

**GENEL SAĞLIK SİGORTASI
KAPSAMINDA TRANSFER
HARCAMALARININ AZALMA
İHTİMALİ: BINARY MODELLEME
(GAZİEMİR/İZMİR ÖRNEĞİ)**

*Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Dergisi,
Cilt 36, Sayı 4, 2018,
s. 59-73*

Yılmaz KÖPRÜCÜ

Arş.Gör., Eskişehir Osmangazi
Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İktisat Bölümü
ykoprucu@ogu.edu.tr

Recep KÖK

Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İktisat Bölümü
recep.kok@deu.edu.tr

*Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal
Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı'nda
Prof. Dr. Recep KÖK danışmanlığında Yılmaz
KÖPRÜCÜ tarafından "Hanehalkının Genel
Sağlık Sigortasından Yararlanabilirliği
(Gaziemir Örneği Temelli İhtimaliyet
Yaklaşımı)" (2013) başlıklı yüksek lisans
tezinden türetilmiştir.*

Öz: Hizmet endüstrisi kapsamında olan genel sağlık sigortası (GSS) iktisat alan yazınında ilgiyle izlenen konulardan birisidir. Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinin GSS kapsamını genişletmesi nedeniyle hanehalkının gelir tespitinin yapılması ve uygulama sonuçlarının izlenmesi, sağlık alanındaki politika başarısını test etmeyi gerekli kılacak araştırmaların önemini daha da artırmıştır. Bu çalışmanın amacı, kamusal fonlar aracılığıyla transfer harcamalarından yararlanan yoksul hanehalkının (sosyal güvencesi olmayan) istihdam edilebilirliğine bağlı olarak, GSS kapsamından (G_0 olma durumundan) çıkarılma olasılığını araştırmaktır. Bu çalışma binary modelleme niteliğinde olup, ilgili model üzerinden gelecek yıllara yönelik öngörü yapabilme ve politika üreticilerine yardımcı olabilecek bir çalışma sunabilmek için düşünülmüştür. Bu araştırma sonuçları "hanehalkı gelirlerindeki artışın yanı sıra, diğer niteliksel faktörlerdeki iyileşmeler, devletin genel sağlık sigortasından doğan ilave transfer harcamalarını azaltır" hipotezini kısmen doğrulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hanehalkı davranışı, transfer harcamaları, Logit Model.

**POSSIBILITY OF THE DECREASE
OF TRANSFER EXPENDITURES
WITHIN THE SCOPE OF GENERAL
HEALTH INSURANCE: BINARY
MODEL (GAZİEMİR/İZMİR CASE)**

*Hacettepe University
Journal of Economics
and Administrative
Sciences
Vol. 36, Issue 4, 2018,
pp. 59-73*

Yılmaz KÖPRÜCÜ

Res.Assist., Eskişehir Osmangazi
University
Faculty of Economics and Administrative
Sciences
Department of Economics
ykoprucu@ogu.edu.tr

Recep KÖK

Prof.Dr., Dokuz Eylül University
Faculty of Economics and Administrative
Sciences
Department of Economics
recep.kok@deu.edu.tr

This study is derived from the master thesis titled "Household's Being Able to Make Use of General Health Insurance (The Likelihood Approach Based on Gaziemir Case)" by Yılmaz KOPRUCU in Dokuz Eylul University, Graduate School of Social Sciences, Department of Economics, under the supervision of Prof.Dr. Recep KOK.

Abstract: General health insurance taking place in the service industry is one of the topics followed a great deal of attention in literature. Determining the household's income due to Turkish Governments' expanding the scope of General Health Insurance and monitoring the results of implementation raised the importance of the studies to make it necessary to test the political success in the field of health. The objective of the study is to examine the probability of leaving out the poor households (not having any social insurance) benefiting from transfer expenditures through public funds from the scope of general health insurance (the situation of being G_0). The study is of binary modelling character and has been designed as a study that can be helpful to the policy-makers in terms of its being able to provide insights for the prospective years. The results of this research confirm the hypothesis of "Improvements in the other qualitative factors as well as the increase in the household's income reduce the additional transfer spendings arising from the state's general health insurance".

Keywords: Behavior of household, transfer expenditures, Logit Model

GİRİŞ

Beşeri sermayenin belirleyicileri arasında eğitim gibi sağlığın da yadsınmaz bir etkisi mevcuttur. Gerek beşeri sermayenin niteliğini yükseltmek gerekse de milli gelir seviyesinin yukarı çekmek isteyen her ülke gibi Türkiye de sağlık alanında ihtiyaç duyulan reformları hayata geçirmektedir. Söz konusu bu reformlarla sosyal güvencesi olmayan yoksul hane halkı kamusal fonlar aracılığıyla sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanma şansı bulabilmektedir.

Transfer harcamaları, kamu harcamaları niteliğinde olup konsolide bütçe harcamaları içerisinde yer almaktadır. Söz konusu transfer harcamalarının bazı alt kalemleri şu şekildedir: Dolaylı ve dolaysız transferler, gelir ve sermaye transferleri, verimli ve verimsiz transferler, karşılıksız transfer harcamaları, sosyal amaçlı transfer harcamaları, sübvansiyonlar, devlet borçlarının faiz ödemeleri, dış ülkelere yapılan karşılıksız yardımlar ve sermaye teşkili için yapılan transfer harcamalarıdır.

Hanehalkına yapılan harcamalar diğer harcama kalemlerinden farklı bir öneme sahiptir. Bu harcamalarda, devlet koruyucu olma özelliğini ön plana çıkarmakta ve vatandaşlarının ihtiyaçlarına çözüm bularak, onların refah içinde yaşamalarını sağlamaktadır.

Sosyal devlet olmanın gereği olarak yapılan transfer harcamaları, vatandaşların gelir düzeyleri arasında dengeyi sağlama amacına hizmet ettiği bilinmektedir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinden yararlanamayan yoksul hanehalkına yapılan sağlık harcamaları reel geliri artırmakta ve böylece hanehalkının sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma hakkını vermektedir.

Bu sayede vatandaşların, sağlıklı ve insanca yaşama gibi temel ihtiyaçları giderilirken, toplum içinde kutuplaşmanın da önüne geçilmektedir. Başka bir ifadeyle, sosyo-psikolojik kapasitesinin zarar görme olasılığı engellenmiş olmaktadır.

1 Ocak 2012’de yürürlüğe giren genel sağlık sigortası sistemi, idari birim (Valilik ve Kaymakamlık) tarafından gelir beyanı esasına göre yürütülmektedir. Hanenin gelir beyanından sonra Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı inceleme görevlileri, haneleri tek tek ziyaret ederek incelemekte ve bu incelemeler sonucunda elde edilen veriler Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Mütevelli heyetinin değerlendirmesi için sunulmaktadır. Mütevelli Heyeti bu verilerden hareketle gelir seviyesini belirlemektedir. Belirlenen gelir seviyesi, Sosyal Güvenlik Kurumuna kullanılan sistem tarafından otomatik olarak bildirilmektedir. Daha sonra, Sosyal Güvenlik Kurumu ödenecek primleri hanehalkına tebliğ etmektedir. Hanehalkının ödeyeceği prime, kendisine tebliğ edilen tarihten itibaren 15 gün içerisinde itiraz

edebilme hakkı bulunmaktadır. Yapılan bu itiraz dikkate alınmakta ve titiz bir inceleme başlatılmaktadır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından yapılan ikinci bir gelir tespiti ile tekrar Vakıf Mütevelli Heyetine sunulmaktadır. Hanehalkının ödeyeceği GSS primlerinde bir hata olması durumunda, önceki primler yapılandırılmakta ve ödeyeceği yeni primler ise, ikinci gelir tespitine göre hanehalkına bildirilmektedir. Hanenin mevcut ekonomik şartları değişirse, belirlenen gelir tespitine yine itiraz hakkı doğmakta aksi halde 6 ay söz konusu prime itiraz hakkı bulunmamaktadır. Diğer taraftan, 15 gün içinde itiraz etmeyen hane bireylerinin geçmiş GSS primleri yapılandırılmamaktadır.

Bu çalışma bilindiği kadarıyla Türkiye özelinde ilk çalışma olup öngörü boyutu kanaatimizce önemsenerek niteliktedir ve şu şekilde planlanmaktadır: ikinci bölümünde ilgili literatür taraması; üçüncü bölümde sosyal güvenlik harcamalarına yönelik kurumsal yapıya yer verilmekte; dördüncü bölümde çalışmanın tarafımızdan kurgulanan “hanehalkı gelirlerindeki artışın yanı sıra diğer faktör gelirlerindeki iyileşmeler, devletin genel sağlık sigortasından doğan ilave transfer harcamalarını azaltır” temel hipotezini test etme amacıyla, binary modelleme çerçevesinde veri ve model tanımlaması ele alınmakta; beşinci bölüm analitik bulgular ve politika önermelerinden oluşmaktadır.

1. LİTERATÜR TARAMASI

Literatürde sağlık sektöründe yaşanan gelişmelerin hanehalkı ve ülke ekonomilerine olan etkilerini araştıran çalışmalara yer verilmiştir. Gruber ve Levitt (2000) sağlık sigortası için vergi sübvansiyonlarını fayda ve maliyet açısından ele almıştır. Mikro simülasyon yöntemi kullanılarak yapılan çalışmanın bulgularına göre, vergi sübvansiyonlarının sağlık sigortası kapsamını dikkate değer ölçüde artırabileceğini, ancak sigortasız kesimin küçük bir bölümünü kapsayacağı sonucuna ulaşılmıştır. Di Matteo (2005) ise ABD ve Kanada da kişi başına düşen sağlık harcamalarının belirleyicileri olarak gelir ve yaş dağılımının etkilerini ele almıştır. Devletin sağlık harcamalarının belirlenmesinde vergi sistemleri, kültür ve coğrafya faktörlerinin yanı sıra bölgesel tercihlerin de etkisinin varlığı gözlenmiştir. Araştırma bulgularına göre, yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarının artışı ile ilgisi tespit edilmiştir.

Aisa ve Pueyo (2006), gelişmekte olan ülkelerde yüksek sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi artırır sonucuna ulaşmıştır. Ay vd. (2013)'de Türkiye’de sağlık göstergesi olarak yataklı ve yataksız sağlık kurumu sayısını alınmış olup, ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Tatar (2011) tarafından yapılan çalışmada Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı araştırılmıştır. Türkiye’de istihdamın azımsanmayacak bölümünün kayıt dışında olması ve prim toplamının zorluğu sebebiyle sistemin sürdürülebilirliği

sorgulanmıştır. Ke ve Saksena (2011) çalışmasında sağlık harcamalarının belirleyicileri araştırılmıştır. Panel veri oluşturularak, sabit etkiler tahmini ve dinamik modellemeye yer verilmiştir. Sağlık harcamasında vergi esaslı ve sigorta temelli sağlık finansmanı mekanizmaları arasında bir fark bulunamamıştır.

Lago-Peñas *vd.* (2013)'de OECD ülkeleri için gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, sağlık harcamalarının kişi başına düşen gelire duyarlı olduğu gözlenmiştir. Türkiye'de de 2003 yılından günümüze kadar artan milli gelire beraber kişi başı sağlık harcaması da artış göstermiştir. Ayrıca 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5 iken 2013 yılında bu oran %74,7'ye yükselmiştir (Atasever, 2015: 230). Daştan ve Çetinkaya (2015) da Türkiye'nin sağlık harcamalarının milli gelire oranı 1980 yılında OECD ülkelerinin üçte biri iken 2012 yılında ise %70'i kadar olduğunu belirtmektedir.

Braendle ve Colombier (2016) ise devletin sağlık harcamalarına yön veren etmenlerini araştırmıştır. Yöntem olarak dinamik panel tahmini kullanılmıştır. Ekonometrik bulgulara göre, kişi başına düşen gelir ve işsizliğin devletin sağlık harcamalarını olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Atılğan *vd.* (2017) de Türkiye'de kişi başı sağlık harcamalarının %1 artırılması kişi başı GSYİH'yi %0.43 artıracığı sonucuna ulaşmıştır.

2. SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARINA YÖNELİK KURUMSAL YAPI

Bu bölümde, kamu harcama kalemlerinden birisi olan transfer harcamaları ve genel sağlık sigortasına ilişkin mevzuat ele alınacaktır.

2.1. Sosyal Güvenlik Harcamalarının Transfer Harcamaları İçindeki Yeri

Bir devletin vatandaşlarının en temel ihtiyaçlarına cevap verebilmesi için bazı harcamalara katlanması ve söz konusu bu ihtiyaçları karşılaması gerekmektedir. Bu harcamalara genel olarak kamu harcamaları denilmektedir. Kamu harcamaları ekonomik olarak sınıflandırıldığında, cari harcamalar, yatırım harcamaları ve transfer harcamaları şeklinde gruplanabilir (Türk, 2002: 33-34).

Kamu harcamaları içinde yer alan transfer harcamaları, herhangi bir mal ve hizmet karşılığı olmaksızın yapılan harcamalardır. Transfer harcamaları, milli gelirden bir artış ya da değişiklik yaratmaksızın, kişiler ya da sosyal gruplar arasında, iktisadi, sosyal ya da milli nedenlerle satın alma gücünün el değiştirmesini gerçekleştiren harcamalardır (Edizdoğan, 2007: 94). Transfer harcamaları içinde; merkezi idarenin diğer kamu kuruluşlarına yaptığı mali yardımlar, devlet iç ve dış borç faizleri, sosyal

amaçlı transferler, iktisadi ve mali politika uygulamaları gereği yapılan ödemeler şeklindeki alt harcama kalemlerine ayrılmaktadır (Eker, 2009: 105).

Transfer harcamalarının toplum refahını artırıcı etkisinin yanı sıra, yapılan harcamalar doğru ve etkin alanlara yönlendirilmedikçe, sosyolojik sorunları beraberinde getirebilir. Şöyle ki, devlet üretime katılmadan tüketim hakkı elde etmek isteyenleri tespit etmek ve engellemek için de kaynak harcamak zorunda kalmaktadır. Diğer taraftan, aylaklığın dışsal etkisi olarak mevcut çalışanların da çalışma azmi kırılıp, verimlilikleri azalacaktır. Bu da bir tür etkisizliktir (Demir, 2003: 215). Bu durum sağlık sektörü için de geçerli olabilmektedir. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı, ekonomik durumu iyi olmasına karşın, sağlık hizmetlerini ücretsiz almak isteyenleri ayırt edebilmek için inceleme görevlilerine her bir ailenin evine giderek gelir tespitini doğru olarak tamamlamaları talimatını vermektedir. Sonuç itibarıyla, bu da bir ekonomik yük teşkil ettiğinden kamusal fon israfı anlamına gelmektedir. Bu durum, Veblen'in zamanın üretken olmayan tüketimi tanımını veren "aylaklık" kavramını anımsatmaktadır (Veblen, 1899: 45). Ayrıca bu durum, toplumun ahlak düzeyinin sorgulanması gerektiğini akla getirmektedir.

Tam da bu noktada Pigou, "büyük gelir transferlerinin, bu aktarmadan yararlananları daha az çalışmaya sürükleyebileceği" konusunda kaygı taşırken; ulusal gelirin düşmesine, bu nedenle de, genel refahın azalmasına yok açacak uygulamaların neticelerine dikkat çekmektedir. Bu çerçevede bu transferlerden yarar sağlayacak kişiler için bazı denetim mekanizmalarının kurulması fikrini benimsemektedir. Pigou'nun temel gayesi, Genel Refah Teorisi ortaya koymak ve söz konusu bu teoriyi iktisat politikasına uygulamaktır (Kök, 1999: 217-218).

Yukarıda verilen Pigou'nun bu kaygısı sosyal güvenlik alanında da geçerliliğini koruyabilmektedir. Sosyal güvenlik, toplum halinde yaşamaktan kaynaklanan tehlikeler de dahil olmak üzere insanın karşı karşıya bulunduğu tehlikelerin ekonomik sonuçlarına karşı emniyet sağlanmasını ifade eder (Arıcı, Alper, 2009: 4). Sosyal güvenlik ile kişiler yarınından emin olmak; aç kalmak, muhtaç duruma düşmek korkusundan kurtulma imkânını elde eder. Bu halde, sosyal güvenliğin sağladığı güvenlik kişileri, toplum içinde iktisadi anlamda muhtaçlıktan koruma, muhtaçlığa karşı duyulan korkudan kurtulma anlamında bir emniyet sağlar (Yazgan, 1992: 18-19).

Sosyal güvenlik harcamalarını daha iyi açıklayabilmek için transfer harcamaları (TR) içindeki payı Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu tablodan da anlaşılacağı gibi, sosyal güvenlik harcamaları (SGH) ve transfer harcamaları yıllar itibarıyla artış göstermiştir.

Tablo 1. Sosyal Güvenlik Harcamalarının Transfer Harcamaları İçindeki Yeri

Yıllar	Sosyal Güvenlik Harcamaları	Transfer Harcamaları	SGH / TR(Yüzde)
2002	11,205,000	78,219,615	0.14
2003	15,922,000	94,761,309	0.16
2004	18,893,001	98,225,322	0.19
2005	23,259,415	98,472,494	0.23
2006	24,824,663	105,087,896	0.23
2007	33,350,039	122,288,092	0.27
2008	35,133,383	131,314,558	0.26
2009	52,684,727	158,432,019	0.33
2010	55,039,223	163,221,496	0.33
2011	52,833,451	163,455,196	0.32
2012	63,683,535	189,560,086	0.33
2013	71,793,057	207,052,314	0.34
2014	77,293,729	222,093,042	0.34

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Gösterge ve İstatistikler, <http://www.kalkinma.gov.tr>

Sosyal güvenlik harcamalarının transfer harcamaları içindeki payı 2002- 2012 yılları arasında istikrarlı bir şekilde artış göstermiştir. 2002 yılında bu oran yüzde 14 iken 2014 yılında ise 34'ye yükselmiştir. Sosyal güvenlik harcamaları ve transfer harcamalarında en dikkat çekici artış ise 2009 ve 2012 yıllarında gerçekleşmiştir. Söz konusu bu artış ile Schultz (1961)'de de belirtildiği gibi beşeri sermayenin niteliğini belirleyen etmenlerden biri olan sağlığın, toplumun refah düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir.

2.2. Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına Yönelik Kurumsal Yapı Ve Mevzuat

Türkiye'de gerçekleştirilen sosyal güvenlik reformu, Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve Sosyal Sigortalar ile Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlüğe girmesi ile hayata geçirilmiştir. Söz konusu bu reform temeli farklı şekilde sigortalılık hizmeti sunan Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK gibi kurumların yerine tek başına bu hizmeti verebilen bir yapı oluşturmaktır.

Genel sağlık sigortası gelir tespiti sonucunda, gelir düzeyi asgari ücretin 1/3'ünden az olması durumunda hane halkı G_0 gelir grubuna aktarılmaktadır. Bu durumda bireylerin GSS primlerini devlet ödemekte olup, hanehalkı sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir. Ayrıca yeşil kart sahibi bireyler de otomatik olarak G_0 gelir grubunda yer almaktadır. Hane halkı ortalama geliri net asgari ücretin 1/3'ünden fazla olanlar ise G_1 gelir seviyesinden, brüt asgari ücretin %3'ü oranında aylık 53, 32 TL (2017 yılı için) prim ödeyeceklerdir (5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, [6824 Sayılı Kanun], 2017).

Genel sağlık sigortası kapsamına giren uygulamalar (5510 Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, [5754 Sayılı Kanun], 2008);

- 1) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
- 2) Kamu idarelerinde çalışanlar,
- 3) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar,
- 4) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
- 5) Hizmet akdine tabi olanların veya kamu idarelerinde çalışanların veya köy ve mahalle muhtarları ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların dışında kalan ve sigortalı sayılmayanlardan;
 - a) Yeşil kart sahibi olanlar,
 - b) Vatansızlar ve sığınmacılar,
 - c) 65 yaş aylığı alanlar,
 - d) İşsizlik Sigortası Kanununa göre işsizlik ödeneği alanlardır.

Çalışmanın temelini de oluşturan genel sağlık sigortasından ücretsiz yararlanacak kişiler ise geliri asgari ücretin üçte birinin altında olanlardır. Bu durumda, G_0 gelir grubunda yer alan yoksul hanehalkının sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

3. YÖNTEM

Bu çalışmada, İzmir Gaziemir ilçesinin Genel Sağlık Sigortasından yararlandırma prosedüründe izlenen yol referans alınarak, birincil veri tabanı kullanılmış, binary modellemeler kapsamında logit modelden yararlanılmıştır. İzmir-Gaziemir ilçesi hanehalkının gelir beyanları (Ocak- Haziran 2012) esas alınarak hazırlanan bu çalışma, beyan edilen bilgilerin doğru olduğu temeline dayanmaktadır. Çalışmanın örnekleme esas oluşturan veri tabanı, İzmir/Gaziemir Kaymakamlığı ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı uygulama prosedürünü kapsayan birincil verilerden (Anket) sağlanmıştır. Bu çerçevede yaklaşık olarak 2000 hanehalkı incelenmiş olup, anket taramaları sonucunda 1608 karar birimi analize dahil edilmiştir.

3.1. Değişkenlerin Tanımı, Kısıtları ve Veri Analizi

Araştırmanın bir bütün şeklinde analiz edilebilmesi için değişkenlerin ayrı ayrı tasnif edilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu anlamda, bağımlı değişken olan gelir gruplarına (G_0 , G_1) göre yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi şeklinde bir tasnife gidilmiştir.

Buradaki amaç, hanehalkının beyan ettikleri gelirlerin, gelir sınırlarına bağlı olarak, doğruluğunu tespit edebilmek, hangi yaş aralığının ve cinsiyetin transfer harcamalarından yararlandığını görebilmek ve ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin eğitim düzeylerini kestirebilmektir.

Tablo 2. Veri Tabanı Tasnif İstatistikleri

GSS	Hanenin ortalama geliri (TL)	Yaş (Kişi Sayısı)			Cinsiyet (Kişi Sayısı)		Eğitim Düzeyi (Kişi Sayısı)	
		0-25	25-65	65+	Kadın	Erkek	Ortaokul ↓	Ortaokul ve ↑
G ₀	513	73	247	6	910	236	63	263
G ₁	2.300	510	768	4	291	991	358	104

Kaynak: Yazar tarafınan anket taramaları sonucu derlenmiştir.

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere, Gaziemir sakinleri G₁ gelir grubunda yoğunluk göstermektedir. Ve bu gelir grubundaki kümelenme 25-65 yaş grubundadır.

Ayrıca yoksul hanehalkını simgeleyen G₀ grubundaki ağırlık yine 25-65 yaş grubundadır. G₀ içinde yer alan diğer yaş gruplarının 3 katı olan bu grup, işsizliğin yoğun olduğu yaş grubunu göstermektedir. Türkiye ölçeğinde, işsizlik oranının en yüksek olduğu kesim genç yaş grubu olmakla birlikte, yukarıdaki çıkarımımızı desteklemektedir.

Veri tabanından sağlanan ve tarafımızdan tanımlanmış değişkenler şu şekildedir:

G₀, G₁: Açıklanan değişkeni oluşturan gelir grupları (Dummy); R: Hanenin geliri (yapısal nicel değişken); HB: Hanenin büyüklüğü (karar birimi ölçeği, yapısal nicel değişken); W: Hanenin serveti (yapısal nitel değişken: Refah malına sahip olma durumuna göre dummy); E: Bireylerin eğitim düzeyi (kontrol nitel değişkeni); Yaş: kontrol nitel değişken; Cinsiyet: kontrol değişken; GSS: Genel Sağlık Sigortası kapsamına giren en yoksul hanehalkının transfer harcamalarından yararlanma ihtimalidir (yoksul kesimi ifade eden G₀ (yeşil kartlılar) için 0; G₁ için ise 1 verilerek bağımlı değişken yaratılmıştır).

Hanenin geliri (R) ve hane büyüklüğü (HB) değişkenleri, modeldeki niceliksel değişkenlerdir. Zira araştırmanın çıkış noktası, gelirdeki artışa bağlı olarak hanehalkının genel sağlık sigortası hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanamama olasılığıdır. Diğer değişkenler de aşağıdaki gibi gölge değişken atanarak oluşturulmuştur:

W: $D_1= 0$, asgari refah malı olan barınma ve ulaşım aracı olarak ev ve araba sahibi değilse; $D_2= 1$, refah mallarından en az birine sahip ise

E: $D_1= 0$, hanehalkının eğitim düzeyleri ortaokul düzeyinin altındaysa; $D_2= 1$, ortaokul düzeyinin üzerindeyse

Yaş: $D_1= 0$, hanehalkı üyesi 0-25 arası ve 65 yaşının üzerinde ise; $D_2= 1$, 25 ile 65 arasında ise

Cinsiyet: $D_1= 0$, hanehalkı üyesinin cinsiyeti kadınsa; $D_2= 1$, erkek ise

Yaş değişkeni için bu şekilde bir gölge değişkeninin atanmasının gerekçesi; kişilerin 25 yaşına kadar askerlik, üniversite, iş arama süresi vb. nedenlerden dolayı çalışma hayatından uzak kalabilmektedirler.

R katsayısı, her bir hanehalkının gelirindeki bin liralık bir artışın, genel sağlık sigortası bağlamında devletin üzerindeki yükün azalma olasılığını,

HB katsayısı, her bir hanehalkının ölçeğindeki bir birimlik (kişi / adet) artışın, transfer harcamalarından sağlanan destek niteliğindeki genel sağlık sigortasına (G_0) dahil olma olasılığını,

W: $D_1= 1$ katsayısı, her bir hanehalkı ev ve/veya araba sahibi ise sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktan çıkarılma olasılığı; $D_2= 0$ katsayısı, genel sağlık sigortasına (G_0) dahil olma olasılığı,

E: $D_1= 1$, her bir hanehalkı üyesi ortaokul üzeri bir eğitim almışsa, genel sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktan (G_0 'dan) çıkarılma olasılığı; $D_2= 0$, sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma (G_0) kapsamında olabilme olasılığı,

Yaş: $D_1= 1$ katsayısı, hanehalkı üyesi 25 ile 65 yaş arasında ise genel sağlık sigortasından (G_0 'dan) çıkarılma olasılığı; $D_2=0$, hanehalkı üyesi 25 yaş altı veya 65 yaş üstü ise sağlık hizmetlerini ücretsiz kullanma (G_0 olma hali) olasılığı,

Cinsiyet: $D_1= 1$, hanehalkı üyesi erkek ise genel sağlık sigortası bağlamından sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktan çıkarılma olasılığı; $D_2= 0$ katsayısı, kadın ise sağlık hizmetlerini ücretsiz alabilme olasılığını vermektedir.

3.2. Ekonometrik Yöntem: Logit Model

Binary modellerinden olan Logit model formu şu şekilde verilmektedir:

$$\Pr(Y = 1|X_1, X_2, \dots, X_k) = F(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k) \quad (1)$$

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)}}$$

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-z_i}}$$

Yukarıda yer alan denklem (1)'deki eşitliğe lojistik dağılım fonksiyonu denilmektedir. Z_i rankı $-\infty$ 'dan $+\infty$ 'a kadar olan aralıkta, P_i rankı ise 0 ile 1 arasında değerler aldığı ve Z_i (yani X_i) ile ilişkinin doğrusal olmadığı söylenebilir (Gujarati, 2009: 554).

Logit modelin katsayıları en çok olabilirlik ile tahmin edilir. En çok olabilirlik tahmincisi tutarlıdır ve büyük örneklerde normal dağılır (Stock ve Watson, 2011: 398).

Yukarıdaki model bu çalışma için denklem (2)'deki gibi uyarlanmıştır.

$$GSS_i = \alpha_0 + \alpha_1 R_i + \alpha_2 HB_i + \alpha_3 W_i \quad (2)$$

Bu ekonometrik modelde;

GSS_i = Genel sağlık sigortası kapsamına giren en yoksul hanehalkının transfer harcamalarından yararlanma ihtimali,

R_i =Hanenin geliri

W_i =1, refah mallarına(ev ya da araba) sahipse

0, sahip değilse

Araştırmamıza ait modelimiz, yoksul bir hane bireyinin sağlık sigortasından ücretsiz olarak yararlanma olasılığını, hanenin geliri ve servet gibi sırasıyla nicel ve nitel değişkenlerle açıklama uğraşındadır. Daha açık ifade etmek gerekirse, kurduğumuz model ile en yoksul bir hanenin gelir artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerinden prim ödeme şartı ile yararlanabilme olasılığını hesaplayabilmektir.

Bu amaçla Logit model kurulmuş ve bu modelin ekonometri teorisine uygun bir şekilde antilogaritması alınıp, bu değerden bir sayısı çıkarılarak yorumlanır hale getirilmiştir (Gujarati, 2009: 559).

Servet açısından da yukarıdaki model, bir hanenin gelirinin artışına bağlı olarak, elde edilen refah mallarını tespit eden mülki idareler (Kaymakamlıklar) ve Sosyal

Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı görevlilerince, söz konusu hanehalkının genel sağlık sigortası sisteminden (G_0 kapsamından) çıkarılma olasılığını kestirebilme amacındadır. Yani, İzmir-Gaziemir halkının beyanlarının doğruluğu varsayımı altında, hanehalkı bireylerinin istihdam edilme olasılığına bağlı olarak, gelir artışının ve/veya gelir artışı sonucunda, refah mallarına sahip olunması halinde, söz konusu hanehalkının sağlık hizmetlerini ancak prim ödeme koşuluyla elde edebilme olasılığını bulabilmektedir.

4. UYGULAMA BULGULARI

Yukarıda yer Logit model çerçevesinde kurulan model ve elde edilen uygulama sonuçları Tablo 3'de gösterilmiş olup, Tablo 4'de de olasılık bulgularına yönelik göstergeler yorumlanmıştır.

$$GSS = \beta_0 + \beta_1 R + \beta_2 HB + \beta_3 W + \beta_4 E + \beta_5 Yaş + \beta_6 Cinsiyet \quad (3)$$

$$GSS = 0.9678 + 0.0038 R - 0.6235 HB + 1.6566 W - 0.1395 E - 0.8871 Yaş - 0.0763 Cinsiyet$$

Tablo 3. Logit Model : Yoksul Hanehalkının GSS'den Yararlanabilme İhtimaliyeti

G ₀ =0;G ₁ =1		Katsayı Tahmini	Z-İstatistiği	Olasılık Değeri
Değişkenler				
R		0.0038	13.5584	0.0000
HB		-0.6235	-10.7472	0.0000
W		1.6566	7.6244	0.0000
E		-0.1395	-0.8131	0.4161
Yaş		-0.8871	-4.2136	0.0000
Cinsiyet		-0.0763	-0.4117	0.6805
C		0.9678	3.4307	0.0006

McFadden R-squared= 0.4034

Prob(LR statistic)= 0.0000

Avg. log likelihood= 0.3042

Bu araştırma bulguları denklem (3) ile gösterilen model ve Tablo 3'den anlaşılacağı gibi, model bir bütün olarak anlamlı olup eğitim (E) ve cinsiyet dışındaki diğer göstergeler istatistiki olarak 0.005 ve 0.01 düzeyinde güvenilir tahminicilerdir. Bununla birlikte, Avg. log likelihood göstergesinin 0.3042 olması, genişletilmiş göstergelerde %30 düzeyinde güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Bu bulgular, hanehalkının genel sağlık sigortasından yararlanma olasılığını açıklayan göstergeler olarak yorumlanabilir. Kendi hesabına çalışma ve/veya bir başkasının hesabına ücretli çalışma olasılığına yönelik bir varsayımdan da hareketle, istihdam edilme olasılığı

yükseldikçe ve hanehalkının sayısındaki azalışa da bağlı olarak, hanehalkının geliri arttıkça, transfer harcamalarındaki yararlanma olasılığındaki azalış beklentilerle paraleldir. Ayrıca, ankette yer alan bilgilere bağlı olarak, refah malları üzerinden yapılmış servet tespitleri dikkate alındığında servete sahip olan hanehalkının devlete yük teşkil etmeme olasılığı azalmaktadır. Diğer yandan hanehalkının yaş ortalaması (0-25 ve 65 arasında) her bir yıl yükseldikçe, kendi hesabına ya da bir başkası hesabına çalışma ortamı bulamaması veya ücret geliri elde edememesi ihtimali yükseldiği içindir ki, transfer harcamalarından yararlanma ihtimali artmaktadır.

Tablo 4. Logit Modeli Katsayılarının Yorumu

Değişkenler	Katsayılar
R	0.0040
HB	-0.4640
W	4.2419
E	-0.1303
Yaş	-0.5882
Cinsiyet	-0.0735
C	1.6323

Tablo 4’den de görülmektedir ki, yapısal ve niceliksel değişken olarak ele alınan hanehalkının gelir seviyesindeki her bin liralık bir artışın, genel sağlık sigortası kapsamındaki ailelere verilen destekten dolayı transfer harcamalarını azaltma olasılığındaki ortalama değişme; diğer bir deyişle genel sağlık sigortasından çıkarılma ihtimali (prim ödeme durumuna geçme) yaklaşık olarak binde 4’tür. Bu durum istihdam edilebilirlik ya da kendi hesabına çalışabilirlik düzeyinde önemli bir gelir artışı olmadığı sürece genel sağlık sigortası desteğine bağlı olarak ortaya çıkan transfer harcamalarının devam edeceğini ya da daha da artacağını gösterir. Nitekim, hanehalkı sayısındaki her birimlik bir artış, yukarıda belirtildiği gibi gelir artmış olsa bile genel sağlık sigortası desteğinin azalma olasılığındaki değişiminin 0.47 düzeyinde olacağını ifade eder.

Yaş değişkeni için de benzer bir çıkarımda bulunulabilir. Yani 25-65 yaş grubunda yer alanların sayısındaki bir artış, yukarıda belirtildiği gibi gelir artmış olsa bile genel sağlık sigortası desteğinin azalma olasılığındaki değişmeyi 0.59 düzeyinde etkilemektedir.

SONUÇ

Araştırma bulguları ışığında, uygulama sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, tarafımızdan tanımlanan yapısal ve kontrol değişkenleri çerçevesinde kurulan model tahminlerinin güvenilir bulgularından anlaşılacağı gibi çalışmanın hipotezi kısmen doğrulanmıştır. Dolayısıyla, hükümetin 1 Ocak 2012’de yürürlüğe sokmuş olduğu genel sağlık sigortası sistemi İzmir/Gaziemir ölçeğinde güvenilir bir biçimde uygulanmakla birlikte, transfer harcamalarının azalma olasılığı, ancak kararlı ve nitelikli bir eğitim ve istihdam yaratma politikası ile başarılı olacak bir

yapıyı sergilemektedir. Çünkü bu politika yoksul kesimin hiçbir ücret ödemediği sigortalı olarak sağlık güvencesine sahip olmasını sağlamıştır.

Uygulamayı yürüten Mülki İdare ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından hanehalkına ait olan refah malları tespit edilmiş olma ve eksik ya da hileli beyanları ortaya çıkarma gücü GSS'den yararlanma olasılığında artıştaki değişmeyi 4,24 kat etkilemektedir. Diğer bir ifade ile bu tahminci GSS'den faydalanmaması gerekenleri ortaya koyan bir gösterge niteliğindedir. Ayrıca eğitim ve cinsiyet değişkeni katsayıları istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu araştırmanın amacı doğrultusunda kurulan modelin katsayı ve anlamlılık düzeyleri düşünüldüğünde, çalışmanın temel hipotezi olan "Hanehalkı gelirindeki artışın yanı sıra niteliksel faktörlerdeki iyileşmeler, devletin genel sağlık sigortasından doğan ilave transfer harcamalarını azaltır" şeklinde kurulan hipotezi, kısmen doğrulamaktadır.

Hizmet endüstrisi için yapılan bu uygulamalar, sosyal devlet olma özelliğinin bir göstergesi niteliğindedir. 2012 ve sonrası için GSS'den ücretsiz yararlanan hanehalkının devlete olan mali yükünün azalma ihtimali, devletin istihdam yaratma politikasına bağlı olacaktır. Aksi takdirde iradi işsizliğin yükselmesi, ücret ödemediği sosyal güvenceye sahip olan ve diğer ihtiyaçlarını devletin aile yardımı fonlarından karşılama alışkanlığının devam etmesi sonucu hanehalkının çalışma hayatından vazgeçmesine neden olabilir. Bu durum uzun vadede refahın azalmasına sebep olan daha ağır sonuçları da beraberinde getirebilir.

Sonuç olarak, Türkiye Ekonomisini yöneten politika yapıcılarına kişi başına düşen geliri artırabilmeleri için kendi hesabına ya da başkasının hesabına istihdam artışını sağlayacak reel politika üretme ve etkin stratejiler geliştirmeleri önerilmektedir. Aksi takdirde, uzun vadede Türk toplumunun sosyo-psikolojik kapasitesi zarar görebilir ve giderek sosyal barış da bozulabilir.

KAYNAKÇA

- Aisa, R., F. Pueyo (2006), "Government Health Spending and Growth in a Model of Endogenous Longevity", *Economics Letters*, 90, 249–253.
- Arıcı, K., Y. Alper (2009), *Sosyal Güvenlik*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Atasever, M. (2015), *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi: 2002-2013 Dönemi*, Ankara: Bakanlık Yayın No: 983.
- Atılğan, E., E.D. Kılıç, M. Hasan (2017), "The Dynamic Relationship Between Health Expenditure and Economic Growth: Is the Health-Led Growth Hypothesis Valid for Turkey?", *The European Journal of Health Economics*, 18(5), 567–574.

- Ay, A., O. Kızılkaya, E. Koçak (2013), “Sağlık Göstergeleri İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği”, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(1), 163-172.
- Braendle, T., C. Colombier (2016), “What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012”, *Health Policy*, 120(2016), 1051–1060.
- Daştan, İ., V. Çetinkaya (2015), “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Demir, Ö. (2003), *İktisat ve Ahlâk*, Ankara: Liberte Yayınları.
- Di Matteo, L. (2005), “The Macro Determinants of Health Expenditure in the United States and Canada: Assessing the Impact of Income, Age Distribution and Time”, *Health Policy*, 71, 23–42.
- Edizdoğan, N. (2007), *Kamu Maliyesi*, Bursa: Ekin Yayınevi.
- Eker, A. (2009), *Kamu Maliyesi*, İzmir: Birleşik Matbaa Ltd. Şti.
- Gruber, J., L. Levitt (2000), “Tax Subsidies for Health Insurance: Costs and Benefits”, *Health Affairs*, 19(1), 72-85.
- Gujarati, D.N. (2009), *Temel Ekonometri*, Çev. Ümit Şenesen, Gülay Günlük Şenesen, İstanbul: Literatür Yayınları.
- Ke, X., P. Saksena (2011), “The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis”, World Health Organization Working Paper.
- Kök, R. (1999), *İktisadi Düşünce “Kavramların Analitik Evrimi”*, İzmir: Anadolu Matbaacılık.
- Lago-Peñas, S., D. Cantarero-Prieto, C. Blázquez-Fernández (2013), “On the Relationship Between GDP and Health Care Expenditure: A New Look”, *Economic Modelling*, 32(2013), 124–129.
- Schultz T.W. (1961), “Investment in Human Capital”, *American Economic Review*, 51, 1-17.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası 5510 Sayılı Kanunu (6824 S.K.). 2017. Resmi Gazete. 9878-36.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası 5510 Sayılı Kanunu (5754 S.K.). 2008. Resmi Gazete. 9786.
- Stock, J.H., W.M. Watson (2011), *Ekonometriye Giriş*, Çev. Bedriye Saraçoğlu, Ankara: Efil Yayınları.
- Tatar, M. (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2017), Gösterge ve İstatistikler, 14 Mart 2017, <http://www.kalkinma.gov.tr>.
- Türk, İ. (2002), *Kamu Maliyesi*, Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları.
- Veblen, T.B. (1899), *Aylak Sınıfın Teorisi, Kurumların İktisadi İncelemesi*, çev. Eren Kırmızıaltın ve Hüsnü Bilir, Ankara: Heretik Yayınları.
- Yazgan, T. (1992), *İktisatçılar İçin Ders Notları*, Türk Dünyası Araştırma Vakfı, İstanbul: Kutay Yayınları.