

# TÜRKİYE’DE SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMİNDE GENEL VERGİLERİN YERİ VE ÖNEMİ

Geliş Tarihi (Received Date) 24.03.2019  
Kabul Tarihi (Accepted Date) 08.05.2019

Elif KOCATAŞKIN<sup>1</sup>

## Özet

Ülkelerin sağlık finansman sistemleri dünya genelinde sağlık finansman sistemlerinde meydana gelen dönüşümlerden ve kendi yapısal şartlarından etkilenmişlerdir. Bu bağlamda ülkeler, kendi sağlık finansman sistemlerini literatürde tanımlı olan sağlık finansman sistemleri çerçevesinde kendi şartları altında geliştirmişlerdir. Bazı ülkeler bu harcamaları devletin kendi bütçesinden karşılayacak sistemlere uyum sağlamışken bazıları da bu harcamaların hizmetten faydalananların direkt ödemesiyle karşılanmasını tercih etmişlerdir. Türkiye’de sağlık harcamaları Sosyal Güvenlik Kurumu’na yapılan prim ödemeleriyle ve Sağlık Bakanlığı’nın bütçesiyle karşılanmaktadır. Cepten ödeme şeklinde hizmet alımının sağlandığı özel sağlık sigortası seçeneği de mevcuttur. Fakat alınan sigorta primleri ve bakanlıktan sağlanan bütçeler uzun yıllardır hizmetleri karşılamada yetersiz kalmaktadır. Devlet de bu eksikliği, topladığı genel vergilerle kapatma yoluna gitmektedir Sağlık harcamalarında karşılaşılan bu problemin çözümü için uluslararası ve ulusal veri kaynaklarının taranması sonucunda, sosyal güvenlik sisteminde düzen ve denetimlerin sağlanmasının ekstra finansman ihtiyacını ortadan kaldıracığı düşünülmektedir. Sonucunda da asıl olarak kamusal harcama ve yatırımlara harcanması gereken genel vergiler, finanse edilmesi için primler toplanan ve bütçeler ayrılan sağlık harcamalarının yetersiz kaldığı durumlarda kullanılan bir destekleme mekanizması olmaktan çıkabilecektir. Yapılan bu çalışmada da sağlığın kavramsal olarak irdelenmesine, hizmet haline geldiğinde sahip olduğu özelliklere, hizmet sunumunu gerçekleştirmek için kullanılan çeşitli organizasyon biçimlerine ve bütün bu kavramların ‘Türkiye’ çerçevesinden incelenmesine yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Finansman açığı, genel vergi, sağlık, sağlık harcaması, sigorta primi

## PLACE AND SIGNIFICANCE OF GENERAL TAX ON HEALTH CARE FINANCING SYSTEM IN TURKEY

### Abstract

Countries' health financing systems have been influenced by transformations in health financing systems around the world and their structural conditions. In this context, countries have developed their own health financing systems under their own conditions within the framework of health financing systems which are defined in the literature. Some countries have adapted these expenditures to the systems that will meet the state's own budget, while others have opted to cover these expenditures with direct payments from the beneficiaries. In Turkey, health expenditures are covered by the premium paid by the Social Security Institution and the Ministry of Health budget. There is also the option of private health insurance, which is provided in the form of out-of-pocket payments. However, the insurance premiums and the budgets provided by the ministry have been inadequate in meeting the services for many years. The state also closes this gap with the general taxes it collects. As a result of the screening of international and national data sources for the solution of this problem encountered in health expenditures, it is thought that the provision of regulations and controls in the social security system will eliminate the need for extra financing. As a result, the general taxes which should be spent on public expenditure and investments may be no longer a support mechanism that is used in cases where the premiums for financing are collected and the budget expenditures are insufficient. In this study the health of conceptually be examined, the properties owned when it comes into service, a variety of organizational forms used for the service delivery and all of these concepts 'Turkey' to examine the frames are included.

**Keywords:** Financing deficit, general tax, health, health expenditure, insurance premium

## GİRİŞ

### 1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık, herkesin üzerinde görüş birliğine varabileceği, ortak bir tanıma sahip olabilecek bir kavram değildir. Herkes için sağlıklı olabilmenin farklı kriterleri olabileceği gibi bir kişi için tam olarak sağlıklı olunan bir hâl, bir başkası için tam sağlık hâli kabul edilmeyebilir. Yine de Dünya

<sup>1</sup> Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Maliye Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, ekocataskin1@gmail.com

Sağlık Örgütü sağlığı; “Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir” (Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü, 2018) şeklinde tanımlamıştır ve literatürde genel bir tanım olarak kabul görmüş ve üzerinde fikir birliğine varılmıştır.

Türk sağlık mevzuatında yer alan şekliyle sağlık hizmetleri (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 2018); “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.” Sağlık piyasalarında sunulan hizmetler sağlık hizmetleri olarak kabul edilir.

Sağlık hizmeti yapısı gereği alış-veriş şeklinde doğrudan bir değişim değerine sahip olmadığı halde kendisinin finansal bir değeri vardır. Toplumsal düzeyde bakıldığında bu değer, hizmete aktarılmanın gerekli olduğu toplam kaynakların değeri kadardır. Bireysel düzeyde ise bu değer, hizmet için ayrılacak kaynakların değeri kadardır. Sağlık hizmetinin değerinin ayrı bir şekilde belirlenememesinin nedeni bu hizmetin artı değer üretmiyor olmasıdır (Belek, 2009: 65). Literatürde sağlık hizmetleri dört alt başlık altında incelenmektedir:

- **Tıbbi teknoloji ve ilaç hizmeti**, tıbbi bakım hizmeti üretiminin temel girdileri olarak kabul edilebilir.
- **Tıbbi bakım hizmeti**, bireye yönelik tedavi edici hizmetler; sağlık ocakları, sağlık merkezleri, verem savaş dispanserleri ve hastaneler gibi kurumların hastalanmış olan bireylere yönelik sunduğu hizmetlerdir. Tedavi etmeye yönelik bütün hizmetler (muayene, tetkik vs.) bu kapsamda değerlendirilir.
- **Koruyucu hizmetler**, bireyleri ve çevreyi karşılaşılabilecekleri sorunlara karşı korumak, bulaşıcı hastalıklara yönelik olarak önceden önlem almak, bireylerin hayat standardını korumak, geliştirmek ve bilgilendirilmesi gereken konularda bilgilendirmeyi amaçlayan hizmetlerin tümüdür. Bu hizmetler kişisel hijyen eğitimi, aşılama, aile planlaması, sağlık eğitimi hizmetleri, kontrol muayeneleri vb.dir (Ertürk Atabey, 2016: 12). Çevreye yönelik koruyucu hizmetlere her türlü çevre düzenlemesi, ilaçlama uygulamaları, çöplerin toplaması örnektir (Belek, 2009: 47).
- **İdari hizmetler ve otelcilik hizmetleri**, sağlık hizmeti sunulan kurumlarda yönetimin, düzenin oluşturulmasına ve hastalarla hasta yakınlarının bu kurumlarda bulunduğu süre içerisinde refahlarının sağlanmasına yönelik hizmetlerdir. Hastaya ve refakatçiye sunulan yatak hizmeti bu grup hizmetlere örnektir.

Sağlık hizmetinin özellikleri; dışsallık oluşturması, küresel, kamusal ve erdemli mal kavramları ile bağlantılı olması, ölçek ekonomisini gerektirebilmesi, üretimini belirleyen otoritelerin varlığı, bilgi eksikliği (asimetrisi) sorunu gösterebilmesi, talebinin önceden belirlenememesi ve tüketiminde alt ve üst sınırların (en az – en çok) olması gerekliliği olarak sıralanabilir. (Sayım, 2015: 2-11)

Sağlık sistemlerinin sunumunda literatürde genel kabul görmüş olan üç finansman yöntemi bulunmaktadır. Bunlar kamu gelirleri ile finansman (Beveridge) modeli, sosyal sağlık sigortasıyla finansman (Bismarck) modeli ve özel sağlık sigortası ile finansman modelidir. (Ertürk Atabey, 2016:31-35)

## 2. Sağlık Sistemlerinin Finansmanında Karşılaşılan Genel Sorunlar

Dünya genelinde tıbbi teknoloji ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, hastalıkların yapısında meydana gelen değişimler, ortalama yaşam süresinin uzaması gibi nedenlerle sağlık harcamalarında sürekli bir artış trendi ortaya çıktığı görülmektedir. Bu söz konusu durum da sağlık finansman sistemleri üzerinde bir baskı oluşturmaktadır (Erument, 2019: 94). Aynı zamanda sağlık sistemlerinin finansmanında başlıca sorun sağlık finansmanının sürdürülebilirliğidir. Bunun dışında sağlık

finansmanında karşılaşılan genel sorunlar aşağıda maddeler halinde ifade edilmiştir (Belek, 2009: 142-143);

- **Maliyet Artışı:** Sağlık hizmetlerinin maliyetinin ulusal gelir artışından fazla olması nedeniyle oluşur. Gelişmiş teknolojinin kullanımındaki artış bu durumu tetikler.
- **Kaynak Eksikliği:** Ekonomik olarak kötü durumda olan ülkelerde vergilerle ve primlerle sağlanan finansman yetersizdir. Bu durumda bütçe ve sigorta fonları oluşturulamamaktadır.
- **Kaynakların Kötü Kullanımı:** Ulusal gelirden sağlık gibi sosyal sektörlere gereğinden az kaynak ayrılmasıyla ve ayrılan kaynakların sektör içinde verimsiz kullanımıyla oluşan bir sorundur.
- **Koordinasyon Eksikliği:** Finansmanın sağlandığı kaynak sayısı fazlaysa, bunlar arasında oluşabilecek koordinasyon eksikliği sorunlara yol açar. Oluşabilecek bu koordinasyon eksikliği sorunun en büyüğü Sağlık Bakanlığı ile sosyal güvenlik kuruluşları arasında oluşacak olandır.
- **Kaynakların Verimsiz Kullanılması:** Teknolojinin uygun olmayan kullanımı bu sorunun en temel örneğidir

### 3. Sağlık Finansman Sistemleri

Kamu gelirleri ile finansman (Beveridge) modelinde, toplanan kamu gelirlerinin belli bir kısmı genel bütçeler ve yerel bütçeler aracılığıyla sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Bu sistemde finansman için özel bir örgütlenme gerekmemektedir. Sosyal sağlık sigortası (Bismarck) modeli, kamu yönetimi ve denetimindeki sigortalara, önceden belirlenmiş kişilerin belli oranlarda prim ödeyerek sigortalandığı sistemdir. Kapsamındaki kişiler için zorunludur. Ülke nüfusunun tamamını kapsama zorunluluğu yoktur. Sistem eğer nüfusun tamamını kapsarsa buna “Genel Sağlık Sigortası” denir. (Çelik, 2013:174-179).

Özel sağlık sigortası modeli, tamamen kar amacıyla kurulan özel sigorta şirketlerinin sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılaması üzerinde kurulmuş bir sistemdir. Cepten ödemeler modeli, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için doğrudan cepten yaptıkları harcamalardır. Hastalık risklerine karşı önceden bir birikim sağlanmadığı için herhangi bir finansal koruma sağlamazlar (Ertürk Atabey, 2016:34).

Tıbbi tasarruf hesabı modelinde, bu hesaplar kişilerin çeşitli sağlık hizmetlerinde kullanılması amacıyla kendi inisiyatifleriyle oluşturdukları bireysel tasarruf hesaplarıdır. Bu sistemde kişi kendi masraflarından sorumludur. Toplum tabanlı sağlık sigortası modeli, toplumda yer alan hanelerin, hali hazırda kurulmuş olan veya kurulacak olan sağlık kuruluşlarının sermayelerini finanse etmesi ve böylece sağlık hizmetlerinin organizasyonuna katılım sağlamasını temel alır. Mikro bankacılık modeli, sağlık hizmeti arayan insanların, yüksek maliyetli sağlık hizmeti alımlarından sonra yaşama ihtimallerinin olduğu ağır finansal yıkımların sonuçlarından korunması ve finansal risklerin yönetilmesi için geliştirilen bir finansman fikridir. Kamu özel ortaklığı modeli çerçevesinde özel bir şirketin bir kamu hastanesi inşa etmesi, bir kamu hastanesinin öze bir şirket tarafından idare edilmesi ya da özel bir işletmenin inşa ettiği bir hastaneyi kamuya kiraya vermesi gibi uygulamalar yapılmaktadır (Çelik, 2013:197 - 203).

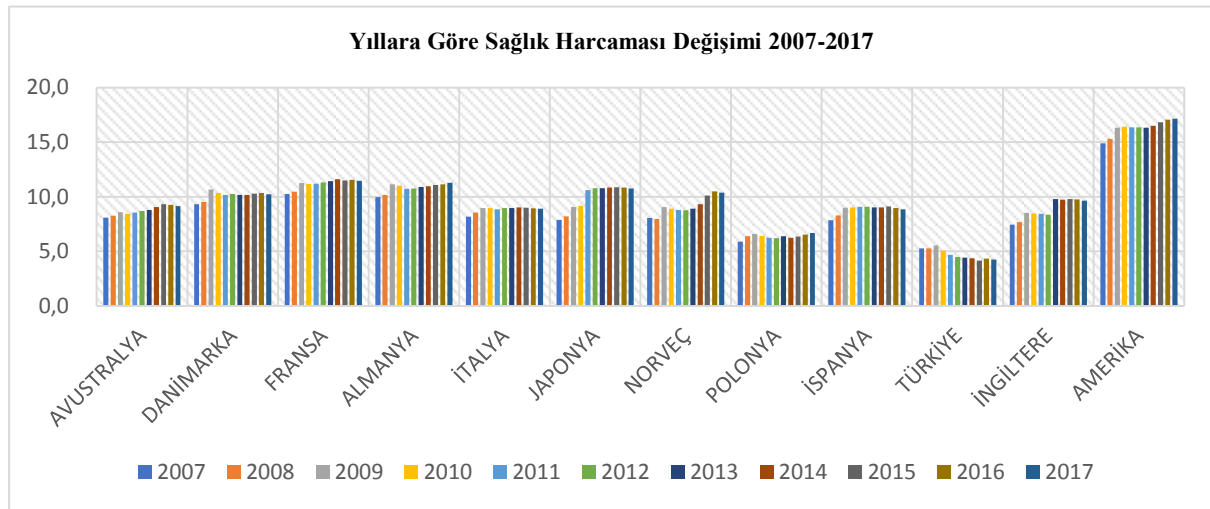
Şartlı nakil transferi modeli, belirlenen koşullara uyan, ekonomik olarak yetersiz olan ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanmak için imkânı bulunmayan ve düzenli bir geliri olmayan kesime yönelik bir yardım programıdır.

### 4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Ülkelerde gerçekleşen sağlık harcamaları, o ülkenin sağlık hizmetleri hakkında önemli bilgiler vermektedir. (Belek, 1997:14) Özellikle son 30 yıldır OECD ülkelerinin gayri safi yurt için hasıllarından sağlığa ayırdıkları payları ve kişi başına düşen sağlık harcamaları önemli ve sürekli artış

göstermektedir. (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 132). Bu artışların çok çeşitli nedenleri olabilmektedir. Bu nedenlerin başlıcaları (Klavuz, 2010: 174) (Yardan vd., 2016:158-159);

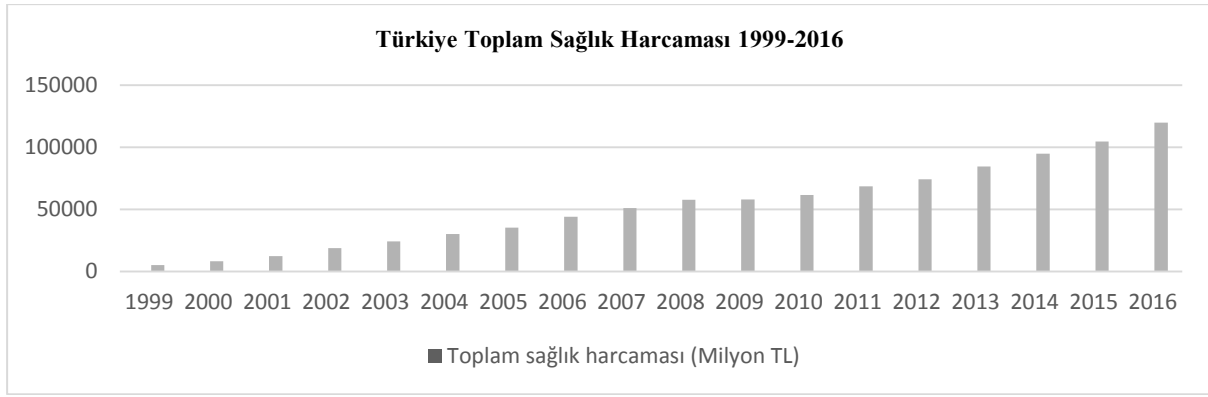
- Sağlık teknolojisinin pahalı ve maliyetlerinin yüksek olması
- Tıbbi bakım maliyetlerinin yüksek olması
- Sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması
- Ortalama beklenen yaşam süresinin sürekli artması
- Kronik hastalıkların artması
- Ruhsal ve fiziksel hastalıkların artması
- Sağlık konusundaki bilinç düzeyinin ve gelirin artışı ile beraber sağlık hizmetlerine olan talebin artması
- Sağlık arzının talebini oluşturması vd.



(Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımda oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 25 Ekim 2018)

#### **Şekil 4.1:** OECD Verileriyle Sağlık Harcamalarının GSYH'deki Yüzdesinin Son 10 Yıllık Değişimi

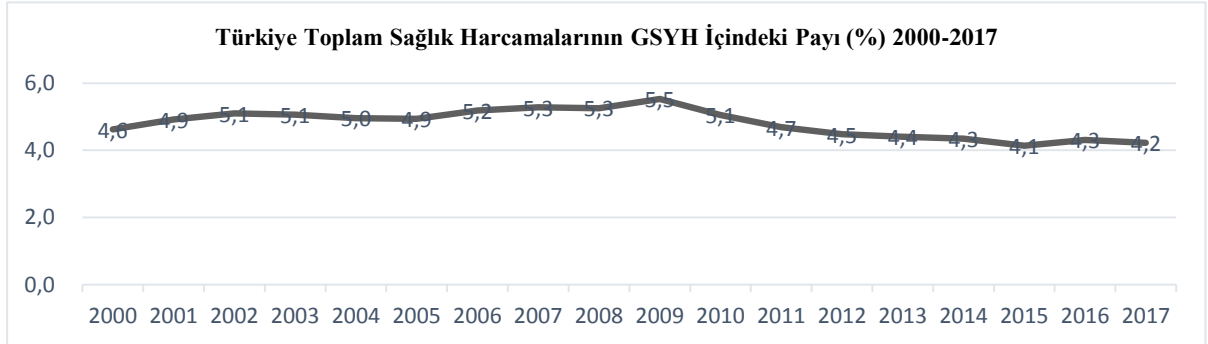
Şekil 4.1'de görüldüğü üzere; ülkelerin sağlık harcamalarının ülkelerin gayrisafi yurtiçi hasıla değerleri içindeki yüzde cinsinden payı, Türkiye haricinde genel olarak artış göstermiştir. Fakat Türkiye'deki sağlık harcamalarının gidişatına ilişkin genel bir kaniya varabilmek için ayrıntılı bir şekilde sağlık harcamalarının miktarında oluşan değişiklikleri incelemek daha doğru olacaktır.



(Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımda oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 13 Kasım 2018)

#### Şekil 4.2: Türkiye'nin Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları

Şekil 4.2'de görüldüğü üzere, 2016 yılına kadar sağlık harcamalarının miktarında sürekli olarak bir artış trendi dikkat çekmektedir. Şekil 4.1'de Türkiye'deki sağlık harcamalarının yıllara göre azalan bir seyrinin olmasının nedeni; harcamaların Türkiye'nin gayrisafi yurtiçi hasılasındaki payının azalış göstermesidir. Bu durumu Şekil 4.3'te görmek mümkündür.



(Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımda oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 25 Ekim 2018)

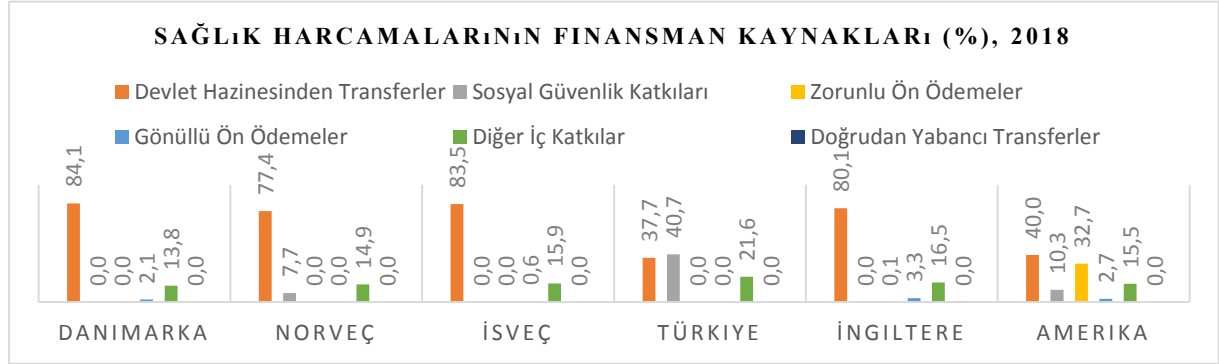
#### Şekil 4.3: Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının GSYH'deki Yüzdesinin Son 10 Yıllık Değişimi

Şekil 4.3'e göre Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH'deki payı yüzdesel olarak 2009 yılına kadar artış seyri içine girmiş fakat sonrasındaki 8 yıl itibariyle azalış göstermiştir. Bu 8 yılda sağlık harcamalarındaki artış, gayrisafi yurtiçi hasılda meydana gelen artıştan daha az olmuştur. Yani başka bir deyişle; gayrisafi yurtiçi hasılda artış devam etmiş fakat sağlık hizmetleri bu artıştan yeterli payı alamamıştır. 2009 yılından sonra sosyal güvenlik devlet primlerinde hatırı sayılır bir artış meydana gelmiştir. 2009 yılındaki SGK prim giderleri 7.208.283 milyar TL iken 2010 yılında bu değer 11.062.515 milyar TL olmuştur. 2009 yılından önceki değerler 5-7 milyar TL civarında seyrederken 2010 yılından sonra da periyodik olarak artışına devam etmiştir. (BÜMKO Bütçe Gerçekleşmeleri, 2018). 2009 yılı öncelerinde de devlet, sağlık harcamalarını finanse edebilmek için genel vergileri bu alana transfer etmiş fakat SGK primlerinde bir yıl arayla yaşanan bu artış, devletin öncesinde de yaptığı ekstra finansman aktarımlarını kısmış olma ihtimalini akla getirir. BÜMKO üzerinden sağlanabilen genel vergilerin nerelere harcandığına dair verilerde en eski 2010 yılına ait olanlara yer verildiği için bu yorumu SGK primlerindeki artışa dayalı yapmak daha doğrudur.

### 5. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanında Genel Vergilerin Rolü

Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanında genel vergilerin rolü incelenmeden önce öncelikli olarak OECD verileri değerlendirildiğinde sağlık harcamalarının finansmanında devlet hazinesinden yapılan transferler, sosyal güvenlik katkıları, zorunlu ön ödemeler, gönüllü ön ödemeler, diğer iç katkılar ve doğrudan yabancı transferler yer almaktadır. Ülkelerde uygulanan finansman

sistemlerine göre bu kaynaklardan hangilerinin kullanıldığı ve ne kadar kullanıldığı değişiklik göstermektedir.



(Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımızca oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 25 Ekim 2018)

**Şekil 5.1: Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (2016 Verileriyle)**

Sağlık harcamaları açısından Amerika Birleşik Devletleri OECD ülkeleri içerisinde GSMH'sinden en çok pay ayıran ülkedir. Türkiye ise sağlık harcamaları açısından OECD verileriyle Meksika ve Estonya ile birlikte son sıralarda görülmektedir. Türkiye'de sağlık finansmanının büyük bir kısmını SGK karşıladığı için Şekil 5.1'de sosyal güvenlik katkıları kısmında bu durum açıkça görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın merkezi bütçeden aldığı oran yıllar geçtikçe artmakta ve bu artışı SGK bütçesindeki artış da takip etmektedir. Fakat SGK bütçesindeki artış Sağlık Bakanlığı'nın bütçesindeki artışın yine de gerisinde kalmaktadır. Ekonomik büyüme ve nüfus artışı hastanelerin SGK'dan sağlanan finansman haricinde ekstra finans kaynaklarına ihtiyaç duymasına sebep olmaktadır (TOBB Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bir Bakış, 2018).

Parafiskal gelirler; devletin kamu tüzel kişiliğinin dışında kalan ve kamu hizmeti sunan kurum ve kuruluşların finansmanını sağlamak için hizmetten yararlanan kişilerden tahsil edilen paralara denir (Akdoğan, 2011: 107). Bu tanımda vurgulanan nokta bu gelirleri hizmetten yararlanan kişilerin sağlamasıdır. Parafiskal gelirler literatürde vergi benzeri gelirler arasında sayılır fakat verginin karşılıksız olmasıyla karşılaştırıldığında parafiskal gelirlerin karşılığının olması dikkat çeker. Sosyal güvenlik kurumlarının temel gelir kaynağı sosyal parafiskal gelirlerdir ve bu gelirler kuruma bağlı çalışanların yaptığı prim ödemelerinden oluşur. SGK bu gelirleri emekli aylıkları, sigorta ödemeleri, ek ödemeler, sağlık harcamaları, yönetim, yatırım ve diğer giderler başlıkları altında, çalışanları adına harcama yetkisine sahiptir.

Hedefi, gelir gider dengesini sağlayarak sağlık hizmetlerini finanse etmek olan Sosyal Güvenlik Kurumu ise, 2003 yılından bu yana açık vermeye devam etmekte ve verdiği açık da giderek artmaktadır. Bu açıklar da Hazine tarafından gerçekleştirilen bütçe transferleriyle finanse edilmektedir. Hazinenin ise gelir kaynaklarının büyük bir kısmını genel vergiler oluşturmaktadır.

SGK'ya yaptığı prim ödemesiyle kendi sağlık hizmetinin finansmanını sağlayan bir çalışan, tanımı gereği karşılıksız olarak alınan, genel vergilerini de ödemiş ve bu vergilerin bir kısmı yine sağlık hizmetinin finansmanı için harcanmıştır. Böyle bir uygulamayla karşı karşıya gelmiş bir çalışan için yaşadığı durum '**çifte vergileme**'<sup>2</sup> yi anımsatmaktadır.

**Tablo 5.1: Hizmet Sunucularının Sağlık Harcamaları (Milyon TL)**

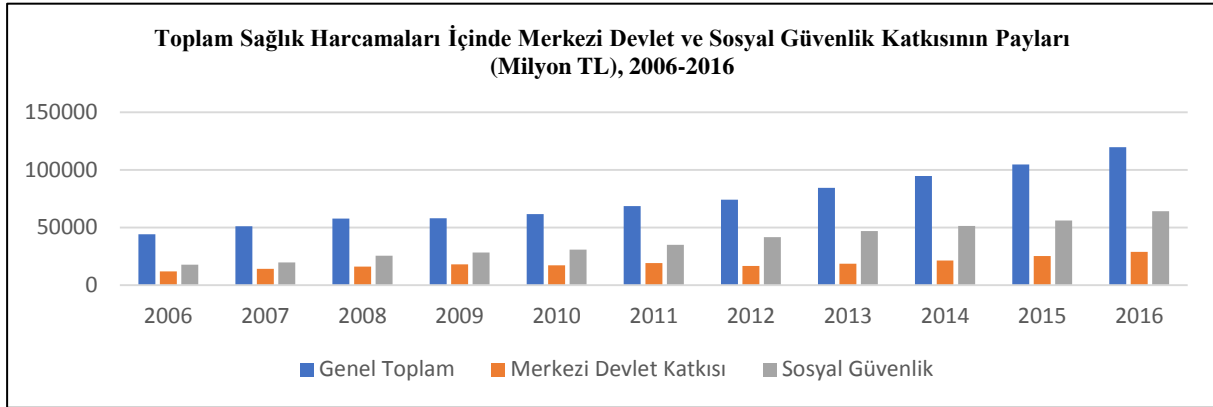
Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Özel Sektör
2006	44 069	11 766	683	17 667	13 953
2007	50 904	13 966	867	19 697	16 374
2008	57 740	15 948	865	25 346	15 580

<sup>2</sup> Çifte Vergileme: Bir mükellefin aynı vergi konusundan, aynı dönemde iki veya daha fazla kere vergilendirilmesidir (DOUMA, 2006: 523)

2009	57 911	17 946	667	28 277	11 021
2010	61 678	17 209	557	30 695	13 196
2011	68 607	19 086	557	34 937	14 028
2012	74 189	16 493	662	41 630	15 404
2013	84 390	18 425	810	46 993	18 162
2014	94 750	21 282	744	51 356	21 368
2015	104 568	25 286	927	55 908	22 446

(Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımda oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 13 Kasım 2018)

Türkiye sağlık finansman sisteminde bulunan hizmet sunucuları; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kurum ve kuruluşlardır. Türkiye’de bu hizmetleri Sağlık Bakanlığı, SGK, özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruf hesapları, genel vergiler ve cepten ödemeler finanse etmektedir. Şekil 3.5’te ise finansmanda devletin (merkezi devlet, yerel devlet), SGK’nın ve özel sektörün sağlık harcamaları karşılaştırılmıştır. Şekil 3.6’daki grafikte ise merkezi devlet harcamalarıyla SGK’nın payının toplam harcamalar içindeki payı görülmektedir.



**Şekil 5.2:** Tablo 4.1’den Faydalanılarak Toplam Sağlık Harcamalarında Merkezi Devlet ve SGK Katkılarının Karşılaştırılması

(Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımda oluşturulmuştur.

Şekil 5.2’de de görüldüğü üzere merkezi devlet hazine katkıları grafikte görülen her yılda neredeyse SGK katkılarının yarısı kadardır. SGK’nın elde ettiği prim gelirleri oldukça yetersiz kalmakta ve devlet bu eksikliği SGK katkılarının neredeyse 2 katı tutarda finanse etmektedir.

**Tablo 5.2:** Sağlık Harcamaları İçinde Genel Vergilerin ve SGK Paylarının Karşılaştırılması (Milyon TL)

Yıllar	Genel Vergiler (%)	SGK (%)
2010	24,2	49,7
2011	26,9	50,9
2012	31,7	56,1
2013	34,0	55,6
2014	33,7	54,2
2015	21,0	53,4
2016	23,0	53,5

(Kaynak: BÜMKO Bütçe Gerçekleşmeleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımda oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 13 Kasım 2018)

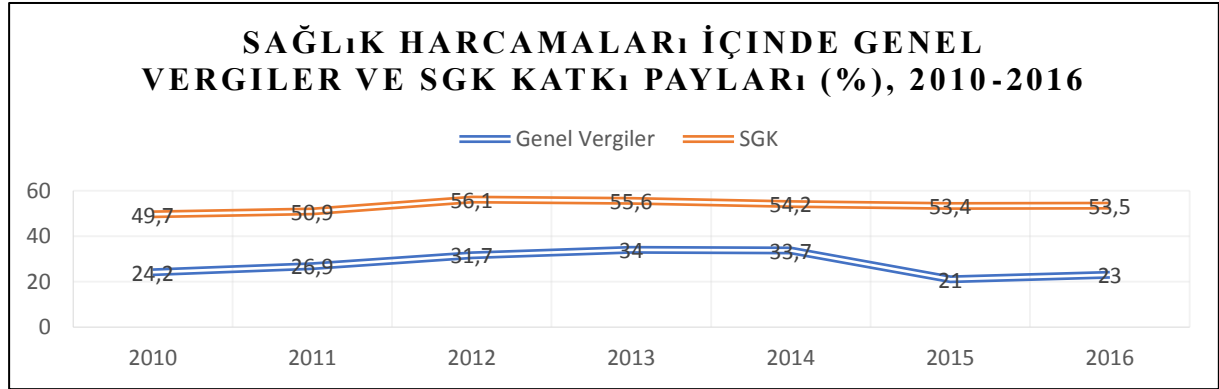
Bunu Tablo 5.2’deki oranlarda da görmek mümkündür. Bu durumun arzu edilen bir durum olmadığı ve SGK primlerinin yetersiz kaldığı (açık verdiği) durumlarda bu finansman ihtiyacının doğduğu düşünüldüğünde, yıllar itibariyle SGK açıklarının azalması, sistemin olması gerektiği gibi işlemesi ve böylece devlet katkılarının da azalması beklenir. Fakat açıklar giderek artmakta ve hazineden yapılan transferler de sağlık finansmanına katılmaya devam etmektedir.

**Tablo 5.3:** Bütçede Genel Vergilerden Sağlık Hizmetlerine Yapılan Aktarımlar (2010-2018) (Milyon TL)

Yıllar	Toplanan Genel Vergiler	Genel Vergilerden Sağlık Hizmetlerine Yapılan Aktarımlar	Genel Vergiler İçindeki Payı (%)
2010	220 119	14 960	4,35
2011	255 879	18 464	5,91
2012	347 891	15 550	4,46
2013	347 891	18 043	5,18
2014	378 016	20 023	5,29
2015	427 049	22 004	5,25
2016	504 451	27 559	5,36
2017	586 695	34 614	5,37
2018*	763 753	40 611	5,31

(Kaynak: BÜMKO Bütçe Gerçekleşmeleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımızca oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 13 Kasım 2018)

Tablo 5.3'te de hazineden yapılan genel vergi transferlerinin, artışına devam ettiği görülmektedir. Alınan önlemler veya uygulamalarla bu aktarımlarının payının düşmesi ve sağlık harcamaları için toplanan primlerin ve ayrılan bütçelerin yeterli düzeye erişmesi gerekirken bu payın artışına devam etmesi alınan önlemlerin veya uygulamaların yetersiz kaldığını ya da bu konuda herhangi bir çalışma yapılmadığını göstermektedir.



**Şekil 5.3:** Sağlık Harcamalarına Yapılan Genel Vergi Transferleri ve SGK Katkı Paylarının Karşılaştırılması

(Kaynak: BÜMKO Bütçe Gerçekleşmeleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımızca oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 13 Kasım 2018)

Önceki şekillerdeki sağlık harcamalarına yapılan genel vergi katkıları ve SGK katkıları verilerini bir araya getirdiğimizde oluşan bu grafikte 2015 yılında yaşanan kırılmanın nedenini görebilmek için 2014 ve 2015 yıllarında genel vergilerin hangi hizmetlerin finansmana katkı sağlamak için harcandığına bakmamız gerekir

**Tablo 5.4:** 2014-2015 Yılları Genel Vergilerden Yapılan Aktarımlar Verileri (Milyon TL)

	2013	2014	2015	Artış-Azalış Oranı 2014-2015 (%)
<i>Toplam Vergi Gelirleri</i>	347 891	378 016	427 049	+% 12,9
<i>Genel Kamu Hizmetleri</i>	121 215	78 123	87 696	+% 12,7
<i>Savunma</i>	20 420	21 955	23 317	+% 6,2
<i>Kamu Düzeni ve Güvenlik</i>	28 750	31 954	34 350	+% 7,4
<i>Ekonomik İşler ve Hizmetler</i>	51 189	52 669	57 469	+% 9,1
<i>İskân ve Toplum Refahı</i>	68 215	52 000	4 659	- %91,0
<i>Sağlık</i>	18 043	20 023	22 004	+% 9,8



<i>Dinlenme, Kültür, Din</i>	7 794	8 911	9 714	+%9,0
<i>Eğitim</i>	63 510	73 346	81 695	+%11,3
<i>Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım</i>	86 343	92 340	97 525	+%5,6

(Kaynak: BÜMKO Bütçe Gerçekleşmeleri, 2018)'den faydalanılarak tarafımızca oluşturulmuştur. (Erişim Tarihi: 13 Kasım 2018)

Tablo 5.4'ten de açıkça görüldüğü üzere 2015'te bir önceki yıla göre genel kamu hizmetlerine yapılan aktarımlardaki artış diğer aktarımlarda meydana gelen artıştan oldukça fazladır. Genel vergi gelirlerinde 2015 yılında, 2014 yılında göre %12,9 artış meydana gelmiştir. Genel kamu hizmetlerine yapılan aktarımlarda ise %12,7'lik bir artış olduğu görülmektedir. Vergi gelirlerindeki artışın çok büyük bir kısmını genel kamu hizmetleri alırken geri kalan payı diğer hizmetler paylaşmış gibi görülmektedir. İskân ve toplum refahı hizmetlerine yapılan aktarımlarda oluşan %91 oranındaki azalışla birlikte diğer hizmetlerde çok küçük artışlar yaşanmıştır. 2013 yılından 2014 yılına geçildiğinde %10,9 artış göstermiş olan sağlık hizmetlerine yapılan aktarımlar 2014 yılından 2015 yılına geçerken %9,8 artış göstermiştir.

7 Haziran 2015 tarihinde Türkiye'de genel seçim yapılmıştır. Kamu tercihi teorisi ilkelerinden Rasyonelite ve Maximand ilkesine göre, bireyler rasyonel ve tutarlı tercihlerle sahiptirler ve faydalarını maksimize etmek isterler. Bu durum politik iktisada uygulandığında ise seçmenlerin fayda maksimizasyonunun, bürokratların da bütçe maksimizasyonunun ortaya çıktığı görülmektedir (Yereli, 2003: 73). Kamu ekonomisinin başarısızlıklarından biri olarak görülen oy ticareti, siyasal partiler ile seçmenler arasında yapılan, topluma sunulacak mal ve hizmetlerin oylar ile değiş tokuşudur. Bürokratlar ve milletvekilleri, bütçe kaynaklarını kendi inisiyatifleri doğrultusunda kullanarak seçim bölgelerindeki seçmenleri memnun etmek ve bir sonraki seçim sonuçlarındaki galibiyeti garantiye almak amacıyla kamu hizmetlerini artırma yoluna başvururlar. Bu durum "Hizmet Kayırmacılığı" olarak adlandırılır (Yereli, 2003: 75-76). Türkiye'de de bu dönemde kamusal hizmetlerde oldukça fazla artış yaşanmış ve kamu hizmetlerine aktarılan kaynaklar sağlık hizmetlerine ve iskân ve toplum refahı hizmetlerine yapılacak olan aktarımlardan kısılarak yapılmıştır. O dönemde SGK katkı paylarında önemli düzeyde bir değişiklik gerçekleşmeyip genel vergilerde bu denli bir düşüş görülmesi de akla bu hizmete daha öncesinde yapılan aktarımların başka bir hizmete kaydırılmış olma ihtimalini getirir.

## 6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlığın insan hayatında varlığı en çok arzulanan durum olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Kavram olarak ele alınıp tanımlandığında bu tanım, kişisel olarak farklılık gösteren özelliklere sahip olacaktır. Fakat evrensel bir tanımlama yapıldığında ulaşılan sonuç sağlığın sadece fiziksel değil ruhsal ve sosyal anlamda da tam bir iyilik hali olduğudur.

Sağlık hizmeti kavramı ise hayatımızın her alanında karşımıza çıkacaktır. Fakat aklımıza ilk gelen sağlık hizmeti olan hastanelerde tedavi görme ya da muayene olma, sağlık hizmetleri içerisinde sadece birkaçıdır. Sağlık hizmetleri, ayrı ayrı basamaklarda yer alan, sağlık piyasalarında kullanılan ve pazarlanan her şeyi kapsamaktadır. Bu hizmetlerden faydalanabilmek için bütçemizden ayırabildiğimiz parasal değer ise sağlık hizmetinin finansal değerini ifade eder.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilebilmesi için pek çok fikir ortaya atılmış, ülkeler kendi sağlık organizasyonlarına en uygun olacak biçimde sağlık harcamalarını finanse etmişlerdir. Fakat bu finansman sistemlerinde bazen sorunlar yaşanmış ve ekstra finansman kaynaklarına ihtiyaç duyulmuştur.

Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin finansmanının bir ayağında yer alan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun temel gelirini oluşturan primler 1980'den sonra yeterli olmamaya başlamış ve sonrasında da açık vermeye devam etmiştir. Bu duruma bir çözüm olarak hazineden, genel vergi gelirlerinden transferler yapılmaya başlanmıştır. Bu transferler, aslında SGK primlerinin karşılaması gereken sağlık harcamalarına yatırıldığı için kamusal yatırımlar ve harcamalardan kısılmıştır. SGK'ya prim ödemesini zamanında ve doğru bir şekilde yapan ve aynı zamanda devlete vergisini ödeyen bir

vatandaştan da aynı hizmet konusu üzerinden iki kere para alınmış, sonucunda vatandaş çifte vergilemeye benzer bir duruma maruz kalmıştır.

Tanımı gereği karşılıksız olarak alınan genel vergilerin, finansmanı için sosyal parafiskal gelirlerin toplandığı sağlık hizmetine aktarılmaması gerekmektedir. Bu durum maliye kavramları arasında karışıklık oluşturmaktadır. SGK'nın açık vermemesi, ekstra transfer ihtiyacını durdurabilecek tek noktadır. Bunun için de; SGK denetimlerinin artırılması gerekmekte ve kayıtsız işçi çalıştırılması önlenmeli, sigortalanan her çalışanın prim ödemeleri kontrol edilmelidir. Sonuç olarak; SGK'nın prim gelirlerinin sağlandığı taban genişletilmeli ve SGK gelirlerinin artırılabilceği yöntemler aranmalıdır.

## KAYNAKÇA

- 6514 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. [www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359-20140102.pdf](http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359-20140102.pdf) adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi: 11.11.2018)
- Akdoğan, A. (2011). Kamu Maliyesi. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Belek, İ. (1997). "Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme", Ekonomik Yaklaşım, cilt.8, s.24-25, ss. 147-156.
- Belek, İ. (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- BÜMKO Bütçe Gerçekleşmeleri., [www.bumko.gov.tr/TR,157/butce-buyuklukleri-ve-butce-gerceklesmeleri.html](http://www.bumko.gov.tr/TR,157/butce-buyuklukleri-ve-butce-gerceklesmeleri.html) adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi:13.11.2018)
- Çelik, Y. (2013). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması", Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt:5, S:1, ss. 104-134.
- Douma, S. (2006). The Three Ds of Direct Tax Jurisdiction: Disparity, Discrimination and Double Taxation. 2006 IBFD, 522-533.
- Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü., [www.who.int/suggestions/faq/en/](http://www.who.int/suggestions/faq/en/) adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi: 15.11.2018)
- Ertürk, Atabey, S. (2016). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Erumut, C., M., Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem, Sosyal Güvence Dergisi / Sayı 5, Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği, ss. 93-126.
- Klavuz, E. (2010). "Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri", Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, S: 29, ss. 173-192.
- OECD Sağlık İstatistikleri., [www.stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://www.stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi: 25.10.2018)
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun., [www.saglik.gov.tr/ TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html](http://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html) adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi: 9.11.2018)
- Sayım, F., Sağlık Piyasası ve Etik, Bursa, MKM Yayıncılık, 2011, s.17-28
- SGK İstatistik Bülteni., [www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari) adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi: 11.11.2018)
- TOBB Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bir Bakış. (2018, Ekim 9). [www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf](http://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf) adresinden alındı
- TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri., [www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084) adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi: 13.11.2018)
- Yardan Demirtaş E. vd. (2016). "Türkiye'de Sağlık Harcamaları Trendi", <http://www.sbedergi.hitit.edu.tr/article/view/5000164608> adresinden alındı. (Son Erişim Tarihi: 3.3.2018)
- Yereli, A. B. (2003). Ekonomik Özgürlükler ve Türkiye'de Devlet Birey İlişkisi. Ankara: Gazi Kitabevi.