İlhan DÜLGER (1991), **Avrupa Topluluğunda Sosyal Politika, Geçiş Dönemi Özellikleri ve 21. Yüzyılda Hedef Alınan Toplum**, DPT Yayınları, Ankara, s:50.

Erken emeklilik uygulaması kurumların aktüeryal dengelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Emekli aylığının ödenme süresi sosyal güvenlik kurumlarının finansal dengesi açısından önem taşımaktadır. Bu sürenin uzun vadeli olması halinde sosyal sigorta prim gelirlerinde sürekli bir erime meydana gelmektedir.<sup>8</sup>

Sosyal güvenlik sistemimiz içerisinde yer alan diğer bir mali sorun ise prim tahsilatına ilişkin sorundur. Prim borcunu zamanında ödemeyen işverenleri takip etmek ve tahsilatını hızlandırmak kısa dönemde mümkün olmamaktadır. Primlerin işverenler tarafından ucuz finansman kaynağı olarak görülmesi ve kamu kuruluşlarının da sosyal güvenlik primlerinin önemsememeleri primlerin zamanında tahsil edilemeyişinin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Primlerin zamanında tahsil edilememesinden dolayı sosyal güvenlik kurumları ve özellikle SSK ve Bağ-Kur önemli mali sıkıntılar içerisine girmişlerdir.<sup>9</sup>

Türkiye’de sosyal güvenlik kuruluşlarının mali açıdan çeşitli sorunları bulunmaktadır. Bu sorunları bir kısmı ortak sorunlar iken bir kısmı ise kurumlara özel sorunlar şeklindedir. Ülkemizdeki sosyal güvenlik kurumlarının başlıca sorunlarını sağlık harcamalarının artışı kaynaklanan sorunlar ve diğer sorunlar olmak üzere iki grupta sınıflandırmak mümkündür. Diğer finansman sorunlarını ise dört alt başlıkta sınıflandırabiliriz. Bunlar;

1. Kaynak yetersizliği,
2. Devlet katkısı sorunu,
3. Aktif /Pasif sigortalı sorunu ve emeklilik sorunu
4. Özerklik sorunu

### **1.1. Sağlık Harcamalarının Artışından Kaynaklanan Finansman Sorunları**

Günümüzde insan sağlığının yanında toplum sağlığı da devletler için önemlilik arz etmektedir. Toplumda yaşayan bireylerin sadece hasta veya sakat olmaları değil, ruhsal ve sosyal bakımlardan da iyi durumda olmaları sağlık politikalarının önemini vurgulamaktadır. Sosyal Devlet anlayışının kabulüyle birlikte, sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak kamu kesimi, bütün yurttaşlarını sosyal risklere karşı koruma ve toplumun ve bireylerin sağlık açısından güvenliğini sağlanmasını ifade eden sağlık hakkını devletin görev alanına içine dahil etmişlerdir.

---

<sup>8</sup> Çelikoğlu, age, s: 117.

<sup>9</sup> Çelikoğlu, age, s: 117.

Sağlık harcamalarının özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra hızlanarak arttığı ve ekonomik krizin derinleşmesiyle birlikte uygulanan ekonomik önlemlere rağmen sağlık harcamaları artış hızında bir yavaşlama olmadığı bilinmektedir.<sup>10</sup>

Sağlık harcamalarının artış nedenlerini genel olarak üç başlık altında sınıflandırmamız mümkündür.

### **1.1.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması**

Ülkelerin gelirleri arttıkça, toplumda yaşayan bireylerin de gelirlerinde bir artışın meydana gelmesi olasıdır. Kişisel gelirleri artan bireylerin temel gereksinimleri dışında diğer mal ve hizmetlere olan talebi de artış gösterecektir. Bu nedendir ki, daha uzun ve rahat bir yaşam isteyen bireyler, gelirleri arttıkça daha iyi yaşam koşulları için sağlık hizmetlerine olan taleplerini de arttıracaklardır.

Günümüzde sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün kamu kesimince yerine getirildiği ve kamu mal ve hizmetlerin gelir esnekliğinin birden büyük olduğu düşünülürse, kişisel gelirden bir birim artış olduğunda kamu hizmetlerinde de bir artışa neden olmaktadır.<sup>11</sup> Ayrıca kişi başına düşen gelirin artması, özel kesim sağlık hizmetlerine yönelen bireylerin varlığı da özel kesim sağlık harcamalarını arttırmaktadır.

Milli gelirdeki artışa bağlı olarak kişisel gelirin artması, artan kişisel gelir içerisinde sağlığa ayrılan payı da arttırmakta ve gerek kamu kesimi ve gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerinde talebi ve dolayısıyla sağlık harcamalarını da arttırmaktadır.

### **1.1.2. Ortalama Hayat Süresinin Uzaması**

Beklenen yaşam süresinin artması kişi başına düşen sağlık hizmetlerini de arttırmaktadır. Beklenen yaşam süresinin artması yaşama umudunu artırmakta ve buna bağlı olarak da bireylerin sınırsız sağlık hizmeti isteğini arttırmaktadır.<sup>12</sup>

Ortalama hayat süresinin uzaması özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması sonucu sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Bu durum neticesinde özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları nüfusun yaşlanması sonucunda artmaktadır.

<sup>10</sup> Bayram Fırat DAYANIKLI (2001), "Sağlık Politikaları, Sağlıkta Finansman ve Bütçeler", **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Sayı 40, Cilt 2, s: 1668.

<sup>11</sup> Sevim GÖRGÜN (1993), **Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları**, SBF Yayınları, İstanbul, s: 74.

<sup>12</sup> Dayanıklı, agm, s. 1668-1669.

Dünya nüfusuna bakıldığında hızla yaşlandığı görülmektedir. Dünyanın gelişmiş bölgelerinde yapılan istatistiki araştırmaya göre, dünya nüfusu içerisindeki yaşlı nüfus 1950'lerde %11.4 iken 2000'li yıllara gelindiğinde bu oranın %18.7'ye yükseldiği görülmektedir.<sup>13</sup> Bu tür bir gelişmenin yaşlılar için yapılan harcamaların hızla artmasına bir etken olacağı muhakkaktır.

Nüfusun yaşlanması sonucu sağlık harcamalarında olan artış sadece yaşlanma neticesinde bireylerin hastalanmalarına bağlı değildir. Çekirdek ailelerin hızla çoğalması sonucunda yaşlıların bakım masraflarının artması sağlık harcamalarının artmasında diğer bir etkidir.<sup>14</sup>

### **1.1.3. Tıp Alanında Yaşanan Teknolojik Gelişmeler**

Tıp ve sağlık bilimlerinde araştırma ve geliştirmeye ayrılan kaynakların artması sonucu gerçekleştirilen sürekli ve yoğun araştırmalar teşhis ve tedavide yeni yöntemlerin geliştirilmesine neden olmaktadır.<sup>15</sup> Teknolojik gelişmelerin sağlık alanında önemli gelişmelere yol açması ülkelerin sağlık araştırmalarına ayrılan fonların giderek artmasına yol açmaktadır.<sup>16</sup>

Etkili tanı yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte hastalık ve hasta sayısında bir artış meydana gelmiştir. Etkili tanı yöntemleri kullanılmadan hastalıklara doğru tanı konulamayacağı düşüncesinin hastalar arasında yaygın olması tanı maliyetlerini artırmıştır. Tanı yöntemleri etkileştikçe bu yöntemler kesin tanı arayışında olan hekimler arasında yaygın olarak kullanılmaya başlanması da tanı maliyetlerinde bir artışı bunun doğal bir sonucu olarak da sağlık harcamalarında bir artışı meydana getirmektedir.<sup>17</sup>

İleri teknoloji, kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasına olanak tanır. Ancak sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanların elde edilmesi yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Bununla beraber, sağlık problemlerinin çözümü için gereksinim duyulan teknolojik gelişmelerin uzun

---

<sup>13</sup> Mutlu, Işık, age, s: 215.

<sup>14</sup> Kurtulmuş, age, s: 62.

<sup>15</sup> Kurtulmuş, age, s: 63.

<sup>16</sup> Kurtulmuş, age, s: 63.

<sup>17</sup> Dayanıklı, agm, s: 1669.

süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri ve dolayısıyla harcamaları yükselten bir nedendir.<sup>18</sup>

## 1.2. Diğer Finansman Sorunları

Diğer finansman sorunları daha çok sosyal güvenlik sisteminin yapısından veya sosyal güvenlik kuruluşları ile devlet arasındaki ilişkiden kaynaklanan sorunlardan oluşmaktadır. Kamu sektöründen aktarılan kaynakların düşük oranlarda kalması, sosyal güvenlik sistemine dahil olan sigortalılara yönelik erken emeklilik uygulamasının varlığı ve prim tahsilatında yaşanan sorunlar sosyal güvenlik kurumlarının sistemden kaynaklanan sorunlarını oluşturmaktadır.

### 1.2.1. Kaynak Yetersizliği

Bir sosyal güvenlik sisteminin yeterli derecede sosyal güvenlik garantisi verebilmesi için, kaynak yetersizliği içinde olmaması gerekir. Ancak ülkemizde sosyal güvenliğe tahsis edilen kaynakların GSMH'ya oranı yaklaşık %5 ile sınırlıdır.<sup>19</sup> Nüfusun tamamının genel bir sağlık hizmeti kapsamına alınmamış olması, hizmetin finansmanı, hizmetin arz ve talebinde farklı uygulamalara neden olmaktadır. Sağlık hizmeti organizasyonunun çok çeşitli olması ve hizmetlerin sağlık ekonomisinden uzak bir şekilde sunulması etkin kaynak kullanımını ve kaynak tahsisini ortadan kaldırmaktadır.<sup>20</sup>

Bilindiği gibi sosyal güvenlik sisteminde temel finansman kaynakları, çalışan, işveren ve devlet tarafından ödenen katkılardan oluşmaktadır. Bu katkıların oranı ülkeden ülkeye farklılık göstermesine rağmen temelde uygulama bu yöndedir.

Ülkemiz sosyal güvenlik sisteminin sorunları, 1990'lı yıllardan başlamaktadır. Sorunların belirlenmesi konusunda herhangi bir görüş ayrılığı da bulunmamaktadır. Tüm bu sorunların temelinde, ülkemizde devletin başlangıçtan itibaren kapsamlı ve etkin bir sosyal güvenlik programına sahip olamaması yer almaktadır.<sup>21</sup>

<sup>18</sup> World Health Organization, **Health Dimensions of Economic Reform**, Geneva, s: 7.

<sup>19</sup> Binhan Elif YILMAZ, Murat ŞEKER, “**Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Bir Alan Araştırması**”, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketler Birliği, <[http://www.tsrbs.org.tr/NR/rdonlyres/03EE6DB6-4920-461A-88EC-94F5A9BAD73C/2131/057\\_070.pdf](http://www.tsrbs.org.tr/NR/rdonlyres/03EE6DB6-4920-461A-88EC-94F5A9BAD73C/2131/057_070.pdf)>, (16/03/2007)

<sup>20</sup> Sağlam, age, s: 1591.

<sup>21</sup> Ali GÜZEL (2005),”Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mü?”**Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı: 4, s: 68.

Belirtilen nedenler özellikle, sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin, siyasi tercihler doğrultusunda kullanılmasının yollarının açık tutmuş, sosyal sigorta ilkelerine aykırı uygulamalar fonların kısa bir süre içerisinde erimesine enden olmuştur. Özellikle Bağ-Kur ve SSK'da, prim tahsilatındaki başarısızlıklara çözüm bulunamamış, bu nedenle de kurumlar yeterli gelir kaynağına sahip olamamışlardır. Finansman kaynağının genel olarak prime dayandığı sosyal güvenlik sisteminde, istihdam yapısı ile sosyal güvenlik kurumlarının gelir kaynakları arasında doğrudan bir ilişki vardır. Ülkemizde kayıt dışı istihdamın yaygınlaşması yönünde bir eğilimin olmasının doğal bir sonucu olarak ilgili sosyal güvenlik kurumlarının çok ciddi gelir kaybına uğramalarının da beraberinde getirmektir. Bu duruma varolan yüksek işsizlik oranı da eklenince sosyal güvenlik sistemimizin finansman dar boğazının nedeni daha kolay anlaşılacaktır.<sup>22</sup>

Fonlardan elde edilen gelirlerin, enflasyonunu büyüklüğü düşünüldüğünde, çok düşük düzeylerde kaldığı görülmektedir. Enflasyonun etkisi dikkate alındığında gerçek bir gelirden söz etmek mümkün değildir. Sosyal güvenlik kurumları zorunlu olarak aldıkları tahvillerden ve banka mevduatı olarak tuttıkları fonlardan reel olarak bir gelir elde edememektedirler.<sup>23</sup>

Siyasi gerekçelerle sisteme yapılan olumsuz müdahaleler de sosyal güvenlik kurumlarının prim gelirlerinde bir azalmaya neden olmakta ve böylece bir kaynak sorunu yaratmaktadır. Siyasi iktidarlar sosyal sigorta kurumlarını siyasi yatırım amacı, ucuz kredi müessesesi olarak görmüşler, sistemin fonlarını, konut kredileri, düşük faizli devlet tahvillerin alınması gibi siyasi güdümlü uygulamalarla tüketmişlerdir.<sup>24</sup>

Primi alınmadan emeklilere yapılan sosyal yardım zammı ödemeleri, prim afları ve kamu kuruluşlarının prim borçlarının ertelenmesi gibi uygulamalar sosyal güvenlik kurumlarında kaynak yetersizliğine neden olmaktadır.

Prim oranlarının, dünyadaki diğer ülkelerdeki uygulamalar seviyesinde olmasına rağmen, prime esas kazançların tamamının prime esas tutulmaması ve gelirlerin olduğundan daha düşük beyan edilmesi prim gelirlerinin arttırılmasına engel olmaktadır. Ücretlerdeki gelişmenin prime esasa kazançların üzerinde bir seviyeye

---

<sup>22</sup> Güzel, age; s: 68.

<sup>23</sup> Çelikoğlu, age, s: 118.

<sup>24</sup> Türk-İş (2005), **Sosyal Güvenlik Raporu**, Ankara, s: 5.

yükselmesi prim alınmayan kazanç miktarını artırmıştır. Bu olumsuz durum neticesinde de sosyal güvenlik kurumlarının en önemli gelir kaynağı olan primlerden yeterince faydalanamamaktadırlar.<sup>25</sup>

Primlerle ilgili diğer önemli bir husus da, zamanında ve yeterince tahsil edilememesi nedeniyle sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinde bir azalmanın meydana gelmesidir. 1999 yılında prim tahsilat oranı SSK'da %85 ve Bağ-Kur'da %55 olarak gerçekleşmiştir. Ödenmeyen prim borçları için gecikme zammı affı uygulamaları prim tahsilat oranlarının düşük düzeylerde kalmasına yol açmaktadır.<sup>26</sup>

### 1.2.2. Devlet Katkısı Sorunu

Günümüz dünyasında sosyal güvenlik artık bir devlet görevi olarak kabul görmektedir. Bunun en önemli nedeni, vatandaşların sosyal güvenliğini sağlamanın devlete anayasal bir görev olarak verilmesidir. Sosyal güvenlik sisteminin amaçlarının gerçekleşmesi için çalışan ve işverenle birlikte devletin de sosyal güvenlik harcamalarının finansmanına katılması doğal sayılmaktadır.<sup>27</sup>

Dünyadaki diğer ülkelerde devlet, işçi ve işverenlerden kesilen primlerin yanı sıra kendisinde sosyal güvenlik kuruluşlarının finansmanına katkıda bulunmaktadır. Ülkemizde ise durum biraz farklıdır. Ülkemizde sosyal güvenlik kuruluşlarına devlet katkısının olmaması, onları darboğaza düşüren etkenlerden birisidir.<sup>28</sup>

Ülkemizde devlet anayasal bir görev olarak sosyal güvenliğini sağlamakla birlikte, prime dayalı sosyal güvenlik hizmetlerinin finansmanına doğrudan doğruya katılmamakta, kuruluş masraflarını karşılama, işlemleri vergi ve harçlardan muaf tutma gibi dolaylı yollardan katkı sağlamaktadır.<sup>29</sup> Ülkemizde, genel olarak mali bakımdan dünyada uygulanmakta olan sistemin dışında bir uygulama ile karşılaşmaktayız. Dünyadaki uygulamalar genelde sosyal güvenlik sisteminin finansmanına devletin de

<sup>25</sup> DPT, SSK'ya Genel Bir Bakış, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/kit/guvenr/ssk1.doc>>, s: 3. 16/03/2007

<sup>26</sup> DPT; age, s: 7.

<sup>27</sup> Abdurnur YILDIZ (2000), **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Kamu Sosyal Güvenlik Harcamaları**, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa, s: 27.

<sup>28</sup> Yaşar BAKAN (1996), "Sosyal Güvenlik, Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", **Ekonomi Dergisi**, Haziran,, s:7.

<sup>29</sup> İsmail AKTÜRK (1995), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Sorunları ve Çözüm Önerileri, **10. Maliye Sempozyumu Sunulan Tebliğ**, s: 2.

katılması yönündedir. Devletin finansmana katılması sistemin sağlık çalışmasına bazı faydalar sağlamaktadır.

Bu faydalar;<sup>30</sup>

1. Sosyal güvenliğin hizmet kalitesini yükseltir.
2. Milli gelirin daha adil dağıtılmasına katkıda bulunur.
3. Toplumda sosyal adaletin sağlanmasına katkı sağlar.

Türkiye’de devlet sosyal güvenlik sisteminin finansmanına katılmadığı gibi sosyal güvenlik fonlarını kullanarak kendine ucuz iç finansman kaynağı yaratmıştır.<sup>31</sup> Ülkemizde Emekli Sandığı dışında, devletin sosyal sigortaların finansmanına düzenli bir katkısı olduğu söylenemez. Vergi indirimi ve bağışıklıkları yoluyla sağlanan dolaylı devlet katkıları ise önemli bir rol oynamamaktadır.<sup>32</sup>

Ayrıca ülkemizde tüm mali sistemin sorunlarından biri olan kayıt dışılık sorunu da sistemin gelirlerinin azalmasına neden olmaktadır. 2005 yılının ilk dört ayında kayıt dışı çalışanların sayısı 11.150.000’e ulaşmış durumdadır. Bu sayının 1.131.000’ni işverenlerden, geriye kalan kısmı ise işçilerden oluşmaktadır. Türkiye’de kayıt dışı ekonomiye yönelimin temel nedeni olarak istihdamdaki vergi yükleri gösterilmektedir. Kayıt dışı ekonominin varlığı mali açıdan önemlidir. Kayıt dışı ekonominin varlığı kamu kesimi açısından vergi kaybı anlamına gelmekte, dolayısıyla kamu kesimi gelir kaynaklarının azalmasına neden olmaktadır.<sup>33</sup> Kayıt dışı olarak çalışan pek çok kişi, ya hiç prim ödememekte ya da asgari ücret üzerinden prim ödeyerek sosyal güvenlik kuruluşlarının gelirleri üzerinde negatif etki yaratmaktadır.

### **1.2.3. Aktif/Pasif Sigortalı Sorunu ve Emeklilik Sorunu**

Finansman dengesini bozan en önemli sorunlardan biri erken emekliliktir. SSK’da emeklilerin % 62’sinin yaşının asgari emeklilik yaşı olan 58-60 yaşın altında olması, sorunun boyutunu açıkça ortaya koymaktadır.<sup>34</sup>

---

<sup>30</sup> Cahit TALAS (1998), “Bir Kez Daha Sosyal Güvenlik Üzerine”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, (Ekim-Kasım-Aralık), s: 5-7.

<sup>31</sup> Çelikoğlu, age, s: 118.

<sup>32</sup> Müjdat ŞAKAR (1998), **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, İstanbul, Beta Basım Yayım, s:55.

<sup>33</sup> İzzettin ÖNDER (2001), “Kayıt Dışı Ekonomi ve Vergileme”, **İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Ekim 2000-Mart 2001, s: 23-24.

<sup>34</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:1.9



Genç emekli sayısının yüksek olması, daha kısa çalışma süresi, daha uzun emeklilik süresi anlamına gelmektedir. Örnek vermek gerekirse, SSK'da 19,4 yıl çalışarak emekli olabilen bir kadın 35 yıl, bir erkek ise 28 yıl boyunca emekli aylığı alabilmektedir. 1999 yılındaki emeklilik yaşıyla ilgili düzenlemeler sonucunda, emeklilikte geçen süre 2020 yılına kadar tedricen azalacaktır. Ancak, çalışılan süre/emeklilikte geçen süre ilişkisini çalışılan süre lehine değiştirecek yeni düzenlemeler yapılmaması durumunda, hayatta kalma beklentisinin önümüzdeki yıllarda giderek artacak olması nedeniyle, emeklilikte geçen süre 2020 yılından sonra yeniden artmaya başlayacaktır.<sup>35</sup>

OECD ülkeleri arasındaki karşılaştırmalara göre, ülkemiz en uzun süre emekli maaşı ödenen ülkeler arasındadır. 1999 yılında yapılan emeklilik yaşı artışı bile, bu durumu çok fazla değiştirmemiştir.<sup>36</sup>

Ülkemizde emeklilik sisteminin diğer önemli parametrelerinden birisi olan aylık bağlama oranı da yüksektir. Çalışırken ele geçen net ücretle karşılaştırıldığında emekli aylıklarının SSK'da ücrete çok yakın, Emekli Sandığı ve Bağ Kur'da ise üzerinde olduğu görülmektedir. Emekli aylığının prime esas net ücrete oranı olarak tanımlanan aylık bağlama oranı SSK'da % 90, Bağ-Kur'da % 127 ve Emekli Sandığı'nda % 106'dır.<sup>37</sup>

Diğer taraftan, emekli aylıklarının hesaplanması için ortalama yıllık kazanç bulunurken, geçmiş yıllar ücret kazançları ücretlerdeki reel artış yerine GSYİH "reel" artışı kullanılarak güncellenmektedir. Reel ücret artışının daha düşük olduğu varsayımı altında, bu hesaplama yöntemi aylıkların bağlanacağı baz değeri yapay olarak yükseltmektedir.<sup>38</sup>

Türkiye'de sosyal güvenlik kapsamı içerisindeki nüfusla ilgili dikkati çeken konu, aktif sigortalı başına düşen pasif sigortalı ve bağımlı sayısını yüksekliği ve zaman içerisinde gösterdiği artıştır. Bu durum primlerin zamanında tahsis edilememesi ve fonların verimli kullanılamaması gibi diğer faktörlerin yanı sıra, Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin arzulanan etkinlik ve istenilen düzeylerde hizmet vermesini

---

<sup>35</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:19.

<sup>36</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:20.

<sup>37</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:20.

<sup>38</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:20.

güçleştiren ve özellikle SSK'nın ve Bağ-Kur'un son yıllarda ciddi boyutlara ulaşan mali sıkıntılar içine yol açmasını sağlayan etmenlerden bir durumundadır. Pasif sigortalı/aktif sigortalı ve bağımlı nüfus/aktif sigortalı oranlarının yüksekliği ve giderek artması da mali açıdan sosyal güvenlik kurumlarını olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>39</sup>

Sosyal güvenlik kurumlarındaki aktif/pasif sigortalı oranları 1986'dan günümüze farklılıklar göstermektedir. Emekli Sandığı'nda, bu zaman serisi içerisinde aktif sigortalının, kurumdan aylık alan pasif sigortalıya oranla daha düşük bir oranda değişim gösterdiği ve bu durumun da kurumun mali yapısı içerisinde olumsuz etkiler yarattığı bilinmektedir.<sup>40</sup>

SSK için aktif sigortalı/pasif sigortalı değişimi, adı geçen zaman serisi içinde 1988, 1994, 1996, 2002, 2005 ve 2006 yıllarında aktif sigortalı lehine değişim göstermiş, geriye kalan yıllarda ise pasif sigortalılar lehinde bir değişim görülmüştür. SSK'da da aktif sigortalı/pasif sigortalı oranının kurumdan sadece aylık alanlar lehine değişmesi kurumun mali dengesini de olumsuz etkilemiştir.<sup>41</sup>

Bağ-Kur'un durumu da diğer iki kurumdan farklılık göstermemektedir. Zira 1986-2006 yılları arasında sürekli aylık alanların büyüme oranı prim ödeyenlerin büyüme oranından daha yüksek bir seviyede gerçekleşmiş, bu durum kurumun gelir gider dengesini ciddi bir biçimde etkilemiştir.<sup>42</sup>

Sosyal güvenlik kuruluşlarından emekli olan sigortalılar, çalışan nüfus içinden ayrılırsalar bile tekrar çalışmaya devam etmektedirler. İşverenler de bu durumu maliyetlerin azalması nedeniyle kabul etmektedirler. Emekliler SSK'ya %20 oranında sosyal güvenlik primi ödeyerek çalışmaktadırlar.

Dağıtım esasına dayalı sosyal güvenlik sisteminde aktif/pasif oranının 4 olması gerekmektedir. Yani dört çalışandan tahsil edilen sigorta priminin bir emeklinin aylığını ödeyebilmesi gerekmektedir. Ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarında aktif/pasif sigortalı oranı uluslararası minimum standardın altına düşmüştür. Bu oran Sosyal Sigortalar Kurumu'nda ve Emekli Sandığı'nda 1.8/1'e, Bağ-Kur'da 2/1'e düşmüştür.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Aktürk, agm; s: 335.

<sup>40</sup> Erdal GÜMÜŞ (2007), "Kamu Maliyesi Perspektifinden Sosyal Güvenlik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi ve Finansal Geleceği", **22.Maliye Sempozyumu Tebliği**, Antalya, s:6.

<sup>41</sup> Gümüş, agm; s: 6.

<sup>42</sup> Gümüş, agm; s: 6.

<sup>43</sup> Gümüş, agm; s: 7.

Erken emeklilik uygulaması ile kurumların pasif sigortalı sayısındaki hızlı artışa karşılık, aktif sigortalı sayılarının yeterli derecede arttırılamaması sonucunda aktif/pasif sigortalı dengesi bozulmuştur.<sup>44</sup>

Erken emeklilik uygulaması sosyal güvende yaşanan krizin başlıca nedenlerinden bir tanesidir. Emeklilik yaşının düşüklüğü, ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının aktüeryal dengelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Emekli olanlar, çalışan nüfus içinden ayrılmış gibi görünseler de çalışmaya devam etmektedirler. Emekliler SSK'ya %20 oranında Sosyal Güvenlik Destek Primi ödeyerek çalışma hayatlarına devam etmektedirler. Böylece emekliler hem çalıştıkları için aylık ücretlerini almakta hem de emekli aylıklarını alarak yaşamlarını sürdürmektedirler.

Bağ-Kur'a bağlı sigortalılar ise, emekli olduklarında sahip oldukları iş yerlerini kapatmayıp, çalışmaya devam etmektedirler. Bu durumda da, hem kurumdan emekli aylığını almakta hem de işyerinden gelir elde etmektedir. Ancak emeklilik dönemi boyunca da kuruma herhangi bir prim ödememesi kurumu mali açıdan sıkıntıya uğratmaktadır.

Emekli Sandığı'na bağlı bir sigortalı da yine diğer iki kuruma bağlı sigortalıların yaptığı gibi emekli olduktan sonra da çalışmaya devam edebilmektedir. Bu durum sigortalılar için makul sayılabilir, ancak aktif/pasif oranını bozduğundan dolayı sosyal güvenlik kurumları açısından olumsuz mali sıkıntılara yol açmaktadır.

#### **1.2.4. İdari ve Mali Özerkliğin Olmaması**

İlgili sosyal sigortalar kanunlarında kurumların idari ve mali açıdan özerk görünmelerine rağmen, durum hakikatte böyle değildir. Kanunlarda öngörülen sosyal güvenlik kuruluşlarının yönetim kurullarının teşekkül tarzı bu özerkliğin maalesef soyut bir özerklik olmasına yol açmakta, kurumlara her bakımdan siyasi iktidarlar müdahale edebilmektedir. Siyasi müdahaleler kurumların, siyasi iktidarların hakimiyeti altına girmesine yol açmaktadır. Devlet politikası gibi süreklilik isteyen sosyal güvenlik sistemine sık sık yapılan politik müdahaleler sistemi işlemez hale getirebilmektedir.<sup>45</sup>

Sosyal güvenlik kurumları bağlı buldukları Bakanlıkların idari vesayeti altında bulunmaktadır. Vesayet makamı, kurumların kararlarını tasdik, fesih veya

---

<sup>44</sup> Gürol Banger (2003), "Sosyal Güvende Yeniden Yapılanma Sürecinde SSK'nın Temel Sorunları ve Uygulama Reformları", s:2, <[http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=717&id=43](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=717&id=43)> (22/05/2007)

<sup>45</sup> DPT (2001), **Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, s: 45.

icrasını tehir edebilmektedir. Sosyal güvenlik kurumlarının personel alımları bağlı buldukları Bakanlığın, Maliye Bakanlığı'nın, Devlet Personel Başkanlığı'nın uygun görüşleri alındıktan sonra Başbakanlığın iznine tabidir. Bu nitelikteki bürokratik işlemler idarenin etkinliğini azaltmakta, kurumları da hantal bir yapıya kavuşturmuştur. Uzun yazışmalar ve izine tabi işlemler özellikle de sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir.<sup>46</sup>

Dağınık kurumsal yapısının olumsuz etkileri kendisini en fazla sağlık finansmanı alanında hissettirmektedir. Çünkü, toplumda yaşayan kişilerin belirli bir kısmı yaşamlarının sadece son evresinde emeklilik uygulaması ile karşılaşır, yine sadece belirli bir kısmı sosyal yardım ve hizmetlere ihtiyaç duyarken, toplumu oluşturan tüm bireyler bütün yaşamları boyunca koruyucu yada tedavi edici sağlık hizmetine gereksinim duymaktadırlar. Sağlık bilgilerinin merkezi olarak saklanmaması ve harcamalarının tek bir elden yürütülmemesi, harcamalarda israfa, aşırı sayıda bürokratik işleme, sağlık politikalarının belirlenmesinde de yanlışlıklara neden olmaktadır.<sup>47</sup>

## **2. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ FİNANSMAN SORUNLARINA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERLERİ**

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan sosyal güvenlik kuruluşlarının içinde buldukları mali krizleri aşması günümüz dünyasında oldukça önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde sosyal güvenlik kuruluşlarının yaşadığı finansman sorununun, kamu finansmanı üzerinde yarattığı olumsuz etkiler başta enflasyon olmak üzere temel ekonomik göstergeleri olumsuz yönde etkilemektedir.

Sosyal güvenlik sistemimizle ilgili tartışmalarda tarafa olan bütün kuruluşların paylaştığı ortak nokta, Türk sosyal güvenlik sisteminin bugünkü varolan işleyişiyle uzun süreli bir devamlılık arz etmeyeceği yönündedir. Gerek Uluslararası Çalışma Teşkilatı (ILO) gerek ülkemizdeki işçi ve işveren sendikaları konfederasyonları ve gerekse de TÜSİAD'ın çalışmalarında, Türk sosyal güvenlik sistemindeki varolan sistemin devam ettirilmesi halinde 50 yıllık dönem içinde sosyal güvenlik açıklarının giderek büyüyeceği üzerinde durulmuştur.

---

<sup>46</sup> Çakıcı, age; s: 55.

<sup>47</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:22.

Uluslar arası Çalışma Teşkilatı (ILO) Sosyal Güvenlik Politika Seçenekleri çalışmasında; dört ayrı reform seçeneği önermiştir. Bunlar:<sup>48</sup>

1. Birinci Seçenek: Yeniden yapılandırılmış dağıtım sistemi,
2. İkinci Seçenek: Bireysel tasarruf hesabı sistemi,
3. Üçüncü Seçenek: Dağıtım sistemi ve zorunlu bireysel tasarruf hesabından oluşan karma sistem,
4. Dördüncü Seçenek: Dağıtım sistemi ve gönüllü bireysel tasarruf hesabından oluşan karma sistem.

Birinci seçenekte, mevcut sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılarak ve dağıtım yöntemine göre işletilerek devamını öngörmekte ve mali açıdan daha az açık veren bir sistem öngörmektedir.<sup>49</sup>

İkinci seçenek, her sigortalının primlerinin kendi adına açılacak bir hesapta toplanmasını öngörmektedir. İkinci seçeneğe göre, fonlar, sigortalının kendi tercih ettikleri özel sigorta şirketleri tarafından toplanacak ve yönetilecektir. Primler işçi ve işverenler tarafından asgari ücretin 5 katına bir tavan üzerinden eşit olarak hesaplanacaktır. Sistemden sadece işçiler değil, memurlar ve bağımsız çalışanlar da yararlanabileceklerdir.<sup>50</sup>

Üçüncü seçenek ise, iki alternatifli olarak hazırlanmıştır. Her iki seçenekte en az 15 yıllık çalışması olanlara ulusal ortalama kazancın %20'sine eşit bir pay vermektedir. İki alternatif plan arasındaki fark, tek kademeli kısma ek olarak kazanç dayalı kısma göre hesap edilecek emekli aylığının hesabına ilişkindir. Her iki alternatifte de, ortak olan zorunlu tasarruf kısmı işçi ve işveren tarafından eşit şekilde primle finanse edilecektir. Prim ve yardımlara esas alınacak kazanç, asgari ücretin 5 katı olacaktır. Bu sistem devlet memurlar ve işçiler için uygulanacak olup, bağımsız çalışanlar, ya yeniden yapılandırılmış bir zorunlu dağıtım sistemine tabi olmayı sürdürecekler ya da tek kademeli kısma tabi olarak sigortalanacaklardır. Bu sistemde uygulama esas itibarıyla SSK'ya bırakılacak, Bağ-Kur SSK'nın bir bölümü haline

---

<sup>48</sup>Ercan UŞUN (2005), **Sosyal Güvenliğin Özelleştirilmesi ve Türkiye'de Uygulanabilirliği**, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Manisa, s: 142.

<sup>49</sup> Uşun, age, s:142.

<sup>50</sup> Uşun, age, s: 142.

getirilecektir. Hak sahiplerine maaş ödemeleri için Emekli Sandığı uzunca bir süre varlığını sürdürmeye devam edecektir. ILO'nun bu seçeneği bir anlamda sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleşmelerini öngörmektedir.<sup>51</sup>

Dördüncü seçenek, üçüncü seçeneğe benzemekle birlikte, ondan dağıtım sistemine ek nitelikteki tasarruf hesabının zorunlu değil gönüllü olması açısından farklılık göstermektedir. Dördüncü seçenekte ILO'nun önerisi, mevcut sistemin yeniden yapılandırılarak devam etmesi ve isteğe bağlı özel sigorta ile desteklenmesidir. Bu sistem işçiler ve memurları kapsamaktadır. Bağımsız çalışanlar ise ıslah edilmiş bir Bağ-Kur tarafından kapsam içine alınmıştır. 15 yıllık sigortalı hizmeti olanlar için ulusal ortalama kazancın %25'i tutarında belirlenmiş bir asgari ücret söz konusudur. Sigortaya tabi kazancın tavanı asgari ücretin 3 katı, tabanı ise asgari ücret kadar olacaktır. Bu seçenek Devlet Memurları için güç bir geçişi öngörmektedir. Gönüllü ek programları, işçi ve işverenler kendi aralarında yapacakları görüşmeler ile belirleyeceklerdir. Bunlar özel sigorta şirketleri olabileceği gibi, işletme sandıkları şeklinde de olabilir.<sup>52</sup>

### 2.1. Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Sağlık sigortası uygulaması ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylerin, hastalık veya kaza nedeniyle uğrayacağı zararlara karşı, koruma amaçlı kurulmuş olan özel veya kamusal nitelikli finansman yöntemidir.<sup>53</sup> Özel sağlık sigortaları, kar amaçlı kurulmaları nedeniyle, belli yaş gruplarını sigortalamakta hastalık ve ölüm riski taşıyan nüfusu ise ya sigorta kapsamı dışında bırakmakta ya da farklı bir ödeme planı uygulamaktadır. Kamu sağlık sigortaları ise, bireylerin yaş, hastalık ve gelir gibi kriterlerini dikkate alarak nüfusun belli bir kesimin veya tamamını zorunlu olarak sigorta kapsamına alan ve karşılığında da prim tahsil eden sağlık finans kuruluşlarıdır.<sup>54</sup>

Genel Sağlık Sigortası (GSS), toplumun tamamını kapsayan, prime dayalı, hastalara doktor ve hastane seçme özgürlüğü tanıyan, maliyetlerin azaltılmasını öngören

---

<sup>51</sup> Uşun, age, s: 143.

<sup>52</sup> Uşun, age; s:143.

<sup>53</sup> Bahattin TAYLAN (1992), “**Genel Sağlık Sigortasına Özgü Aktüeryal Teknikler ve Türkiye Uygulaması**”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, s:76.

<sup>54</sup> Mümin GÜNEY (1998), “**Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması**”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir,s: 127.

dolaylı bir finansman yöntemidir. Genel Sağlık Sigortası bir hizmet sunum modeli olmayıp, sunulan hizmetin finansman ayağını oluşturur.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalayarak, düşük gelir gruplarına devlet yardımı yaparak sağlık finansmanında yeni bir yapılanmayı gerekli kılmaktadır. Şüphesiz tüm vatandaşlarını sağlık hizmetinden yararlandıran Yeni Zelanda, İngiltere gibi örnek ülkeleri vermek mümkündür. Ancak Yeni Zelanda, sosyal güvenlik sisteminde 1993’de yaptığı değişikliklerle hastalık yardımlarında belli kısıtlamalara gitmiş, sağlık sisteminin finansmanı üzerine bir dizi tedbir almıştır. İngiltere’de çeşitli türde tıbbi yardımlar, is kazası yardımları, çocuk yardımı için herhangi bir sigorta kaydının bulunmasına gerek yoktur. Bu yardımlar için finansman kaynağı vergilerdir. Her İngiliz vatandaşı Ulusal Sağlık Hizmeti’nce seçilmiş bir pratisyen hekimin listesine kayıtlıdır. Kişinin bir uzmanca görülmesi veya hastaneye yatırılması gerektiğinde tek yetkili bu hekimdir. Hekimler ücretlerini devletten almaktadır.<sup>55</sup>

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının gerçekleştirilmesi için değişik tarihlerde çalışmalar yapılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın 1967’de oluşturduğu komisyon ilk kez Genel Sağlık Sigortası tasarısını hazırlayıp Bakanlığa vermiş ancak bu tasarı hükümete iletilmemiştir. Genel Sağlık Sigortası, 1969’da Sigorta Yasası olarak TBMM’ne sevk edilmiş fakat komisyonlarda görüşülememiştir.<sup>56</sup>

Genel Sağlık Sigortası alanında ilk geniş kapsamlı çalışma, Sağlık Bakanlığı’nca 1989 yılında başlatılmış ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı oluşturulmuştur. Ancak bu tasarıda çeşitli nedenlerle yasalasmamıştır. 1992 yılında kabul edilen 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilene kadar fakir vatandaşların sağlık hizmeti, ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır.<sup>57</sup>

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında 1997 Programı içinde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkin sunumu amacıyla “Aile Hekimliği” uygulamasına geçileceği, sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasının

---

<sup>55</sup> Orhaner, agm,s:12.

<sup>56</sup> Orhaner, agm,s:12.

<sup>57</sup> Orhaner, agm, s:13.

sağlanacağı belirtilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Plan döneminde de Genel Sağlık Sigortası üzerinde çalışmalar yapılmış ve 2005 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM'ne gönderilmiştir. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM'de kanunlaştığında tüm nüfus sağlık güvencesine sahip olacaktır. Bu bağlamda, “Türkiye’de sürekli ikamet eden T.C. vatandaşları ile bunların yabancı uyruklu es ve çocukları, sosyal sigorta kurumlarına tabi çalışan yabancılar ve Türkiye’nin onayladığı sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında olan kimseler” sigorta kapsamına girmektedir. Genel Sağlık Sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayacaktır. Genel Sağlık Sigortasının işlemesiyle birlikte ülkemizde, sigortalılar sağlık yardımlarının sağlanmasında kamu ve özel kesime ait bütün sağlık tesislerinden hizmet alabileceklerdir. Kişilere Genel Sağlık Sigortası kapsamında is kazası ve meslek hastalığı hali hariç tıbbi gereklilik dışında estetik amaçlı yapılan tıbbi işlemlerin, yardımcı üreme tekniklerinin ve alternatif tıp uygulamalarının giderleri dışında geniş bir sağlık hizmeti sunulacaktır.<sup>58</sup>

Genel Sağlık Sigortasının, sosyal adalet ve eşitlik prensiplerine uygun bir sağlık sigortasını amaçladığı söylenebilir. Kişilerin gelirlerine göre değil, ihtiyaçları oranında sağlık hizmetlerinden yararlanmasını amaçlamakta ve sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde finanse edilmesini öngörmektedir.

Genel Sağlık Sigortasının amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkün olabilmektedir.<sup>59</sup>

1. Toplumun bütününü kapsayacak ve üyeliği zorunlu olan bir sosyal güvenlik çatısı oluşturmak,
2. Herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabileceği bir yapı oluşturmak,
3. Sunulacak sağlık hizmetlerinin kolayca ulaşılabilmesi için bir yapı oluşturmak,
4. Sağlık hizmeti sunum ve finansmanını birbirinden ayırmak için hizmet sunumu ve finansmanını ayrı ayrı örgütleme,
5. Üyelerine hekim ve hastane seçme özgürlüğü tanımak,

---

<sup>58</sup> Orhaner, agm, s:13.

<sup>59</sup> Ertekin, age, s:145.



6. Sosyal Adalet ilkelerine uygun olarak, prim ödeyemeyecek durumda olanların priminin devlet bütçesinden ödenerek, herkesin temel sağlık ihtiyaçlarının finansmanının sağlamak.

Genel Sağlık Sigortası, tüm yurttaşların ayakta veya yatakta tedavi, tahlil, röntgen gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmak için serbest piyasa veya rekabet kuralları içerisinde kamu veya özel kesim sağlık örgütlerine giderek serbestçe tedavi, olmalarını amaçlamaktadır. Tedavi giderlerinin ise oluşturulacak Genel Sağlık Sigortası Fonu'ndan karşılanmasını amaçlamaktadır.

Bağımlı nüfus kavramı eş ve çocuk olarak tanımlanacaktır. Mevcut sağlık sigortalarında olduğu gibi, sigortalının geçindirmekle sorumlu olduğu ana ve baba da ilave prim yükü olmaksızın kapsam altında olacaktır. Ancak, yaş sınırı kız ve erkek çocuklar için eğitim şartına bağlı olarak 25 yaş ile sınırlandırılacaktır. Ailesi adına sağlık hizmeti alan çocukların, asgari yaşam düzeyi kriteri dikkate alınarak, bu yaştan sonra kendi adına sağlık hizmetleri karşılanmaya devam edecektir. Aynı şekilde, ailesi adına sağlık hizmeti alma koşullarını yitirmesi ve yoksul olduğunun tespit edilmesi halinde, sağlık primleri devlet tarafından ödenmek suretiyle özürülü çocuklar da sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam edeceklerdir.<sup>60</sup>

Genel Sağlık Sigortası, prim ödenmesinin zorunlu olması açısından vergilere benzemekte, belirli ölçüde karşılığının bulunması açısından ise harçlara benzemektedir. Genel Sağlık Sigortası'nda, kişilerin ödeyecekleri primler, kişilerin gelir düzeyleri dikkate alınarak çeşitli sınıflandırılmaları ayrılmakta ve herkes belirlenen oranda primini ödemekte, ödenemeyen kısım devlet tarafından sübvansiyon edilmektedir.<sup>61</sup>

Genel Sağlık Sigortası ile birlikte yaklaşık 25 milyon kişi gelirlerine göre gruplandırılmakta ve prim miktarları her gruba göre ayrı ayrı tespit edilmiştir. Buna göre prim ödeyecek olan sigortalı ve sağlık yardımı açısından bakmakla yükümlü olduğu kişilerden toplanan aylık net gelirleri brüt asgari ücretin;<sup>62</sup>

1. 1,2 katı veya daha düşük olanlar birinci grupta yer alıp, %10 oranında kendi, %90 oranında devlet sübvansiyonu,

---

<sup>60</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:28.

<sup>61</sup> Ertekin, age; s: 146.

<sup>62</sup> T.C. SB. SPGK (1998), "Sağlık Reformları ve Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi", **Sağlıkta Strateji**, Haziran, s: 5-6.

2. 1,2 katından fazla 1,6 katından düşük veya bu miktara eşit olanlar ikinci grupta yer almakta ve prime %25 oranında kendi katılmakta %75 oranında devlet sübvansede etmektedir,
3. 1,6 katından fazla, 2 katından düşük veya bu miktara eşit olanlar üçüncü grupta yer almakta ve prim miktarının %50'sini kendi ödemekte, %50'sini de devlet sübvansede etmektedir,
4. 2 katından fazla 2,4 katından düşük ve ya bu miktara eşit olanlar dördüncü grupta yer almakta ve prim miktarının %75'ini kendi ödemekte, %25'ini devlet sübvansede etmektedir,
5. 2,4 katından yüksek olanlar beşinci grupta yer almakta ve primin '%100'ünü kendileri ödemektedir.

Genel Sağlık Sigortası'nın yapılanmasındaki temel amaç, ülkede sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, hakkaniyete dayalı bir risk paylaşımı ilkesini gerçekleştirmek ve sağlık alanında tam bir finansal koruma mekanizmalarını kurmaktır. Sağlık hizmet sunumu ve finansman boyutlarının birbirinden ayrılması, mevcut entegre sistemi ayrıştıracak, günümüzdeki kumanda ve kontrol mekanizmalarının yerine geçecek, sağlık hizmeti ile mali kaynak arasında sözleşmeye bağlı ilişki kuracaktır. Bu nitelikte bir değişimin sağlık hizmeti verenlere yen, teşvikler yaratarak verimlilik yönünde kazanımlar sağlamanın yanı sıra hakkaniyetli bir sistemin kurulmasına da fayda sağlayacaktır.<sup>63</sup>

Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınan sağlık hizmetlerini şu şekilde sıralamak mümkündür:<sup>64</sup>

1. İlke olarak SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından halihazırda kapsanan sağlık hizmetlerinin kapsamı muhafaza edilecektir.
2. Finanse edilecek sağlık hizmetleri belirlenirken ön planda tutulması gereken hususlardan biri, GSS'nin uzun dönemde sürekliliğinin sağlanması açısından sistemin finansal açıdan sürdürülebilir bir temele dayandırılması gerekliliğidir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kapsamı belirlenirken toplumun ve bireyin genel ve öncelikli sağlık sorunlarının

<sup>63</sup> Tandoğan TOKGÖZ, "Genel Sağlık Sigortası", **TİSK İşveren Dergisi**, <[http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=873&id=51](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=873&id=51)>, (13/05/2007)

<sup>64</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:29.

çözülmesi hedeflenecek, finansal açıdan uygulamaları tehlikeye sokacak istisnai başlıklar ve hizmetler paketin içinde öncelikle yer almayacaktır.

3. Koruyucu sağlık hizmetleri finanse edilecek sağlık hizmetlerinin temel bir parçası olacak, bazı sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma ve öngörülen periyodik kontrollerden geçme şartına bağlı olarak sunulacaktır.

Finanse edilecek sağlık hizmetleri basamaklı sevk sistemiyle uyum içinde tanımlanacak ve uygulanacaktır. Sigortalı kişi, önceden seçtiği birinci basamak sağlık hizmetini alacağı sağlık kuruluşuna yada aile hekimine başvuracaktır. Acil tıbbi haller dışında birinci basamaktan ikinci basamağa sevk hekimin uygun göreceği tıbbi hallerde ve koşullarda yapılacaktır.

Genel Sağlık Sigortası'nın sağlayacağı faydaları şöyle sıralamak mümkündür.<sup>65</sup>

#### **2.1.1. Kapsam Açısından Sağladığı Yararlar**

1. Tüm nüfusun kapsam altına alınması ile sağlık güvencesine sahip olmayanlar sürekli sağlık güvencesine kavuşturulacaktır.
2. Sağlık güvencesi anlamında farklı standartlarda uygulamaları olan mevcut kuruluşlara tabi sigortalılar arasında eşitlik sağlanacaktır.

#### **2.1.2. Finansman Açısından Sağladığı Yararlar**

1. Öncelikle sağlığın korunmasını temel ilke edinen sigortacılık anlayışının uygulanması ile, önlenebilir hastalıklara ve sağlık risklerine ilişkin sağlık harcamalarında tasarruf sağlayacaktır.
2. Mevcut uygulamadaki hizmet sunan kurumların sübvansede edilmesi yerine, prim ödeme gücü olmayan vatandaşların sübvansede edileceği hakkaniyetli bir sosyal sigortacılık uygulamasına geçilecektir.
3. Sağlık kavramı birey, aile, çevre ve toplum sağlığı kavramı ile uyumlu olarak ele alınacaktır. Bu konuda, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere diğer ilgili kurum ve kuruluşlarla yakın işbirliğine gidilecektir.
4. Sağlık harcamaları ulusal sağlık politikalarının öncelikleri ile uyumlaştırılacaktır. Bu sayede toplumsal ve bireysel ulusal sağlık hedeflerine ulaşılması mali yönden de desteklenecektir.

<sup>65</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, age, s:30.

### **2.1.3. Sağlık Hizmetinin Kalitesi Açısından Sağladığı Yararlar**

1. Vatandaşlarımıza kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın hekimini ve sağlık tesisini seçebilme hakkı verilecektir. Bunun yarattığı rekabet ortamı, sağlık hizmetlerinin fiyatlarında, kalitesinde ve vatandaş memnuniyetinde iyileşme sağlayacaktır.
2. Sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kuruluşların tam anlamıyla birbirinden ayrılması sonucunda kamu kontrolünde olacak finansman sistemi, hizmet alımları konusunda uzmanlaşacaktır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin harcanana değer olmasını sağlayacaktır.
3. Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliğini ön plana çıkaran yeni bir modelin, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde ise özerk sağlık işletmelerinin oluşturulmasıyla birlikte, sağlık hizmet sunumu ve kalitesinde iyileşme sağlanacaktır.

### **2.1.4. Denetim Açısından Sağladığı Yararlar**

1. Süreç denetiminden çok, çıktı denetimini önceleyen bir yapı benimsenecek, sağlık hizmetleri maliyet etkili bir tarzda sunulacaktır.
2. Sadece sigortalılık kontrolü yada hizmet sunumu sonrasında kontrol yerine, sağlık hizmetlerinde denetim, hizmet öncesi, hizmet sırasında ve hizmet sonrasında olmak üzere tüm süreci kapsayacak bir anlayışla yürütülecektir.
3. Denetim sadece fatura incelemesine odaklanmayacaktır. Yönetim bilgi sistemlerine dayanan özgün denetim yöntemleri geliştirilecektir. Nitelikli insan gücü ile desteklenen bu yöntemlerle yerindelik, uygunluk ve maliyet etkililiğini inceleyebilen bir denetim yapısı oluşturulacaktır.

## **2.2. İşçi Sendikaları Konfederasyonlarının Çözüm Önerileri**

Sosyal güvenlik konusu özellikle işçi sendikaları için önemlilik derecesi daha yüksektir. Ülkemizde faaliyet gösteren işçi sendikaları da bu konuda kapsamlı araştırmalar yapmakta sistemin sorunlarına yönelik çözüm önerileri geliştirmektedir.

Ülkemizdeki en büyük işçi örgütlenmesi olan Türk-İş, ülkemizdeki sosyal güvenlik sisteminin sorunlarına ve bu sorunlara ilişkin önerilerini 9. Kasım 2004 tarihinde yayınladığı Sosyal Güvenlik Raporu'nda açıklamıştır.

Türk-İş'e göre, sosyal güvenlik sisteminde mali açıkların yaşanmasının ardında sigorta fonlarının değerlendirilip, sigortalılara dönüşüne fırsat verilmemesi, ucuz kredi olarak amaç dışında kullanılması mevcut sistemdeki sorunların temel nedenleri arasındadır. Türk-İş, işçilerin ödedikleri primlerin sigortalılara dönüşüne izin vermeyen ve bu fonları yıllarca genel bütçede meydana gelen açıkları kapatmak amacıyla kullanan siyasi iktidarlar da sosyal güvenlik sisteminin zarara uğratılmasında etkin rol oynadığı görüşündedir.

Türk-İş, sistemin sorunlarının temel nedeninin sosyal güvenlik kurumlarının özerk yapıdan yoksun olmalarından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Sosyal güvenlik kurumlarının idari ve mali açıdan özerk olmadığı görüşü tüm taraflarca kabul edilmesine karşın, uygulamada bir adım atılmamış olması da Türk-İş tarafından siyasi iktidarın kurumlar üzerindeki hakimiyetinden vazgeçmek istememesinden kaynaklanmaktadır.

Türk-İş'in Sosyal Güvenlik Sistemi'nde yaşanan sorunların aşılmasına ilişkin çözüm önerileri şu şekilde sıralanabilir:<sup>66</sup>

1. Sorunlar mevcut yapı korunarak çözümlenmelidir,
2. Mevcut sistem, ülke koşullarına uygun olarak doğru kurgulanmıştır. Önemli olan sistemi bozan, sistemin yapısına uymayan uygulamaların ve ödemelerin sisteme uyarlanması ve bir daha dışardan müdahale edilmeyecek bir yapıya kavuşturulmalıdır,
3. Sağlıkta reform, toplumun ihtiyacı ve ülke koşulları göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmelidir. Mevcut sisteminin yapısı dışında bıraktığı nüfus kapsama dahil edilmeli, yoksulların primleri Devlet tarafından karşılanmalıdır,
4. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından farklı normlarda sunulan sosyal sigorta yardım ve şartlarından birliktelik için kurumların kendi içindeki farklılıkları giderilmelidir,
5. Kamu kaynakları adil ölçülerde kullanıma sunulabilen, ulaşılabilir ve çağdaş hizmet verebilen, sosyal yardım ve sosyal hizmetler ivedilikle oluşturulmalıdır,

---

<sup>66</sup> Türk-İş agr; s:43-48.

6. Sosyal güvenlik kurumlarının sosyal tarafların eşit olarak temsil edildiği özerk yönetime sahip kurumlar olarak yeniden yapılandırılmalıdır,
7. Mevcut işçi ve işverene dayalı primli sistem Devleti de kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmalıdır. Genel Bütçeden yapılan transfer uygulamasına da devam edilmelidir.

Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK) 29 Temmuz 2004 tarihinde hazırlanmış olduğu Reform Taslağı'nda sosyal güvenlik sistemine ilişkin sorunları ve bu sorunlara yönelik DİSK'in önerilerini açıklamıştır.

DİSK'in hazırladığı Reform Taslağı'nda, sosyal güvenli kurumları finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri sıralanmıştır. 1994-2003 yılları arasındaki açığın Hazine iç borçlanma faiz oranları dikkate alınarak hesaplanan güncel değerin 345 milyar YTL olduğu, bu on yıllık süre içerisinde transferlerin toplamının 2003 yılında yaratılan toplam ulusal gelire eşit olduğu görülmektedir.

DİSK'in raporuna göre; faiz ödemeleri için ayrılan kaynak, 2003 yılı milli gelirin tam 7 katıdır. DİSK'e göre sosyal güvenliğe aktarılan her bir birim 7 katı tefeci ve rantiyeci olarak tanınan bireylere aktarılmıştır. Bu durumda, doğal olarak sosyal güvenlik sisteminde açılar verilmesine ve dolayısıyla da ekonomik istikrarsızlığa neden olmaktadır.

DİSK'in Reform Taslağı adlı raporunda sosyal güvenlik sistemine ilişkin şu önerilere yer verilmiştir:<sup>67</sup>

1. Ücret ve maaş karşılığı çalışanların, tüm iş göremezlik durumlarını kapsayan tek bir sigortanın oluşturulması.
2. İş yerlerinin denetim ve teftişinin sigortaya bağlı müfettişler tarafından yapılması,
3. İşçi ve iş bulma işlevinin sigorta tarafından yerine getirilmesi,
4. Sigorta alacaklarının öncelikli olması,
5. Kayıt dışı ağır cezai yaptırımların getirilmesi,
6. Çalışma sürelerinin kısaltılarak sigorta kapsamının genişletilmesi,
7. Sağlık hizmetlerinin devlet eliyle işletilmesi,

---

<sup>67</sup> DİSK, "Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisine İlişkin DİSK'in Değerlendirme Raporu", <<http://www.disk.org.tr/diskar.asp?id=10>> (15.04.2007)

8. Sağlık hizmetlerinde gelire göre artan oranlı vergileme sistemiyle oluşan genel bütçeden finanse edilmesi,
9. Bütün nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması,
10. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin ağırlığını arttıran bir biçimde ele alınması,
11. Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına yayılması.

DİSK ve Türk-İş'in yanında Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu da ülkemizdeki sosyal güvenlik sisteminin temel sorunlarına yönelmiş ve çözüme ilişkin görüşlerini öncelikli ve orta vadeli tedbirler olmak üzere iki aşamalı bir çözüm önermiştir.

### **2.3. İşveren Kesiminin Çözüm Önerileri**

TİSK'in ileri sürdüğü öncelikli tedbirleri şu şekilde sıralanabilir:<sup>68</sup>

1. Tek başına hizmet süresini esas alan emeklilik uygulamasının ortadan kaldırılması,
2. Emeklilik yaş sınırının kadınlarda 55, erkeklerde 60 olması,
3. Emeklilikle ilgili prim ödeme gün sayısının 5000 gün olarak kalması,
4. Sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için prim ödeme gün sayısının artırılması ve ödenen primle sağlık sigortasından yararlananların sayısı arasında bir bağ kurulması,
5. Belli sayıda işçi çalıştırma kriterini esas alarak işverenlere mükellefiyetler getiren ve bu sebeple işçi çalıştırmayı caydıran, kısıtlayan ve böylece sigortalı sayısının düşük kalmasına neden olan uygulamalara son verilmesi,
6. Emeklilik aylıklarındaki artışlara siyasi değil, sistematik ve periyodik bir düzenlemeye gidilmesi,
7. Borçlanma gibi tamamen siyasi amaçlı uygulamalara son verilmesi,
8. Erken yaşta emekliliği cazip hale getiren uygulamalara son verilmesi,
9. Hizmet süresini dolduktan sonra çalışmaya devam etmeyi teşvik eden uygulamalardan vazgeçilmesi,
10. Sosyal sigorta fonlarının iyi değerlendirilmesi ve şeffaf hale getirilmesi,

---

<sup>68</sup> TİSK (1997), **Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması**, Ankara, s: 44-46.

11. Ödenen primlerle, bağlanacak emekli aylıkları arasında bir ilişki kurulmalı,

12. SSK'nın yönetiminde Devlet'in ağırlıklı olan gücünün yerine işçi ve işverenlerden oluşan bir yönetim yapısı getirilmelidir,

TİSK'in orta vadede önerdiği tedbirleri ise;<sup>69</sup>

1. Sosyal güvenliğin bir devlet politikası haline getirilerek, politik müdahalelerden kurtarılması,
2. Emeklilik yaşının dünyada kabul görmüş tavan yaşına çekilmesi,
3. Sosyal sigortanın finansmanına Devletin üçüncü bir taraf olarak prim ödemek suretiyle katkıda bulunması,
4. Sigorta prim oranlarının kademeli olarak düşürülmesi,
5. sosyal güvenlik kurumlarının karşılığında prim almadığı sosyal risklere karşı sorumlu tutulmaması,

TÜSİAD'ın sosyal güvenlik sisteminde yaşanan sorunlara ilişkin hazırladığı raporunda sistemin temel sorununun erken emeklilik uygulaması olduğu üzerinde durulmuştur. TÜSİAD'a göre, ortalama yaşam beklentisinin 69 olduğu ülkemizde emeklilik yaşının 55-56 olması gerektiğini ifade etmektedir. TÜSİAD'ın raporunda emeklilik reformu üç basamaklı bir sistem üzerinde kurulmaktadır.<sup>70</sup>

TÜSİAD'ın emeklilik reformuna ilişkin raporunda yer alan birinci basamakta emekli olan herkese asgari bir yaşam standardı sağlayacak bir kurumun gerekliliğini ifade etmektedir. Raporda emeklilik kurumunun işleyişine yönelik esaslar şu şekilde sıralanmaktadır:<sup>71</sup>

1. İstisnasız kapsama alınan herkese, asgari düzeyde bir emekli aylığı garanti edilecektir,
2. Sistem, dağıtım esasına göre finanse edilecektir. Halen %20 olan prim oranı, beş yıldan daha kısa süreli sigortalılar için %7'ye düşürülecektir. Prim yükü sigortalı ve işveren arasında eşit olarak patlatılacaktır.
3. Birinci aşamada bağlanan aylık, çalışırken elde edilen ortalama gelirin %25'ine denk olacaktır.

<sup>69</sup> TİSK, agr, s: 47-48.

<sup>70</sup> TÜSİAD (2004), **Türk Emeklilik Sisteminde Reform, Mevcut Durum ve Alternatif Stratejiler**, s: 165.

<sup>71</sup> TÜSİAD, agr, s: 165-166.



4. Malullük ve ölüm aylarında ise, 5 yıllık prim ödeme şartına bağlı olarak 25 yıl prim ödemiş gibi aylık bağlanacaktır.
5. Oluşturulacak yeni kamu emeklilik kurumu idari ve mali açıdan özerk olacak, yönetimde sosyal tarafların etkin görev alması sağlanacaktır.

TÜSİAD'ın hazırlamış olduğu emeklilik reformuna ilişkin raporunda yer alan ikinci basmakta yer alan görüşler ise şöyle açıklanabilir;<sup>72</sup>

1. 2005 yılından itibaren sigortalı olanlar ile mevcut sistemde emekliliğine 20 yıldan fazla kalanlar birinci basamak emeklilik kurumu kapsamına ek olarak, zorunlu ikinci basamak emeklilik sistemine de katılacaklardır.
2. İkinci basamaktaki kurumlar fon esasına göre çalışacak, fon mülkiyeti ve yönetimi bireylerin kontrolünde olacaktır.
3. Ekonomi için yeni kaynak niteliğindeki bu fonlar, Devlet garantisi altında çeşitli yatırım alanlarında değerlendirilecektir.
4. İkinci basamak emeklilik kurumlarının faaliyetleri, halen yürürlükte olan Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu çerçevesinde bir organizasyon ve kurumsal yapı esas alınarak yönetilecektir.
5. İkinci basamak emeklilik kurumları için prim oranı, 2005 yılı itibariyle beş yıldan kısa süreli sigortalı olanlar için %8 olacaktır. Beş yıldan fazla süreli sigortalı olanlara mevcut sistemde kalmak ile yeni sisteme geçmek arasında bir seçim yapmaları istenecektir. Yeni sisteme geçmek isteyenler için farklı prim ve bağlama günleri oranları geçerli olacak, birinci ve ikinci basamak kurumlardan gelecek maaşlarını almak için de, mevcut bireysel emeklilik sistemi için geçerli olan 56 yaşını beklemeleri gerekecektir. Eski sistemde kalmak isteyenler için ise herhangi bir değişiklik olmayacaktır.
6. Devlet ikinci basamak emeklilik kurumlarının finansmanına katılmayacaktır.

TÜSİAD'ın raporunda yer alan üçüncü basamak emeklilik kurumları, halen bireysel emeklilik şirketleri adı altında faaliyet gösteren ve tamamen gönüllülük esasına göre çalışan kurumlardan oluşmaktadır. Bu kurumlarının çalışma esasları, mevcut bireysel emeklilik sistemi ile benzer olacaktır. Bu basamaktaki şirketlerin, primleri,

---

<sup>72</sup> TÜSİAD, agr; s:167-168.

katılımcı tarafından ödenecek, ancak işverenlerin de %5 üst sınırı geçmeyecek şekilde katkıda bulunmaları söz konusu olabilecektir. Mevcut bireysel emeklilik sisteminde olduğu gibi sigortalı ve işveren primlerini teşvik edici bir vergi muafiyeti sağlanacaktır.<sup>73</sup>

Türkiye'deki sosyal güvenlik kurumlarını ayrı ayrı ele aldığımız zaman, kurumların finansman sorunlarına ilişkin çözüm önerilerini ise şu şekilde sıralamak mümkündür.

SSK'nın finansman sorununa ilişkin öneriler;<sup>74</sup>

1. Çeşitli nedenlerle bugüne kadar bozulmuş olan primler ile menfaatler arasındaki nimet-külfet dengesi yeniden ihdas edilmeli ve primi ödenmemiş menfaatlerin karşılanmasına son verilmelidir.
2. İlgili kanunlarda değişiklik yapılarak primlerin tahakkuku takip eden 20 gün içerisinde ödenmesi sağlanmalıdır.
3. Prime esas kazancın alt sınırının tespitinde, TÜFE ve GSYİH'daki değişimin yanı sıra asgari ücret de dikkate alınmalıdır.
4. Kamu kurum ve kuruluşlarından prim tahsilatının etkinleştirilmesi için bazı yasalarda yer alan, malların haczedilemeyeceğine ilişkin engelleyici hükümler kaldırılmalıdır.
5. Yerel yönetimlerin SSK'ya olan prim borçlarının yasal sürelerinde ödenmesini sağlamak amacıyla, kaynaktan kesimi sağlayacak yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
6. Günümüzün fon yönetim koşullarının gerisinde kalmış olan SSK'nın fon yönetim alan ve esaslarına ilişkin yasal düzenlemeler, Kuruma yeni yatırım alanları yaratacak şekilde yeniden yapılandırılarak, SSK fonlarının yönetimi amacıyla oluşturulan Finansman Dairesi Başkanlığı'na etkinlik kazandırılmalı, Kurumun fon değerlendirilmesine esnek ve özerk hareket edebilmesi ve fon yönetimi alanında kalifiyeli personel istihdamı sağlanmalıdır.
7. Bugüne kadar Kurumun gelir kayıplarına uğramasına neden olan gecikme zammı affı uygulamasından vazgeçilmelidir.

---

<sup>73</sup> TÜSIAD, agr; s:169.

<sup>74</sup> DPT (2001), **Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s: 83-84.

8. Mevzuatta sigortasız işçi çalıştırılmasının etkinleştirilmesiyle, kayıt dışı istihdam sisteme dahil edilmelidir.
9. Kurumun aktüeryal dengesini olumsuz yönde etkileyen borçlanma yasaları çıkarılmamalı, Kurum'u doğrudan etkileyen bir düzenleme yapılırken aktüeryal denge göz önünde bulundurulmalıdır. Aktüeryal hesaplamalar sonucu, Kurum'un gelirlerine oranla giderlerin artacağı tespit edildiği takdirde, söz konusu açığın hangi kaynaklardan karşılanacağı mutlaka belirtilmelidir.
10. İş kazası ve meslek hastalığı sigortası için %1.5-7 oranında alınan primler yeni gelişen iş kolları ve meslekler de dikkate alınarak prim tarifesi gözden geçirilmelidir.
11. Kurumun sağlık hizmetleri ile sosyal sigortacılık hizmetleri birbirinden ayrılmalıdır.

Emekli Sandığı'nın yaşadığı finansman açıklarının giderilmesine yönelik olarak ise Özel İhtisas Komisyonu Rapor'unda şu değerlendirmeler yapılmıştır.

1. Prim karşılığı olmayan menfaatlerin ödenebilmesi veya prime dayalı sosyal güvenlik sisteminin yerleştirilebilmesi için son bulunan görevin değil, belirli bir çalışma süresini ihtiva eden aylıkların alınması gerekir.
2. Emekli Sandığı iştirakçilerine, ilgili personel kanunları gereğince ödenmekte olan aylıkların tüm unsurlarının, emekli keseneği ve kurum karşılıklarına tabi tutulması sağlanmalıdır.
3. Sandık tarafından ödenen sosyal yardım ve hizmetlere ilişkin kalemler ilgili sosyal hizmet ve yardım teşkilatlarına devredilmelidir.
4. Kurumun sigortacılık faaliyetleri dışındaki hizmetlerine son verilmelidir.
5. Sandığın mülkiyetinde bulunan gayrimenkullerin bizzat işletilmesi yerine kiraya verilmesi, gayrimenkul yatırım ortaklığına dönüştürülmesi veya ortak girişim şeklinde değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Bağ-Kur'un mali finansman krizinin aşılması için en kısa zamanda alınması gereken tedbirleri ise şu şekilde sıralamak mümkün olabilmektedir.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> DPT (2001), agr, s: 93-94.

1. Sosyal güvenlik kurumlarının yeniden yapılandırılmasına yönelik kurumsal reformun yapılması, kaçak sigortacılığın önlenmesi ve prim tahsilatını arttırıcı tedbirlerin geliştirilmesi, primli siteme dahil olmayan sosyal yardımların primli sitemden ayrılarak tek bir çatı altında toplanması ve sağlık sigortası hizmetlerinin yeniden değerlendirilmesi gerçekleştirilmelidir.
2. Sosyal güvenlik kapsamına girmesi gerektiği halde kapsama giremeyenlerin kayıt ve tescillerinin yapılmasına öncelik verilmeli ve kayıt dışılığın önüne geçilmelidir.
3. Basamak sistemi yeniden ele alınarak, kişilerin primlerini gelirlerine uygun bir biçimde belirli bir asgari ve azami sınır çerçevesinde arttırıp azaltabilmesine izin verilmelidir.
4. Sağlık sigortası sisteminin açıklarını azaltabilmek için ilaç tasarrufu ve sağlık karnelerinin usulsüz kullanımını önüne geçilmelidir.
5. Düzenli prim ödemeyenlerin Bağ-Kur'dan alacağı hak menfaatlerin sınırlandırılması amacıyla, Kurum sigortalılarına yönelik akıllı kart uygulamasına geçilmelidir.
6. Kurum'un bugüne kadar zarara uğramasına neden olan geriye dönük borçlanma ve gecikme zammı tutarlarının affına ilişkin düzenlemelere başvurulmamalıdır.
7. Sağlık ile uzun vadeli sigorta branşları olan malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarının finansmanlarının birbirlerinden ayrılmalıdır.

Sonuç olarak, sosyal güvenlik kuruluşlarımızın içinde bulunduğu finansman sorunlarına ilişkin yapılacak sosyal güvenlik reformlarında, yaşanan sıkıntıların temel noktalarına dikkat edilmesi gerekmektedir.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının en önemli gelir kaynağının prim gelirleri olduğuna göre, bu gelirlerin elde edilmesinde yaşanan sıkıntılar bu kuruluşları büyük mali sorunlarla yüz tüz bırakmaktadır. Bu nedendir ki, yapılacak reformda, öncelikli olarak çözülmesi gereken konuların başında, kayıt dışı ekonominin yarattığı kaynak yetersizliğini ortadan kaldıracak yasal uygulamalara ağırlık verilmelidir. Kayıtdışığa ağır cezai yaptırımların getirilip prim gelirlerinin tahsilatında yaşanan sorunların yaşanması engellenmelidir.

Kaynak yetersizliği dışındaki ikinci temel nokta olan sosyal güvenlik kuruluşlarının siyasi baskılara maruz kalmasıdır. İdari ve mali açıdan özerk olmayan sosyal güvenlik kuruluşları siyasi baskılardan arındırılmalı ve özerkliklerine kavuşturulması sistemin işleyişi açısından önem arz etmektedir. Yapılacak yasal çalışmalarla adı geçen kuruluşların idari ve mali açıdan özerk kurumlar haline getirilmelidir.

Sosyal güvenlik sisteminin daha iyi işleyebilmesi için, primli sistemin kusursuz işlemesi ve devletinde üçüncü bir taraf olarak prim ödeyerek sisteme dahil olması gerekmektedir. Bu yönde bir uygulama primli sistemi daha güvenilir kılacak ve sistemde yaşanan finansman sorunlarının aşılmasında fayda sağlayacağı kanaatindeyiz.



## SONUÇ

Sosyal güvenlik sistemlerinin sorunlarına ilişkin çözüm arayışları, tüm dünyada yeniden yapılanma ya da reform çalışmalarında önemli bir konu haline gelmiş bulunmaktadır. Özellikle Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin büyük bir bölümü, yürürlükteki sistemlerine bağlı kalarak, reform arayışlarına yönelmişlerdir. Mevcut sistemin tasfiye edilerek yeni bir sistemin hayata geçirilmesi yönündeki eğilimler, toplumun büyük tepkisine yol açmış ve bu nedenle de eski yapının korunması benimsenmiştir.

Mevcut sistemlerin korunarak, sorunların çözümüne ilişkin gerçekleştirilen reformlar üç başlık altında toplanabilir. Birincisi, finansman sorununun çözümüne ilişkin reformlardır. Bu sorunun çözümünde istihdam yaratıcı politikaların ön plana çıkarılmıştır. Sosyal güvenlik sisteminin finansman sorununun çözüme kavuşturulmadan, hangi model benimsenirse benimsensin, reform çalışmalarının başarılı olmayacağı kabul edilmektedir. Bu nedenle, Avrupa Birliği düzeyinde, istihdam konusu, Amsterdam Antlaşması'nın metnine dahil edilmemiş ve Lizbon Zirvesi'nde istihdam yaratıcı politikaların temel esasları belirlenmiştir. İkinci olarak, emeklilik sigortaları alanında bazı reformlar gerçekleştirilmiştir. Emeklilik yaşının yükseltilmesi, prim ödeme süresinin uzatılması, söz konusu reformların odaklaştığı konular olmuştur. Üçüncü olarak da sağlık harcamalarının kısıtlanması önlemlerine ağırlık verilmiştir.

Sosyal güvenliğin finansmanı açısından sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki temel farklılıklardan biri, Devletin sisteme katkısıdır. Sanayileşmiş ülkelerde Devlet sosyal güvenliğin finansmanına önemli ölçüde katkı sağlarken; gelişmekte olan ülkelere genellikle ortaya çıkan sosyal güvenlik açıkları nedeniyle devletin sisteme katkısından söz etmek mümkün olmamaktadır. Diğer bir ifadeyle,

gelişmekte olan ülkelerde Devlet, işveren ve çalışanın yanında üçüncü bir taraf olarak prim ödemek suretiyle finansmana katılma eğilimi göstermemektedir. Bunun nedeni ise, gelişmekte olan ülkelerde kamu kaynaklarının sınırlı olması, ekonomik istikrar programlarının yürütülmesi veya kamu kesimi borçlanma gereğinin yüksekliği gibi nedenlerdir.

Gelişmekte olan ülkelerde kamu kesimi borçlanma gereğinin yüksekliği, sosyal güvenlik sisteminde biriken fonlara yönelimi cazip hale getirmekte ve bu fonlar hükümetler tarafından açıkların kapatılmasında kullanılmaktadır. Bu durumda da, gelişmekte olan birçok ülkede kamunun sosyal güvenliğin finansmanına katkıda bulunması bir yana; sosyal güvenlik sisteminde biriken fonlar kamu tarafından bütçe açıklarının finansmanında kullanıldığından sosyal güvenlik sistemleri bir finansman krizi içine sürüklenmektedir.

Sosyal güvenlik sistemlerinde yaşanan finansman krizlerinin nedenleri, sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından değerlendirildiğinde; sanayileşmiş ülkelerde yaşanan krizlerin, ortalama hayat süresinin artması, doğum oranlarının düşmesi ve artan yaşlı nüfusun sağlık hizmeti taleplerden daha fazla faydalanmasından kaynaklandığı, başka bir ifadeyle, sanayileşmiş ülkelerde nüfusun yaşlanmasının temel neden olduğu; gelişmekte olan ülkelerde ise, enflasyon, işsizlik, kayıt dışı ekonomi, gelir dağılımındaki adaletsizlik; kamu kesimi borçlanma gereğinin yüksekliği ve bunun sonucu sosyal güvenlik sistemine yapılan politik müdahalelerden kaynaklandığı söylenebilir.

Ülkemizde sağlık finansmanının devlet bütçesi, sosyal güvenlik kuruluşlarının gelirleri ve kişisel harcamalar gibi farklı finansman kaynaklarından karşılanması ciddi adaletsizliklere yol açmaktadır. Devlet bütçesi doğrudan sağlık sistemine ve bunun dışında özellikle SSK dışındaki diğer sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarına, bu kurumların prim gelirleri dışında önemli ölçüde bir kaynak aktarımı yapmaktadır. Sigorta üyelikleri çalışma statülerine (işçi, bağımsız çalışan, devlet memurları) göre bölünmüş olup, nüfusun azımsanamayacak bir bölümü tamamen kapsam dışı kalmaktadır. Sağlık sigortası güvencesine sahip olmayanlar cepten ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Bu kişiler sağlıklı oldukları dönemde prim yatırmamakta, fazla büyük boyutlu olmayan sağlık giderlerini cepten karşılamakta,



ancak giderleri fazla olan bir sağlık problemi ile karşı karşıya kaldıklarında bir şekilde sosyal güvenlik sistemine dahil olmakta ve önceden paylaşmış oldukları risklerin karşılığını alarak, aktüeryal dengeye olumsuz yük getirmektedirler. Özel sağlık kuruluşlarından hizmet almak, kamu sigortaları ve kuruluşları tarafından da kısmen karşılanmakla birlikte, büyük ölçüde özel sağlık sigortasının varlığını veya cepten ödemeyi zorunlu kılmaktadır.

Türkiye nüfusunun değişik katmanları arasında sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencenin sağlanması sigorta sistemleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Tüm kamu sağlık sigorta uygulamalarının eşdeğer olduğu iddia edilmesine rağmen, finansal katkı sağlama metodu, sağladığı olanaklar, gelire göre tahakkuk ettirdikleri primler, kabul ettikleri harcama tutarı ve sağlandıkları finansal koruma bakımından ciddi farklılıklar göstermektedirler. Yalnızca SSK tüm bakım masraflarını kapsamakta, diğer tüm sosyal güvenlik kurumları ise sadece fiyatlara karşı sigortalamaktadır. SSK bakım giderlerini dışarıdan sübvansiyon almadan veya çok az destekle sadece toplandığı primlerle karşılayabilen tek kuruluştur. Kamu sübvansiyonu büyük ölçüde gelir düzeyi yüksek gruplar tarafından kullanılmakta olup fakir kesim sübvansiyonlarından daha az yararlanmaktadır.

Mevcut sisteminin en kabul edilmez özelliklerinden biri olan erken yaşta emeklilik konusunun bir an evvel gerçekçi bir şekilde halledilmesi gerekmektedir. İnsanlarımızı çalışmaktan alıkoyan, sistemi suistimal etmeye teşvik eden bun son derece yanlış sistem, derhal düzeltilerek yaşlanmadan, belirli bir yaşa gelerek çalışma gücünü kaybetmeden, yaşlılık aylığı bağlanmalıdır.

Geçiş dönemsiz bir yeniden düzenlenme ile yaş hadlerinin yukarıya çekilmesi aslında bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bugünkü politik ortamda böyle bir kararın Parlamento'dan çıkacağını beklemek çok gerçekçi olmamaktadır. Diğer yandan kanun ile kazanılmış haklara saygı da gösterilmelidir. Çözüm, karşılıklı fedakarlığa dayanan bir yaklaşımla emeklilik yaş hadlerinin kadınlarda 55 erkeklerde ise 60 yaş seviyesine yükseltilerek sağlanmalıdır.

Bu önerilen geçiş dönemi ile sistemin aktüeryal dengelerinde çok önemli olumlu sonuçlar elde edileceğini düşünmekteyiz. Tüm sosyal güvenlik sisteminin reform anlayışı içinde yeniden yapılandırılması yönündeki ele alınan kararlar sistemin

sorunlarının çözümünde başarı sağlayacaktır. Ayrıca tüm yenilikleriyle yeni sistemin kamuoyuna etkin bir şekilde anlatılması ve kamu oyunun bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Pasif sigortalının, hem aylık hem yeniden çalışmalarına imkan verilmemelidir. Sosyal güvenlik destek primi gibi benzeri uygulamalar kaldırılmalıdır.

Türk sosyal güvenlik sisteminin temel problem alanlarından birini, kuruluş kanunlarında idari ve mali bakımdan özerk olan kurumların gerçekte yoğun bir kamu müdahalesine maruz kalmaları oluşturmaktadır.

Özellikle birinci ayakta kurumlarında siyasi iktidarların sisteme yönelik müdahaleleri asgariye indirilmelidir. Birinci ayak kurumların yönetimi, üçlü temsil ilkesine dayandırılmalı ve gerçek anlamda özerk bir yapı sağlanmalıdır.

İkinci ayak kurumları ile zorunlu olarak oluşturulan, devletin, yönetim üzerinde değil denetimi üzerinde etkili olduğu bireysel tasarruf hesapları ile, sistemin önemli bir kısmında özerklik sağlanmalıdır. İdari yapını değiştirilmesi ile birlikte birinci ayak kurumlarda, yönetim, tarafların seçtiği yöneticilerden oluşmalıdır. Kurum genel müdürleri, genel kurul veya yönetim kurulu tarafından seçilmeli, Bakanlığın kurum üzerindeki yetkisi gözetim ve denetim ile sınırlı olmalıdır.

Kurumların finansman yapısı ile ilgili kararları kamu müdahalesi olmadan, özerk yönetim organları tarafından alınmalıdır. Primlerin belirlenmesi ve tahsili, fonların değerlendirilmesi, aylık ve gelirlerin tespiti gibi konular yönetimin sorumluluk alanına giren konular olmalıdır.

Kurumların çok daha etkin ve verimli çalışabilmeleri için gerekli altyapı bir an önce kurulmalı, idari yeniden yapılanma, emeklilik ve sağlık hizmetlerinin ayrımı, teknolojik yatırımlar, her vatandaşa bir sosyal güvenlik numarası verilmesi, prim tahsilatının hızlandırılması, işveren prim ödeme müeyyidelerin ciddi boyutta arttırılmaması, biriken fonların çok daha verimli olarak yönetilmesi ve halkla ilişkiler konularına gereken önemin verilmesi gibi başlıklar kurumların gündemlerine bir an önce yerleşmelidir.

## **YARARLANILAN KAYNAKLAR**

### **KİTAPLAR**

AKALIN Güneri (1986), **Kamu Ekonomisi**, Ankara.

AKDUR Recep (2003),**Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, Ankara.

ALASTAIR Gray (1995), “**International Patterns of Health Care, 1960 to 1990s**”, Caring for Health : History and Diversty (edited by Charles Webster), Open Universty Pres, Health and Disease Series, Book 6.,Milton Keynes UK.

ALPER Yusuf (2000), Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar (SSK, Bağ-Kur), Alfa Yayınları, Ekim.

APTON Calum (1996), **Health Policy and Management**, Chapman and Hall London UK.

BATIREL Ömer Faruk (1993), “Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansman Konusunda Yeni Yaklaşımlar” **İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları**, Prof. Memduh Yaşa’ya Armağan, Otuz Dördüncü Seri, 1990/91, İstanbul.

BELEK İlker (2001), **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, İstanbul.

BELEK İlker, SOYER Ata (1999), **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul.

BİRKAN Selahattin (1969), **Dünyada Sosyal Güvenlik Ekonomisi**, İstanbul.

BULUTOĞLU Kenan (2002),**Kamu Ekonomisine Giriş**, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.

ÇAKICI Şener(2001), **Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Mali Sorunları ve Ekonomik İstikrar**, Uludağ

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış  
Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI SOSYAL  
GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
(2005), **Sosyal Güvenlik Reformu:  
Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Ankara.

ÇELİKOĞLU İlyas (1994), **Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman  
Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması**, DPT,  
Uzmanlık Tezi, Ankara.

DAĞISTAN Ramazan (2001), **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin  
Finansmanı**, Selçuk Üniversitesi Sosyal  
Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı  
Muhasebe ve Finans Bilim Dalı  
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya.

DİLİK Sait (1992), **Sosyal Güvenlik**, Ankara.

DÜLGER İlhan (1991), **Avrupa Topuluğunda Sosyal Politika, Geçiş  
Dönemi Özellikleri ve 21. Yüzyılda Hedef  
Alınan Toplum**, DPT Yayınları, Ankara

DPT (2001), **Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara.

EDİZDOĞAN Nihat (1998), **Kamu Maliyesi**, Ekin Yayınları, Bursa.

ERTEKİN Şaban (2000); **1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık  
Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması  
ve Finansman Sorunu**, Dokuz Eylül  
Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış  
Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

FAUSTO D. (1990), **“Italy”**, Advances in Health Economics and Health  
Services Research, Comparative Health  
Sytms : The Future of National Health Care  
Sytstems and Economic Analysis, (edited by  
R.F. Scheffler and L.F. JAI Pres Inc.,  
Connecticut, Supplement 1.

- GÖRGÜN Sevim (1993), **Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları**, SBF Yayınları, İstanbul.
- GÜNEY Mümin (1998), “**Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması**”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- HAYRAN Osman (1997), Sağlık ve Hastalık Kavramları, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayıncılık, İstanbul.
- ISABEL Susana and CASSAS Curtao de (1994), “**Health Care in Latin America**”, (edited by David R. Philips and Yola Verhasselt), Health and Development, Routledge.
- IŞIK Hayriye (2001), “**Sağlık Hizmetleri; Finansmanı, Ülke Örnekleri, ve Çözüm Önerileri**”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Teorisi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- KANCA SEMERCİ Filiz (1995), Sağlık Hizmetleri Finansmanı, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KURTULMUŞ Sevgi (1998),**Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- LEWİT Ruth, ANDREW Wall and APPLEB John Y (1996), **The Reorganized National Health Service**.
- MUTER Naci, ÇELEBİ Kemal, SAKINÇ Süreyya (2005), **Kamu Maliyesi**, Manisa.
- MUTLU Ayşegül, IŞIK A.Kadir (2005), **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitapevi.
- NADAROĞLU Halil (1992), **Kamu Maliyesi Teorisi**, Beta Yayınevi.
- LASSEY, Marie L. LINKS Martin J. (1997), “**Health Care Systems Around The World**”, by Prentice-Hall, Inc. Simon &

Sachster / Viacom Company Upper Saddle River, New Jersey.

LİU Eva, WONG Elyssa (1998), “**Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom**”, Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat.

OECD Publications (1994), **The Reform of Health Care; A Competitive Analysis of Seven OECD Countries**, Paris.

OYAN Oğuz (1998), “**Türkiye Ekonomisi**”, Ankara.

REINHARDT Uwe E. (1996), “**The Health System of United States: Lessons for Other Countries**”, World Bank Washington.

ŞAKAR Ayşe Yiğit (1999), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık-İş Sendikası Yayınları.

SAVAŞ, Serdar et al. In Thomson S. and Mossialos, E. , eds.(2002), **Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye**, Kopenhag, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi.

SMİTH Brian Abel (1996), “**Assesing The Experince of Health Financing in The United Kingdom**”, (edited by David W. Dunlop and John M. Martins), World Bank.

Source Book of Health Insurance, “**Health Association of America**”, 1994, No: 20036-3998.

SUR Haydar (1997), “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayıncılık, İstanbul.

ŞAKAR Müjdat (1998), **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Beta Basım Yayım İstanbul.

ŞENER Orhan (2001), **Kamu Ekonomisi**, Beta Yayınevi, İstanbul.

ŞİN İsmail (1999), **Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Gelişimi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı

- Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TAYLAN Bahattin (1992), “Genel Sağlık Sigortasına Özgü Aktüeryal Teknikler ve Türkiye Uygulaması”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- TİSK (1997), **Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması**, Ankara.
- TOBB (1994), **Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara.
- TOKALAŞ Sevinç (2006), **Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TOKAT Mehmet (1993), “**Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı**”, Ankara.
- TOKAT Mehmet (1998) “**Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı (1992-1996)**” T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara.
- TOKAT Mehmet (1994), **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- TURAN Nurcan (2004), **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- TÜRK (UZAN) Hümeysra (2006) , “**Sağlık İşletmelerinin Finansal Sorunları ve Çözüm Önerileri**” Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

- TÜRK-İŞ (2005), **Sosyal Güvenlik Raporu**, Ankara.
- TÜSİAD (2004), **Türk Emeklilik Sisteminde Reform, Mevcut Durum ve Alternatif Stratejiler**.
- UŞUN Ercan (2005), **Sosyal Güvenliğin Özelleştirilmesi ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Manisa.
- UZ Hulki (1997), “Sağlık Ekonomisi”, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayıncılık, İstanbul.
- ÜNAL Erdinç, ATEŞ Metin (2002), **Sağlık ve Piyasa, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü** Yayın no:2, Nobel Yayınları.
- Van DOORSLAER E; A.F. Wagstaff RUTTEN (1993), “ **Equity in The Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective**”, Oxford Medical Publications, Oxford UK.
- YAZGAN Turan (1992), **İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Notları**, Türk Dünyası Araştırmaları, Kutay Yayınları, İstanbul.
- YILDIRIM Savaş (1994), **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Yayınları, Ankara.
- YILDIZ Abdurnur (2000), **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Kamu Sosyal Güvenlik Harcamaları**, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tesi, Bursa.
- WHO, **Health Dimensions of Economic Reform**, Geneva.
- WHO (1993), **Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services**, Technical Report Series, Geneva.



## **SÜRELİ YAYINLAR**

- AKDUR Recep (2001), “Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40.
- AKTÜRK İsmail (1995), “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Sorunları ve Çözüm Önerileri, **10. Maliye Sempozyumu Sunulan Tebliğ**.
- ASOMEDYA (2004), “Türk Sağlık Sektörünün Ekonomik Boyutu”, **Asomedyaya Dergisi**, Şubat.
- ATAK Filiz (1996), “ABD’de Tıp ve Sağlık Yardım Programları”, **Hazine Dergisi**, Temmuz, Sayı 3.
- BAKAN Yaşar (1996), “Sosyal Güvenlik, Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz”, **Ekonomi Dergisi**, Haziran.
- BALCI Selçuk, “Sosyal... Güvenlik, Devlet, Haklar”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl 4, Sayı 10.
- BATIREL Ömer Faruk (1983), “Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, **Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi**, Sayı:3, Cilt:3.
- BESİM Şeref (2001), “Sağlık Ekonomisi-Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet Kavramı Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye” **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı** Cilt 2, Sayı 40.
- BESLEY T, J HALL., and I PRESTON (1999), “The Demand of Private Health Insurance: Do Waiting List Matter?”, **Journal of Public Economics**.
- CAN Nejla (2001), “Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40.
- DAYANIKLI Bayram Fırat (2001), “Sağlık Politikaları, Sağlıkta Finansman ve Bütçeler”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40.
- EMİL Ferhat, YILMAZ Hakan (2003), “Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye

Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler”, **18. Maliye Kongresi İçin Hazırlanan Taslak Tebliğ Metni.**

GÜMÜŞ Erdal (2007), “Kamu Maliyesi Perspektifinden Sosyal Güvenlik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi ve Finansal Geleceği”, **22.Maliye Sempozyumu Tebliği**, Antalya.

GÜNEŞ, İsmail YAKAR Soner (2004), “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 13, Sayı 2.

GÜZEL Ali (2005),”Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mü?”**Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı: 4.

HAKKIEN Unto (2005), “The Impact of Changes in Finland’s Health Care”, **Health Economics**, Sep.14.

MUTER Naci, GÖKBUNAR Ramazan (1998), “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Makro Sorunları ve Çözüm Önerileri” **Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi** Cilt;14 Sayı, 1 İstanbul.

ÖZSARI Haluk (2000), “Sağlık ve Sigorta”, **Sigorta Dünyası Dergisi**, Sayı 472, İstanbul.

Savaş S., ve diğerleri (2002), “Health Care System in Transition: Turkey”, **European Observatory on Health Care Systems.**

SÖYLEMEZ Didem, DURNA Meryem (2001), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ülkemizdeki Durum” **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40.

PALAMUT Mehmet, YÜCE Mehmet (2001), “Türkiye’de 1980-2000 Döneminde Gerçekleştirilen Gelir

Dağılımının İstenen Vergi ile Eğitim ve Sağlık Harcamaları İlişkisi” **16. Maliye Sempozyumu 28-31 Mayıs, Antalya.**

SAĞLAM Remzi (2001), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ücretlendirilmesi”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40.

ÖNDER İzzettin (2001), “Kayıt Dışı Ekonomi ve Vergileme”, **İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Ekim 2000-Mart 2001.

ÖZTEK Zafer (2001), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 1, Sayı 39.

RİCO and W. WİSBAUN, “**Radical Develution in Finnish Health Care**”, Euro Observer, Vol: 4, No: 2.

TALAS Cahit (1998), “Bir Kez Daha Sosyal Güvenlik Üzerine”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, (Ekim-Kasım-Aralık).

TÜRKAY Mehtap (2006), “İrlanda Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt. 21.

YALÇIN Türkan, YILDIRIM Hasan Hüseyin (2001), “Sağlık Hizmetleri Finansmanı” **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Cilt 2, Sayı 40.

Willey M.M. (2005), “The Irish Health System: Developments in Strategy, Structure, Funding and Delivert Since 1908”, **Health Economics**.

## **İNTERNET KAYNAKLARI**

AKTAN Coşkun Can, IŞIK Kadir, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (22/03/2006).

BANGER Gürol (2003), “Sosyal Güvenlikte Yeniden Yapılanma Sürecinde SSK’nın Temel Sorunları ve Uygulama Reformları”, <http://www.tisk.org.tr/isveren>

[sayfa.asp?yazi\\_id=717&id=43](http://www.disk.org.tr/diskar.asp?yazi_id=717&id=43)>

(22/05/2007).

DİSK, “**Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisine İlişkin DİSK’in Değerlendirme Raporu**”,

<<http://www.disk.org.tr/diskar.asp?id=10>>

(15.04.2007).

DPT, **SSK’ya Genel Bir Bakış**,

<<http://ekutup.dpt.gov.tr/kit/guvenr/ssk1.doc>

>, (16/03/2007).

OECD, Health Data 2005, <http://www.oecd.org> (11/03/2006)

ORHANER Emine (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve

Genel Sağlık Sigortası”, s. 2,

<[http://www.ttef.gazi.edu.tr/dergi/makaleler/2006/Sayi1/1-](http://www.ttef.gazi.edu.tr/dergi/makaleler/2006/Sayi1/1-22.pdf)

[22.pdf](http://www.ttef.gazi.edu.tr/dergi/makaleler/2006/Sayi1/1-22.pdf)>, (16/03/2007)ŞENATALAR Burhan,

“Sağlık Ekononmisine Genel Bir Bakış”,

<<http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/484.pdf>> (25/04/2007).

TABAN Sami, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”,

<<http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/01-01.pdf>> (20.03.2007).

TTB “1994 Krizinden 2001 Krizine Öngörüler”,

<<http://www.ttb.org.tr/TD82/2.html>> (07-11-2006).

TOKGÖZ, Tandoğan “Genel Sağlık Sigortası”, **TİSK İşveren Dergisi**,

<[http://www.tisk.org.tr/isveren\\_sayfa.asp?yazi\\_id=873&id=51](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=873&id=51)>, (13/05/2007).

YILMAZ Binhan Elif, ŞEKER Murat, “**Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde**

**Yaşanan Sorunlar ve Bir Alan Araştırması**”, Türkiye Sigorta ve Reasürans

Şirketler Birliği, <

<http://www.tsrbs.org.tr/NR/rdonlyres/03EE6DB6-4920-461A-88EC->

[94F5A9BAD73C/2131/057\\_070.pdf](http://www.canaktan.org/politika/anti_leviat_han/diger-yazilar/volkan-sosyalguvenlik.pdf)>,  
(16/03/2007).

YURDADOĞ Volkan, “Sosyal Güvenliğin Finansman Yöntemleri”, s: 6  
<[http://www.canaktan.org/politika/anti\\_leviat\\_han/diger-yazilar/volkan-sosyalguvenlik.pdf](http://www.canaktan.org/politika/anti_leviat_han/diger-yazilar/volkan-sosyalguvenlik.pdf)>  
(14/03/2007).

WHO (2006), **Highlights on Health in the United Kingdom 2004**,  
<<http://euro.who.int/document/e88530.pdf>>  
(03/01/2007).

WHO (2004), “Highlights on Health, Finland”,  
<[http://www.euro.who.int/eprise/main/who/p\\_rogs/chhfin/2005311-1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/p_rogs/chhfin/2005311-1)>.

## **RESMİ KAYNAKLAR**

Bağ-Kur (1997), **Bağ-Kur İstatistik Yıllığı**, Ankara.

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1998), **Avrupa Sağlık Reformu  
Mevcut Stratejilerin Analizi.**

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2007); **Sosyal Güvenlik Kurumları  
İstatistik Yıllığı**, Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (2005); **İstatistik Yıllığı**, Ankara.

T.C. SB. SPGK (1998), “Sağlık Reformları ve Kişisel Sağlık Sigortası  
Sistemi”, **Sağlıkta Strateji.**