

SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIĞIN FİNANSMANI: 2000-2015 DÖNEMİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

Emel BACHA SIMÖES¹

Songül HAYTA²

Öz

Bu çalışmada, sosyal güvenlik uygulaması ve sağlık finansman sistemleri incelenerek, Türkiye ve Dünya'daki mevcut durum değerlendirilmiştir. Sosyal güvenlik anlayışı ve zaman içinde gösterdiği tarihi gelişim, her bir ülke açısından farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. İş hayatında maruz kalınan risklere ve çalışma hayatının sona ermesi halinde karşı karşıya kalınabilecek olumsuz yaşam koşullarına karşı önlem alınması ihtiyacı sosyal güvenliğin önemini artırmaktadır. Bir ülkedeki sosyal politikaların kamu tarafından planlanması sosyal devlet anlayışının önemli bir kısmını içermektedir. Türkiye'de ve Dünyada sosyal güvenlik politikalarının karşılaştırılması, ülkemizdeki sosyal güvenlik ve sağlık finansman sistemlerinin etkin bir şekilde uygulanıp uygulanmadığı hakkında mevcut durumun ortaya konulmasına yardımcı olacaktır. Sağlık finansman sistemlerinden, kamusal nitelikli finansman sistemleri ve özel nitelikli finansman sistemleri detaylı bir şekilde incelenerek, kamu ile özel sağlık harcamaları açıklanmıştır. Ayrıca, Türkiye'de ve Dünyada sağlık finansman sisteminin mevcut durumu araştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Güvenlik, Kamu Sağlık Harcamaları, Özel Sağlık Harcamaları, Genel Sağlık Sigortası.

¹ Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Serik İşletme Fakültesi, Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Bölümü, e- posta: eyucel@akdeniz.edu.tr, ORCID: orcid.org/0000-0002-9675-1110

² Sosyal Güvenlik Uzmanı, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana İl Sağlık Müdürlüğü. e-posta: songulhayta@hotmail.com

BACHA SIMÖES, E. , HAYTA S. (2020). Sosyal Güvenlik ve Sağliğin Finansmanı: 2000-2015 Dönemine İlişkin Değerlendirme. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 20(48), 535-568. DOI: 10.21560/spcd.vi.531286

SOCIAL SECURITY AND FINANCING OF HEALTH: EVALUATION ON THE PERIOD 2000-2015

Abstract

In this study, the social security practices and health financing systems have been evaluated by evaluating the current situation in Turkey and the world. The concept of social security and the historical development has are different for each country. The need to take precautions against the risks exposed in business life and the negative living conditions that may be faced in the end of the working life increases the importance of social security. The public planning of social policies in a country includes an important part of the social state. A comparison of social security policies in Turkey and in the world, the social security and health financing system in our country about whether or not effectively implemented will help to set out the current situation. Public finances and private health financing systems were examined in detail and public and private health expenditures were explained. In addition, the current state of the health financing system in the World and Turkey were investigated.

Key Words: *Social Security, Public Health Expenditures, Private Health Expenditures, General Health Insurance.*

GİRİŞ

Sosyal güvenlik, insanlık tarihi boyunca her zaman öncelikli bir ihtiyaç olarak öne çıkmaktadır. Son yıllarda özellikle sanayi devriminden sonra insanların çalışma koşulları giderek ağırlaşmış ve sosyal ihtiyaçların karşılanmasında kamu gücü daha fazla sorumluluk alma eğilimine girmiştir. Sosyal güvenliğin sağlanmasında sağlık finansmanı önemli bir yere sahiptir. Sağlık finansmanı, bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmasında gerekli olan sağlık hizmet sunumunun kesintisiz bir şekilde sunumunu esas almaktadır. Sağlık sektöründe ihtiyaç duyulan kaynakların elde edilerek, elverişli yatırımlara dönüştürülmesi ve bireyler açısından kaliteli bir sağlık hizmeti sunulması açısından sağliğin finansmanı önemlidir. Sağliğin finansmanı, kamu ve özel sektör olmak üzere iki temel kaynaktan elde edilmektedir.

Sosyal sigorta, sağlık finansmanının gelişiminde önemli bir aşamadır. Bu uygulama, bir iş yerinde çalışan bireylerden ve işverenden elde edilen primlerin toplanması esasına dayanmaktadır. Sosyal sigorta prensiplerinin bir ülkedeki tüm vatandaşlara yaygınlaştırılması amacıyla ulusal sosyal güvenlik sistemleri geliştirilmiştir. Son yıllarda ise, sağlık finansmanında ortaya çıkan darboğazı aşmak ve kaynakların etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak güdüsüyle tıbbi tasarruf hesapları ve kullanıcı katkıları gibi finansman yöntemleri gündeme gelmiştir. Özel nitelikli finansman yöntemlerinin gündeme gelmesindeki temel düşünce, artan sağlık harcamalarının ve sağlığa ilişkin maliyetlerin kamusal nitelikli finansman modelleri yoluyla karşılandığında, kamu ekonomisi üzerinde gerçekleşen yükün gittikçe artması ve bu sebeple sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanamayışı olarak gösterilmektedir.

Bu çalışmanın birinci bölümünde, sosyal güvenlik anlayışı ve tarihi gelişimi incelenerek, sosyal güvenliğin tanımı, bazı dünya ülkelerinde uygulanan sosyal güvenlik sistemleri ve Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin tarihi gelişimi ortaya konulmuştur. İkinci bölümde ise, sağlık finansman sistemleri açıklanmıştır. Üçüncü bölümünde ise, Türkiye’de ve Dünyada sağlık finansman sisteminin nasıl ortaya çıktığı analiz edilmiştir. Bu çerçevede, nüfusun genel yapısı, toplam milli gelir, devlete ait sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları araştırılmıştır. Sağlık finansmanının Dünyada ve Türkiye’deki gelişimi ve değişiminin ortaya konulması uygulanan sağlık ve sosyal güvenlik politikalarının ne derece etkili olduğu hakkında fikir vermektedir.

1. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Çeşitli Ülkelerde Uygulanan Sosyal Güvenlik Sistemleri

Sosyal güvenlik, insanların karşı karşıya kalabilecekleri riskler açısından güvence sağlayan bir uygulamadır. Sosyal güvenlik kavramının nasıl tanımlandığı, sosyal güvenlik anlayışını göstermektedir. Bu kavram, hukuk alanında sosyal güvenlik sistemleri şeklinde dikkate alınmakta ve bu ifade sosyal güvenliğin dar anlamını temsil etmektedir. Çalışma hayatında ve sonrasında karşılaşılan ekonomik güvencenin sağlanmasını olumsuz etkileyebilecek her türlü risk unsurunun tanımlanması ve bunlara karşı güvence sağlanması, sosyal güvenlik açısından temel ihtiyaçtır. Bu aşamada sadece birey değil, bireyin ailesi de bu kapsam içinde yer almaktadır. Diğer yandan sosyal güvenlik kavramı geniş çapta da değerlendirildiğinde, elde edilen güvencenin yanında söz konusu risklerin ortaya çıkmadan engellenmesi önem taşımaktadır. Bununla birlikte sosyal güvenlik sahibi olan kişinin kişiliğini geliştirici etkisi de dikkate alınmaktadır. Ekonomik güvence sağlanması, artık çalışma olanağı azalan veya kalmayan bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasını ifade etmektedir. Böylelikle, daha mutlu ve huzurlu bir toplum elde edilme olanağı ortaya çıkmaktadır. Bireyin çalışma hayatından uzaklaşmasına neden olabilecek faktörlerin incelenerek bunlara karşı önleyici tedbirlerin alınması da, geniş anlamda sosyal güvenlik kavramını desteklemektedir. Bu kapsamda ulusal sosyal güvenlik sistemleri geliştirilerek, bireylerin çalışma hayatında ve sonrasında daha sağlıklı ve güvenli bir şekilde yaşamlarını sürdürmeleri hedeflenmektedir. Geçmişten günümüze kadar sosyal güvenliğin kapsamı genişletilerek, daha sağlıklı ve mutlu bir sosyal yaşam elde edilmeye çalışılmaktadır. İlk dönemlerde özellikle temel ihtiyaçlara odaklanılırken, günümüzde sosyal risklerin kapsamı genişletilmiştir. Böylelikle daha yaygın bir kitleye sosyal güvenlik sağlanabilmesi söz konusu olmuştur. Sosyal güvenlik, toplumun bütününe kapsayacak bir niteliğe ulaşmıştır.

1.1. Dünya Ülkelerinde Uygulanan Sosyal Güvenlik Sistemleri

Sanayileşmedeki artış, 19. yy sonlarına doğru, sosyal güvenlik anlayışında daha ciddi önlemler alınmasını gerekli kılmıştır. Bu dönem, sosyal güvenlik açısından zorunlu sigorta sistemini doğurmuştur. Bu sistem, ilk olarak

Almanya'da Bismarck tarafından ortaya atılmış ve çalışan kesime yönelik uygulamaya konulmuştur. İşçiler arasında yardımlaşma sandığı kurulması yoluyla bir sigorta sistemi uygulanmaya başlamıştır. Bu sistemde işletmeler de sisteme entegre edilerek, bireylerin karşı karşıya kaldıkları risklerin kapsamı kanun çerçevesinde genişletilmiş ve Almanya'da uygulamaya konulmuştur (Dilik, 1988). Sosyal güvenlik sisteminin temel dayanağı ve finans kaynağı, kişilerin kazancına bağlı olarak ödenen sigorta primlerinden oluşmaktadır (Çelik, 2013; Taşçı, 2013).

Bismarck modeli, Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmekle birlikte bugün başta Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre olmak üzere hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede uygulanmaktadır (Tatar, 2011). Hollanda'da sosyal güvenlik karma sistem olarak ifade edilmektedir. Karma sistem, Bismarck sistemi ve Beveridge sistemini kapsamaktadır. Hollanda'daki sosyal güvenlik sisteminde, bireylerin gelir durumu belirleyici olmaktadır. Gelir durumuna göre zorunlu sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasındaki tercih net bir şekilde yapılmakta ve bireyler açısından tercih söz konusu olmamaktadır (Tatar, 2011). Emeklilik sistemi ise, zorunlu devlet emeklilik sistemi, işverenlerin sorumluluğundaki gönüllü mesleki emeklilik sistemi ve gönüllü özel emeklilik sistemi olmak üzere üç şekilde gerçekleşmektedir (Özmen, 2017).

Zorunlu sigorta sistemi, dünya çapında en yaygın olarak uygulanan yöntemdir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu bu sosyal sigorta modeli, Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin çoğunluğunda kullanılmaktadır. Bu modelde, bireyler açısından farklı miktarlarda prim ödemeleri söz konusu olmaktadır. Sosyal güvenlik sistemi, farklı meslek gruplarının farklı sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olmalarına dayalı olarak değişiklik göstermektedir (Güzel, 2005). Bu farklılıkları dikkate alan Uluslararası Çalışma Örgütü sosyal güvenlik açısından asgari şartları belirleyerek, "Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarının Uygulanması Hakkında Sözleşme" yayımlamıştır (Uluslararası Çalışma Örgütü, 28 Haziran 1952 tarihli ve 102 sayılı sözleşme). Bu sözleşmede, sosyal güvenliğin kapsaması gerektiği temel sosyal riskler dokuz adet olarak zorunlu tutulmuştur. Bu sözleşmeyi kabul eden ülkeler, sosyal güvenlik sistemlerinde bahsi geçen sosyal riskleri göz önünde bulundurmak zorundadır. Bu sosyal riskler, meslek hastalığı, iş kazası, analık, engellilik, ölüm, hastalık, işsizlik,

yaşlılık ve aile yardımlarından oluşmaktadır. Ülkeler arasında bu hakların kullanımı ve kapsamı farklılık gösterebilmektedir (Ofluoğlu ve Oran, 2011).

Almanya'da zorunlu bir sosyal sigorta programı devlet tarafından yürütölmekle birlikte, bireylerin gönüllüğüne dayalı tamamlayıcı nitelikte emeklilik sistemleri de bulunmaktadır. Gönüllü katılım, 16 yaş ve daha fazla olan bireylerin kendi istekleri doğrultusunda sisteme katılmalarını içermektedir. Almanya'da çeşitli gruplar açısından farklı uygulamalar yapılması da söz konusudur. Madenciler, devlet memurları, kamudaki hizmetliler ve çiftçiler açısından sosyal sigorta programı farklı şekillerde düzenlemeler içermektedir (SGK 2012/41 Sayılı Genelge, 2012).

İngiltere'de uygulanan sosyal güvenlik sistemi, sosyal güvenlik açısından riskleri ikiye ayırmaktadır. Bunlardan ilki sağlık konusunda sosyal güvenlik, ikincisi ise diğer sosyal risklerden oluşmaktadır. Toplumun genelini kapsayan bu sistemde, çalışanlardan prim alınırken, çalışmayanlardan doğrudan ödeme yoluyla sosyal güvenliğin finansmanı sağlanmaktadır (Zengin vd., 2012). İngiltere'de uygulanan sosyal güvenlik sistemi 1940'lı yıllarda önemli değişikliklere uğramış ve gelişmiştir. Bu sistem toplumun tamamını kapsamakta olup, William Beveridge tarafından kurulmuştur (Oran, 2010, s. 44). İngiltere'nin sosyal güvenlik sistemi, Avrupa Birliği'nin de temel sosyal güvenlik sistemini oluşturmaktadır. Avrupa Birliği'nde bireyler sabit oranlı ödeme yapmakta ve herkesin katılımı zorunlu olmaktadır (Taşçı, 2013).

İsviçre'de uygulanan sosyal güvenlik sisteminin birçok farklı şekli bulunmaktadır. Bunlardan öne çıkanlar, devletin uyguladığı emeklilik sistemi ve mesleki emeklilik sistemidir. Devletin uyguladığı sistemde Federal Sosyal Sigorta Ofisi'nin denetiminde olan PAYG (pay-as-you-go) sistemi geçerlidir ve devlet garantisi bulunmaktadır. Toplanan fonlar hükümet tarafından yürütölmektedir ve katılım zorunludur. Mesleki emeklilik sistemine, birinci tip planda devletin emeklilerine sunduğu en yüksek maaşın daha üstünde gelir elde edenler katılmaktadır. Buna, katkı payı ödemeli fon sistemi de denilmektedir. İsviçre'de isteğe bağlı katılım ödenmesi esasına dayalı olan bir sistemde bulunmaktadır. Diğer sistem ise, İsviçre'de izin alan banka fonları ve sigorta şirketleri tarafından yürütölmektedir. Bu sistemde katılım zorunlu değildir. Katılımcılarına emeklilik maaşı sağlamaktadır. Bu açıdan bir bireysel emeklilik sistemi niteliğindedir (Korkmaz, 2007).

Amerika'da uygulanan sosyal güvenlik sistemi, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Avrupa Birliği'nde uygulanan sistemlerden çok farklı olup, onlarda dikkate alınan prensipleri karşılamamaktadır. Bu nedenle Türkiye'de uygulanan sosyal güvenlik sistemi Uluslararası Çalışma Örgütü ve Avrupa Birliği'nde uygulanan sistemlerden yararlanılmıştır (Alper, 2008). Şili'de kullanılan sosyal güvenlik sistemi ise oldukça eski tarihlere dayanmaktadır. Bu sistem 1924 tarihinde uygulanmaya başlamıştır. Temel olarak, sosyal güvenlik sisteminin finansmanında fonların toplanması esas alınmaktadır. Bu kapsamda memurlar, işçiler, yöneticiler ve askerler sosyal güvenlik sistemine dahil edilirken, kendi hesabına çalışanlar ve tarım işçileri sistemin dışında tutulmuşlardır. Şili diğer Latin Amerika ülkelerine göre sosyal güvenlik sistemi açısından ileri bir seviyededir. Ancak son yıllarda özelleştirme eğilimi artmıştır (Kıroğlu, 2006). Diğer Latin Amerika ülkelerindeki sosyal güvenlik sistemleri, Şili modeline benzetilerek yeniden düzenlenmektedir (Oflluğlu ve Oran, 2011, s. 45).

1.2. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Tarihi Gelişimi

Türkiye açısından sosyal güvenlik sistemi incelendiğinde, Osmanlı döneminde kapsamlı ve spesifik bir sosyal güvenlik sistemi olmadığı bilinmektedir. Bunun nedeni ise, sanayileşmenin yeterince olmaması gösterilmektedir. Osmanlı döneminde meslek örgütleri, ahilik sistemi, dine dayalı hayır kurumları ve tımar sistemi uygulanmaktaydı. Gerileme döneminde ise, kısıtlı yasal düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Türkiye açısından sanayileşme süreci Cumhuriyet döneminin ilk yıllarına denk gelmektedir. İş kanunu 1936 yılında uygulanmaya konulmuş ve bu kanun çerçevesinde çalışma koşulları ve çalışanların hakları düzenlenmeye çalışılmıştır (Levent, 2013). Cumhuriyetin ilan edilmesinden önceki 1921-1923 tarihleri arasındaki dönemde Büyük Millet Meclisi Hükümeti iki önemli kanun çıkarmıştır. Bu kanunlar, çok sayıda işçinin olduğu ve çok ağır çalışma koşullarının bulunduğu Zonguldak ve Ereğli Kömür bölgesini kapsamaktadır ve Türkiye'de sosyal güvenlik sistemine esas teşkil etmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Cumhuriyetin ilanından sonra 1936 yılında 3008 sayılı İş Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun, sosyal sigortaların kuruluşu ve işleyişiyle ilgili temel

ilkeleri açıklamaktadır. Kanun kapsamında sosyal yardımlar, sigorta alanlarını ve kapsamını düzenlemektedir. Kimler açısından sigortanın zorunlu olduğu, hangi grupları kapsadığı ve işlemlerde öncelik sıralaması bu kanun ile düzenlenmiştir. Sosyal sigorta yapılması gereken öncelikli risk konuları ise, iş kazaları, meslek hastalıkları, analık, yaşlılık, işten çıkma, hastalık ve ölüm şeklinde sınıflandırılmıştır. Kanun kapsamında sigortalı olma konusu zorunlu tutulmuştur. Kişiler bir iş yerinde çalışmaya başladıklarında, doğrudan sigortalı olmaktadır.

İş kanununu takiben 1945 yılında sosyal güvenlik konusu, Çalışma Bakanlığının görevleri içinde yer almıştır. Aynı yılda, “İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu” çıkarılmıştır. İhtiyarlık Sigortası ise 1949 yılında uygulamaya konulmuş, 1950 yılında da “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” çıkarılmıştır. Bu iki uygulama, 1965 yılında 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” kapsamında birleştirilmiştir. Bütün bu kanunların uygulanmasında ihtiyaç duyulan Sosyal Sigortalar Kurumu da bu tarihlerde kurulmuştur. Memurların sosyal güvenlik ihtiyaçları ise, 1949 yılında 5434 sayılı “T.C. Emekli Sandığı Kanunu” çıkarılarak düzenlenmiştir. Bu işlemler, Emekli Sandığı aracılığıyla yürütülmüştür. 1960 ve 1961 yıllarında sosyal güvenlik sisteminde bir takım aksaklıklar söz konusu olmaya başlamıştır. Bu aksaklıklar arasında, bir kısım çalışanların sosyal sigorta kapsamı dışında tutulması yer almaktadır. Sosyal haklar ve sosyal güvenlik, 1961 Anayasası kapsamına alınmış ve sosyal güvenlik sistemi geniş kesimlere yayılmak istenmiştir. Kendi adına ve hesabına çalışanlar için, 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu, 1972 yılında uygulamaya konulmuştur. Tarım sektöründe çalışan işçiler ise, 1983 yılında 2925 ve 2926 sayılı kanunlarla sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. İşsizlik sigortası uygulamasına, 2000 yılında 4447 sayılı Kanun ile geçilmiştir.

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi, 2008 yılından önce primli ve primsiz olarak ikiye ayrılmıştır. Primli sistem, belli çalışma karşılığında veya belli şartlar altında çalışmadan (isteğe bağlı sigorta) çalışanın işvereni veya kendi adına çalışanın da kendisi tarafından ödenen primler karşılığında sağlanan yardımları kapsamaktadır. Primsiz sistemde ise, çalışmaya dayalı ve prim ödenmesine bağlı olmaksızın devlet adına özellik arz eden görevlerde bulunan ve başarı sağlayan veya durumu itibarıyla güçsüz, sakat ya da muhtaç durumda olanlara devletçe sağlanan yardımları ifade etmektedir (Levent, 2013). 2006

yılından itibaren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun 2008 yılında uygulamaya konulmuştur. Ülkemizdeki nüfus yapısındaki değişim, mevcut sistemin yetersizliği, sosyal güvenlik kurumlarının ekonomiyeye olumsuz etkileri ve halen sosyal güvenceden mahrum kişilerin olması sosyal güvenlik alanında reform yapılmasını gerekli kılmıştır (Levent, 2013). SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı şeklindeki mevcut sosyal güvenlik kuruluşları, 2006 yılında çıkarılan kanunla bir çatı altında birleştirilmiştir. Böylelikle, işçi, esnaf, çiftçi veya memur tek bir kanuna bağlı olarak, norm ve standart birliği sağlanmıştır. 2012 yılında ise, Genel Sağlık Sigortası uygulamaya konularak, tüm nüfusun zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınması kararlaştırılmıştır. Bu uygulama ile de, herkes genel sağlık sigortası kapsamına alınarak eşit sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır.

2. Sağlık Finansman Sistemleri

Sağlık finansmanı, bir toplumda bireylerin elde ettiği sağlık hizmetine karşılık hangi yolları kullanarak ödeme yaptığına göre değişmektedir. Bu çerçevede esas olarak üç kesim yer almaktadır. Bunlar, sağlık hizmetini talep eden taraf, sağlık hizmetini sunan taraf ve alınan sağlık hizmetinin ücretini ödeyen taraflar olarak ifade edilebilir. Sağlık finansmanını sağlayan kesim, bu çerçevede üçüncü taraf şeklinde değerlendirilmektedir. Hastalanan kişilerin sağlık kurumlarında ilgili uzmanlardan sağlık hizmeti almaları karşılığında yapılan ödemelerin finansmanı temel olarak kamusal veya özel harcamalar niteliğinde olabilmektedir. Sosyal güvenlik sistemine bağlı olarak sağlığın finansmanı bir ülkede değişiklik gösterebilmektedir. Üçüncü taraf ödeyiciler şeklinde karşımıza çıkan özel sigorta kuruluşları veya kamu kuruluşları, bireylerin karşı karşıya kalabilecekleri risklere odaklanarak sigorta yapılmasını esas almaktadır (Erumut, 2015).

Genel olarak değerlendirildiğinde sağlığın finansmanı, kamusal nitelikli finansman modelleri ve özel nitelikli finansman modelleri şeklinde değerlendirilmektedir. Her iki yöntemde kendine özgü ödeme sistemlerini içermektedir. Kamusal nitelikli finansman modeli kendi içinde, sosyal sağlık sigortacılığı modeli ve vergileme yoluyla finansman modeli şeklinde

sınıflanmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı, nakit ödemeler ve tıbbi tasarruf hesapları ise, özel nitelikli finansman modeli içinde yer almaktadır.

2.1. Kamusal Nitelikli Finansman Sistemleri

Kamusal nitelikli finansman modelleri, alınan sağlık hizmetinin kamu tarafından karşılanması esasına dayanmaktadır. Bu yöntem, sosyal sağlık sigortası modeli ve vergileme yoluyla finansman modeli şeklinde iki temel başlıkta incelenmektedir.

Sosyal Sağlık Sigortası modeli, toplumun geneline kapsayan bir niteliğe sahiptir. Nüfusun geneline kapsamı, sisteme dahil olmayı zorunlu kılmaktadır. Sosyal Sağlık Sigortası modelinde katılım zorunludur. İşçi ve işverenler ile kendi adına ve/veya hesabına bağımsız çalışanlar kamu tarafından kurulan sağlık fonuna prim esasına dayalı olarak ödeme yapmak zorundadır. Prim esasına dayalı olarak çalışan bu sistemde, primlerin oluşturduğu fon havuzu kullanılarak sağlık finansmanına ihtiyaç duyan bireylerin ihtiyaçları karşılanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası modeli, belli başlı özellikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bunlar, sistemin finansmanın işçi ve işveren katkılarıyla gerçekleşmesi, nüfusun büyük bir kısmı için zorunlu niteliğe sahip olması, işsiz kişiler lehine devlet tarafından yapılan katkıların hastalık fonları aracılığıyla bu kişilere yönelmesi ve yapılan katkıların kişilerin ödeme gücüne göre düzenlenmesinden oluşmaktadır. Sosyal Sağlık Sigortası modelinde, belli oranlarda, maliyetlerin bir kısmını çalışan bir kısmını da işveren üstlenmektedir ve devlet düzenleyici işlev üstlenerek, belli durumlarda da yoksul durumda bulunan kişilerin primlerine veya kronik hastalıklar türünden sigorta edilmesi zor olan hastalıklara sahip olan kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmanı sağlamaktadır. Bu primler zorunlu olup, özel bir amaç için bir araya getirilerek kamusal kaynak elde edilmektedir. Bu açıdan sistem, yalnızca çalışanları kapsayabileceği gibi vatandaşların bütünü de kapsayabilmektedir. Çalışmayan fakat gelir düzeyi yeterli düzeydeki kişiler primlerini kendileri ödeyerek sisteme dahil olabilmektedir. Gelir düzeyi yetersiz düzeyde bulunan bireylerin primleri ise, devlet tarafından karşılanmaktadır. Sosyal Sağlık Sigortası modeli, belli başlı açılardan olumlu yönlere sahiptir. Sağlık sistemi için daha fazla kaynağın

yaratılması, modelin bütçe görüşmelerine daha az ölçüde bağımlı olması, yüksek düzeyde yeniden dağıtımı sağlaması ve nüfusun geneli tarafından büyük ölçüde destek görmesi, bu özellikler arasında belirtilmektedir. Sosyal Sağlık Sigortası sistemi, toplumda ekonomik bakımdan yetersiz durumda bulunanların sağlık sisteminden dışlanması, elde edilen katkıların ekonomiye olumsuz etkilerinin bulunması, yönetiminin karmaşık bir yapıya sahip olması ve maliyetli oluşu bakımından olumsuz yönlere de sahip olabilmektedir (Erument, 2015).

Vergileme Yoluyla Finansman modeli, adından da anlaşılacağı üzere vergiler aracılığıyla elde edilen gelire dayanmaktadır. Toplumda meydana gelebilecek ve toplumun genelini etkileyebilecek hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi amaçlanmaktadır. Önleme ve tedavi etme amacıyla sunulan sağlık hizmetleri, genel bütçe gelirlerinden karşılanarak, toplumun tamamına sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının vergiler yoluyla gerçekleşmesi, modelin vatandaşların tümünü kapsaması, sağlık hizmeti sunucularının kamusal kuruluşlar olması ve sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık hizmetleri kapsamında yer alması, modelin temel özellikleridir. Vergileme yoluyla finansman modelinin olumlu özellikleri arasında nüfusun büyük bir bölümünü sağlık bakımından oluşacak risklere karşı kapsam içine alması, artan kaynaklar için geniş bir faaliyet alanı sağlaması ve son olarak, yönetsel etkinliğin ve maliyet kontrolünün sağlanması gibi özellikler gösterilmektedir. Vergileme Yoluyla Finansman modeli, belli başlı olumsuz yönlere de sahiptir. İstikrarsız bir fon yapısına sahip olması, sistemde ekonomik açıdan iyi durumda olan kişilere sunulan orantısız faydaların yer alması, politik baskılara olan duyarlılığın fazla oluşu, olumsuz yönler arasında sayılmaktadır (Erument, 2015).

2.2. Özel Nitelikli Finansman Sistemleri

Özel nitelikli finansman modeli, serbest piyasa koşullarına gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetini talep eden ile sağlık hizmeti sunan arasındaki değişimi sağlayabilecek bir denge fiyatı piyasada oluşmaktadır. Sağlık hizmetini alan kişi bunun karşılığı olan ödemeyi doğrudan kendisi yapabileceği gibi üçüncü bir taraf olarak özel sağlık sigortasından da

yararlanabilmektedir. Bireylerin kendi kararları doğrultusunda yapacakları tercihte, kamu kesiminin bir müdahalesi olmamaktadır.

Özel nitelikli finansman modelleri, cepten ödemeler modeli, tıbbi tasarruf hesapları modeli ve özel sağlık sigortacılığı modelinden oluşmaktadır. Cepten ödemeler yoluyla finansman sistemi, bireyin elde ettiği sağlık hizmetinin bedelini doğrudan kendisinin karşılmasıdır. Cepten ödemeler yoluyla finansman yöntemi, bireyin sağlığının bozulması riski açısından bir koruma sunmamaktadır. Hastalık riskine karşı mali açıdan koruma gerçekleştiren özel ve özellikle de kamusal nitelikli finansman yöntemlerinin doğması ve yaygınlaşması, cepten ödemeler yoluyla finansman modelinin sağlık finansmanı içerisindeki ağırlığını zamanla düşük seviyelere indirmiştir. Cepten ödemeler yoluyla finansman modeli doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve enformel ödemeler olarak üç başlık altında incelenmektedir (Erumut, 2015, s. 10).

Doğrudan ödemeler, sosyal sigorta kapsamına girmeyen hizmetler için veya uzun süre sağlık hizmetlerine ulaşımın aksamaması söz konusu olduğunda yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkıları, vergileme yoluyla ya da sosyal sağlık sigortası yoluyla finansman modeli zorluk içerisine girdiğinde sağlık sistemine kullanıcılardan katkı payı olarak ek kaynak sağlanmasıdır. Enformel ödemeler, sağlık sisteminde kayıtlara geçmeyen ve birçok ülkede kanun dışı olarak nitelenen ödemelerdir. Tıbbi tasarruf hesapları modelinde, sağlık hizmetleri piyasa ekonomisi tarafından karşılanmaktadır. Başka bir ifadeyle, bireyler tarafından sağlık hizmetlerini elde etmek için ihtiyaç duyacakları kadar paranın kendileri adına bir banka hesabına yatırılmasını ve bu paranın sadece sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması yöntemidir. Kişisel tasarruf hesaplarından oluşmaktadır. Bu modelde, bireyler ve firmaların sağlığın finansmanı amacıyla hesap açabilmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Özel Sağlık Sigortacılığı, özel nitelikli finansman sistemlerinden bir diğeridir. Sağlık hizmetinin elde edilmesi aşamasında hizmeti sunan ile alan arasında bir özel sağlık sigortası şirketi bulunmaktadır. Hizmetin finansmanında aracı bir kuruluş yer almaktadır. Bu kuruluş prim esasına göre faaliyet göstermektedir. Özel sağlık sigortası yaptıran bireyler, prim ödemesi yaparak kişisel sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaktadır (Erumut, 2015, s. 99).

3. Türkiye’de Sağlık Finansman Sistemi Uygulaması

Türkiye’de 1 Ekim 2018 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulanmaya başlamıştır. Bu kanun, Türkiye’de uygulanmakta olan sağlık sisteminin finansman yapısının sınırlarını belirleyen kanundur. Bu tarihten önceki süreçte, Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanının farklı kurumlar aracılığıyla gerçekleştiği ve daha dağınık bir yapı arz ettiği bilinen bir gerçektir.

3.1. Genel Sağlık Sigortası Uygulaması Öncesinde Finansman Yapısı

Genel Sağlık Sigortası (GSS) Uygulaması öncesinde Türkiye’de finansman yapısı dağınık ve parçalı bir görünüme sahiptir. Bu dönemde sağlık sisteminin finansmanı üç farklı finansman kaynağı yoluyla elde edilmektedir. Bunlardan ilki, Merkezi Yönetim Bütçesinden Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı, diğer kamu sağlık kuruluşları ve fiilen çalışmakta olan kamu görevlilerinin sağlık harcamalarına tahsis edilen vergi gelirleridir. İkincisi, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından bu kurumların üyelerinden toplanan sigorta primleri finansman kaynağıdır. Son olarak ise, sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler ve özel sağlık sigortası uygulaması sistemde yer alan finansman kaynaklarından. 1992 yılından itibaren Yeşil Kart Programı, sağlık hizmetlerini karşılamaya gücü olmayanlara uygulanan bir sağlık finansman kaynağıdır. Türkiye’de bu dönem içerisinde prim toplama esasına dayalı olarak yapılmış üç tane kurum bulunmaktadır. Bu kurumlar SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’dur. SSK, özel sektör çalışanları, kamuda istihdam edilen işçiler ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsayan sigorta hizmetlerini sunmaktadır. Analık, hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı ve emeklilik ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerinin finansmanı çalışanlardan ve işverenlerden tahsil edilen primler yoluyla sağlanmaktadır. SSK’nın sağlık hizmetlerinin yanı sıra emeklilik hizmetleri türünden farklı sigorta türlerinde de faaliyet göstermesi sonucunda giderlerin artması nedeniyle oluşan finansal açık, uzun süreler boyunca devlet desteği ile finanse edilmiştir. Bu durum finansman yapısında etkinsizlik ve verimsizlik yaratan bir süreci beraberinde getirmiştir. Türkiye’de kayıt dışı istihdamın varlığı sonucunda prim tahsilat düzeyinin düşmesi, mevcut finansman açığının daha da derinleşmesine neden olmuştur.

Bağ-Kur, bağımsız olarak çalışanlara ve bu kapsamda yer alan kişilerin bakmakla yükümlü bulunduğu kişilere yönelik olarak oluşturulmuş bir sigorta kuruluşudur. Bağ-Kur kapsamında, esnaf ve sanatkarlar, küçük ölçekte iş sahibi olan iş adamları, bir meslek odası veya derneğe bağlı olan meslek sahipleri ve kooperatifler dışındaki şirketlerin paydaşları yer almaktadır. 1980’li yılların sonuna gelindiğinde üyelerine sağlık hizmetleri sunmaya başlamıştır. Prim yoluyla finansman esası üzerine inşa edilmiştir. Sistemdeki en büyük problem, sisteme tabi olmanın kişilerin kendi inisiyatiflerine bırakılması sebebiyle, bağımsız çalışanların çoğunun sigorta primi ödemek yerine sağlık hizmetleri kapsamı dışında kalmayı tercih etmeleri biçiminde gerçekleşmiştir.

Emekli Sandığı, emekli memurlara yönelik olarak yapılan bir emeklilik fonudur ve üyelerine sağlık sigortasını da içeren diğer faydaları da sağlamaktadır. Aktif olarak çalışan memurlardan ya da emeklilerden toplanan özel bir sağlık sigortası primi yoktur. Program temel olarak devlet bütçesiyle finanse edilmektedir.

Yeşil Kart Uygulaması ile birlikte, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşunun kapsamı altında bulunmayan ve sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılayamayacak kadar yoksul olan kişilerin sağlık hizmetine ulaşımı sağlanmıştır. Bu sistemde, hastanede sunulan yataklı tedavi hizmetinin bedeli Sağlık Bakanlığı Bütçesi Transfer Kaleminden sağlanmaktadır. Bunun dışında yer alan sağlık hizmetleri ise, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu aracılığıyla ödenmektedir.

3.2. Genel Sağlık Sigortası Uygulaması Sonrasında Finansman Yapısı

Genel Sağlık Sigortası, bir ülkede bulunan bireylerin tamamını kapsayacak şekilde sağlık hizmetinin sunulmasını esas almaktadır. Genel sağlık sigortası, bireyleri hastalıklara karşı koruyucu önlemlerin alınması, hastalığın ortaya çıkması halinde ise tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetinin sunulmasını kapsamaktadır. Bu yöntem, 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilmiş ancak, 1 Ekim 2008 tarihinde uygulamaya konulmuştur.

Genel Sağlık Sigortasının uygulanmaya konulmasıyla birlikte, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli değişiklikler olmuştur. Sistemin

kapsadığı nüfusun tanımı daha da genişletilmiş ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumu tamamen birbirinden ayrı tutulmuştur. Mevcut sağlık sigorta kurumları (Emekli sandığı, Bağ-Kur, Yeşil Kart, SSK) bir araya getirilerek, Genel Sağlık Sigortası çatısı altında birleştirilmiştir.

Sosyal sigorta yardımları ile sağlık hizmetleri, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çerçevesinde ayrı uygulamalar olarak dikkate alınmıştır. Her iki uygulamanın kapsamı ve faydalanma şartları yeniden düzenlenerek birbirinden ayrılmıştır. Bu kapsamda Genel Sağlık Sigortası, ülkede bulunan vatandaşların tamamının eşit şekilde sağlık hizmetini elde etmelerini hedeflemektedir. Nitelikli sağlık hizmeti sunumunu en üst seviyeye çıkarmak ve gerekli kontrolü yapmak amaçlanmaktadır. Ekonomideki kaynakların etkin kullanımının sağlanması esas alınmaktadır. Bu sigorta sisteminde finansman, Merkezi Yönetim Bütçesi, SGK, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası kuruluşlarından sağlanmaktadır. Emekliler, prim ödemesinden muaf tutulmuştur. Ayrıca, ekonomik olarak prim ödemeyecek durumda olan kişilerin sağlık finansmanı, devlet tarafından sağlanmaktadır.

Türkiye'de kamusal nitelikli finansman sağlık sisteminin finansmanında önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sağlanan hizmetler de sistem içerisinde yer almaktadır. Türkiye'de GSS kapsamında yer almayan kişiler cepten yaptıkları ödemeler yoluyla ya da özel sağlık kuruluşlarına tabi olarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Özel sağlık kuruluşlarına sistemli bir biçimde ödeyecekleri primler yoluyla özel sigorta kuruluşlarından sağlık hizmetlerinin finansmanını isteyebilmektedirler. 1980'li yıllarla birlikte Türkiye'de sağlık hizmetleri anlamında özel sağlık sigortalarına belli bir oranda talep artmış ve bu durumun sonucu olarak, özel sağlık sigorta kuruluşları sağlık sigortacılığı alanında uzmanlaşmışlar ve üyelerine sağlık hizmetleri sunmuşlardır. Ancak Türkiye'de belli dönemlerde yaşanan ekonomik krizler nedeniyle özellikle 1999-2000 yıllarında özel sağlık sigortacılığı durağan bir dönemin içerisine girmiştir. Sağlık sistemini ağırlıklı olarak kamusal nitelikli finansman modeli ile finanse eden Türkiye'de, özel nitelikli finansman modelleri de sağlık sistemi içerisinde yer almaktadır.

4. 2000-2015 Dönemine Ait Verilerle Sağlık Finansmanı Uygulamaları

Çalışmanın bu bölümünde, Türkiye’de ve Dünya’da sağlık finansmanına ilişkin verilerin incelenmesi ve değerlendirilmesine yer verilmiştir. Sosyal güvenlik hizmetleri ve sağlığın finansmanı, bir ülkenin gelir durumuna ve nüfus yapısına göre değişiklik gösterebilmektedir. Türkiye ve Dünya’da nüfusun dağılımı, sağlık harcamalarının finansmanı, milli gelir ve nüfusun yapısı araştırılmıştır. Veriler, Dünya Bankası veri tabanından elde edilmiştir (Dünya Bankası, The World Bank Database-World Development Indicators, 2018).

4.1. Türkiye’de ve Dünya’da Nüfusun ve Gelirin Yapısı

Dünya nüfusu ve ülkelerin gelirleri dinamik bir yapıya sahip olup, sürekli bir değişim göstermektedir. Ekonomik ve teknolojik gelişmeler, beraberinde sağlık hizmetlerin daha kaliteli sunulmasına ortam hazırlamıştır. Böylelikle, insan ömrü uzamış ve nüfusun yaşlara göre dağılımı değişmiştir. Genç nüfusa göreceli olarak, yaşlı nüfusta artış olmuştur ve bu süreç halen devam etmektedir. Yaşlı nüfustaki artış, ülkeler açısından sosyal güvenlik sistemlerinin gözden geçirilmesini gerekli kılmaktadır (Ofloğlu ve Oran, 2011).

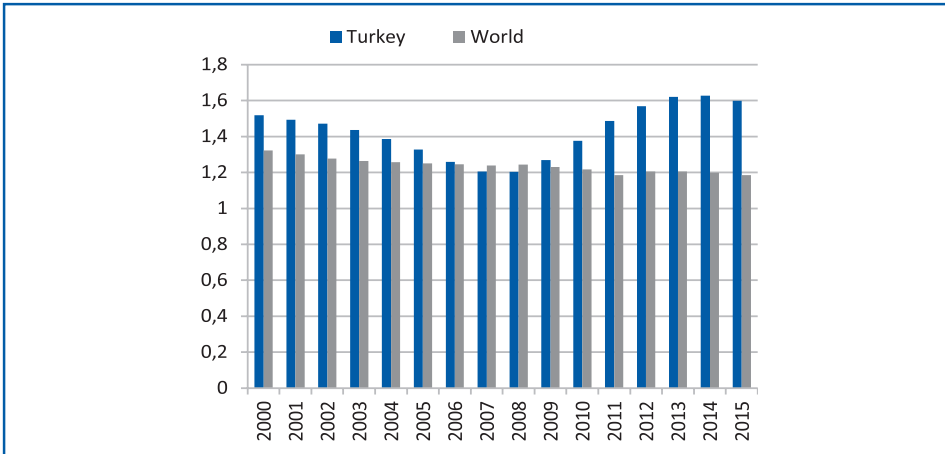
Dünya nüfusundaki artış hızı son yıllarda yavaşlamış ve azalma eğilimine girmiştir. Nüfus artışı, mevcut kaynakların paylaşımı ve kullanımı açısından bir risk unsuru oluşturmaktadır. Hali hazırda kıt kaynakların etkin bir şekilde kullanılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda nüfus artışı, sağlık hizmet sunumunda güçlükler yaşanmasına ve toplumdaki her bir kesimin eşit bir şekilde sağlık hizmeti elde edebilmesini olumsuz etkileyebilmektedir. Türkiye’de ve Dünya’daki nüfus artışı, 2000-2015 dönemi üzerinden incelenmiş ve Dünya Bankası veri tabanından elde edilen bilgiler Tablo 1 ve Grafik 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Türkiye’de ve Dünya’daki Yıllık Yüzde Nüfus Artışı

| Yıl | Türkiye (%) | Dünya (%) | Türkiye-Dünya Fark |
|------|-------------|-----------|--------------------|
| 2000 | 1.52 | 1.32 | 0.20 |
| 2001 | 1.49 | 1.30 | 0.19 |
| 2002 | 1.47 | 1.28 | 0.19 |
| 2003 | 1.44 | 1.26 | 0.17 |
| 2004 | 1.39 | 1.26 | 0.13 |
| 2005 | 1.33 | 1.25 | 0.08 |
| 2006 | 1.26 | 1.25 | 0.01 |
| 2007 | 1.21 | 1.24 | -0.03 |
| 2008 | 1.20 | 1.24 | -0.04 |
| 2009 | 1.27 | 1.23 | 0.04 |
| 2010 | 1.38 | 1.22 | 0.16 |
| 2011 | 1.49 | 1.18 | 0.30 |
| 2012 | 1.57 | 1.21 | 0.36 |
| 2013 | 1.62 | 1.20 | 0.41 |
| 2014 | 1.63 | 1.20 | 0.43 |
| 2015 | 1.60 | 1.18 | 0.41 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası veri tabanından elde edilmiştir.

Grafik 1: Türkiye’de ve Dünya’daki Yıllık Yüzde Nüfus Artışı



Grafik 1’e göre Dünya nüfusundaki yüzde artış hızı 2000-2015 döneminde bir azalma eğilimine girmiştir. Türkiye’de ise, 2000-2007 yıllarında nüfus artış hızı azalırken, 2008-2014 döneminde artış hızının yükseldiği görülmektedir.

Nüfusun yaşlara göre dağılımı sağlık hizmeti sunumunun türü açısından önemlidir. Çoğunluğunu genç nüfusun oluşturduğu bir ülkede, çoğunluğunu yaşlı nüfusun oluşturduğu bir ülkeye oranla sağlık harcamalarının göreceli olarak az olması beklenebilir. Türkiye'deki nüfusun yaşlara göre dağılımı, 15-64 yaş grubu nüfusun diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir. 2000-2015 dönemi açısından Türkiye incelendiğinde, 65 yaş üstü nüfusun artış hızının diğer gruplara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Dünya Bankası Veri Tabanı, 2018). Buna göre, Türkiye'deki yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Bu kapsamda, sosyal güvenlik uygulamaları yaşlı nüfus etkisini de dikkate alacak şekilde planlanmalı ve toplumun ihtiyaçlarına karşılık verebilecek seviyeye getirilmelidir. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerinin önemi artmakta ve bu harcamaların finansmanı daha da önemli hale gelmektedir.

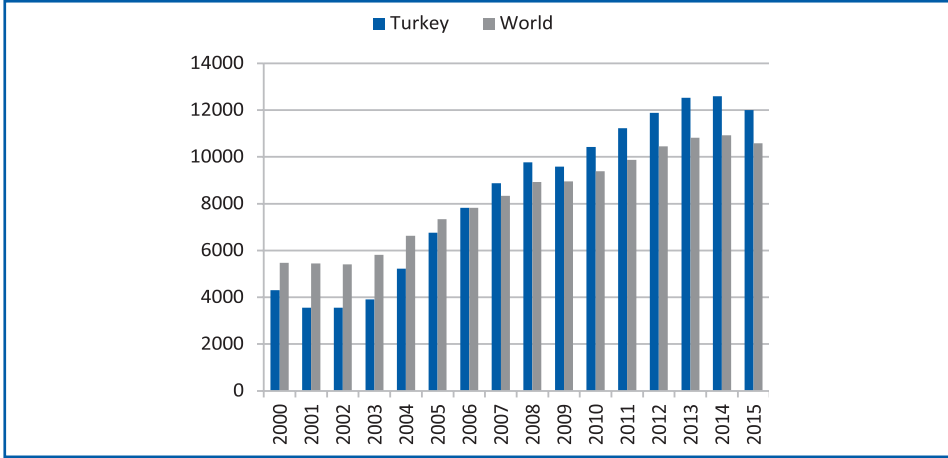
Milli gelir ülkeler tarafından bir yıl içerisinde elde edilen toplam milli geliri ifade etmektedir. Bu gelir, çeşitli harcamalarda ve yatırımlarda kullanılmaktadır. Türkiye'de ve Dünyada Toplam Milli Gelirin 2000-2015 döneminde gösterdiği eğilim Tablo 2 ve Grafik 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Türkiye'de ve Dünya'daki Kişi başına Düşen Milli Gelir (US \$)

| Yıl | Türkiye | Dünya | Türkiye-Dünya Fark |
|------|---------|-------|--------------------|
| 2000 | 4300 | 5475 | -1175 |
| 2001 | 3550 | 5448 | -1898 |
| 2002 | 3560 | 5406 | -1846 |
| 2003 | 3910 | 5807 | -1897 |
| 2004 | 5220 | 6623 | -1403 |
| 2005 | 6760 | 7338 | -578 |
| 2006 | 7820 | 7823 | -3 |
| 2007 | 8880 | 8338 | 542 |
| 2008 | 9770 | 8930 | 840 |
| 2009 | 9580 | 8955 | 625 |
| 2010 | 10430 | 9385 | 1045 |
| 2011 | 11230 | 9870 | 1360 |
| 2012 | 11880 | 10454 | 1426 |
| 2013 | 12530 | 10824 | 1706 |
| 2014 | 12590 | 10925 | 1665 |
| 2015 | 12000 | 10587 | 1413 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir.

Grafik 2: Türkiye’de ve Dünyadaki Kişi Başına Düşen Milli Gelir (US \$)



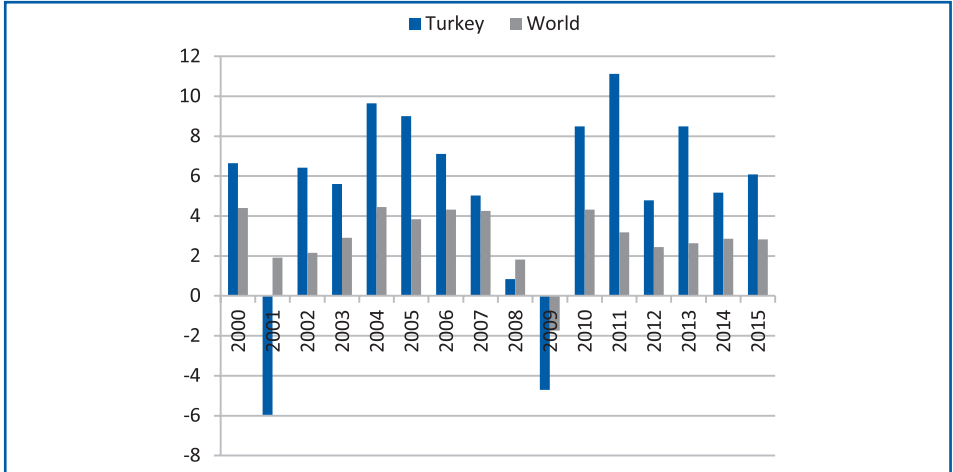
Grafik 2’ye göre, 2000-2015 döneminde Dünyadaki ortalama kişi başına düşen milli gelir önemli derecede artış göstermektedir. Benzer şekilde Türkiye’de de kişi başına düşen milli gelir artmıştır. Bu artış, bireylerin yaşamlarını sürdürmek için gerekli olan ihtiyaçlarını daha kolay karşılayabilmelerine ortam hazırlamaktadır. Bireysel refahın artması, daha sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum için milli gelirdeki artış önemli bir unsurdur.

Gayri Safi Yurt içi Hasıla, ülke içindeki faaliyetler sonucunda elde edilen gelirleri ifade etmektedir. Türkiye’de ve Dünyadaki Gayri Safi Yurt içi Hasılanın yüzde değişimi Tablo 3 ve Grafik 3’te sunulmuştur.

Tablo 3: Türkiye’de ve Dünya’daki Gayri Safi Yurt içi Hasıla (Yıllık % değişim)

| Yıl | Türkiye | Dünya |
|------|---------|-------|
| 2000 | 6.64 | 4.40 |
| 2001 | -5.96 | 1.92 |
| 2002 | 6.43 | 2.15 |
| 2003 | 5.61 | 2.91 |
| 2004 | 9.64 | 4.46 |
| 2005 | 9.01 | 3.84 |
| 2006 | 7.11 | 4.32 |
| 2007 | 5.03 | 4.25 |
| 2008 | 0.85 | 1.82 |
| 2009 | -4.70 | -1.74 |
| 2010 | 8.49 | 4.32 |
| 2011 | 11.11 | 3.18 |
| 2012 | 4.79 | 2.45 |
| 2013 | 8.49 | 2.63 |
| 2014 | 5.17 | 2.86 |
| 2015 | 6.09 | 2.83 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir.

Grafik 3: Türkiye’de ve Dünya’daki Gayri Safi Yurt içi Hasıla (Yıllık % değişim)

Grafik 3’e göre Dünyada Gayri Safi Yurt içi Hasılanın 2000-2015 döneminde sürekli bir değişim gösterdiği, 2009 finansal krizinde önemli seviyede azaldığı dikkati çekmektedir. Benzer şekilde Türkiye’de de Gayri Safi Yurt içi Hasıla

ilgili dönemde dalgalanma göstermektedir. Türkiye’de 2001 ve 2009 finansal krizlerinin etkisiyle, Gayri Safi Yurt içi Hasıladaki yüzde değişim negatif değerlere düşmüştür.

4.2. Türkiye ve Dünya’da Sağlık Finansmanı

4.2.1. Kamu Sektörüne Ait Sağlık Harcamalarının İncelenmesi

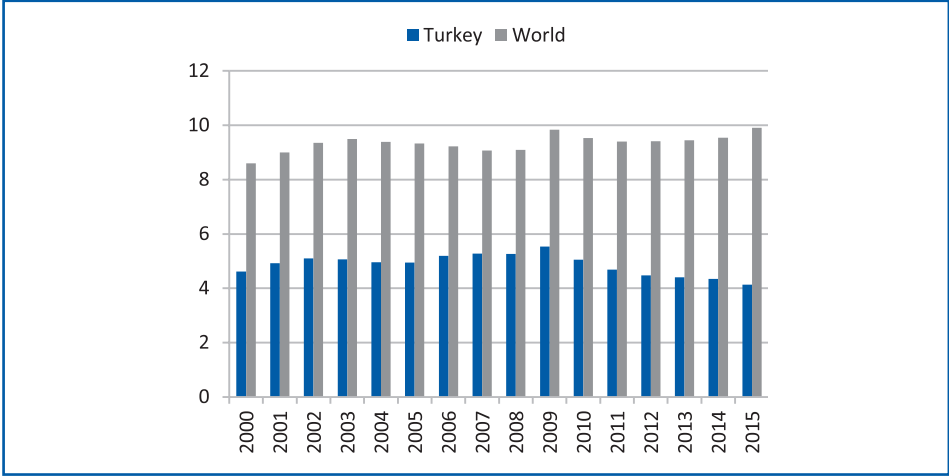
Sağlık harcamaları çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu harcamaların iki ana grupta toplanmakta, özel sağlık harcamaları ve devlete ait sağlık harcamaları şeklinde incelenmektedir. Bu çalışmada, Türkiye’de ve Dünya’da Toplam Cari Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurt içi Hasıla içindeki payı incelenmiştir. Ülkelerin milli gelirleri Gayri Safi Yurt içi Hasıla olarak ifade edilmektedir. Elde edilen gelirin cari sağlık harcamalarına aktarılma oranı, o ülkedeki sağlık sisteminin etkin bir şekilde yürütülebilmesi açısından önemlidir. Türkiye’de ve Dünyada cari sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt içi Hasıla içindeki yüzdesi hesaplanarak Tablo 4’te ve Grafik 4’te sunulmuştur.

Tablo 4: Türkiye’de ve Dünyadaki Toplam Cari Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurt içi Hasıla İçindeki Oranı

| Yıl | Türkiye(%) | Dünya(%) |
|------|------------|----------|
| 2000 | 4.62 | 8.60 |
| 2001 | 4.92 | 9.00 |
| 2002 | 5.10 | 9.35 |
| 2003 | 5.06 | 9.50 |
| 2004 | 4.96 | 9.39 |
| 2005 | 4.94 | 9.33 |
| 2006 | 5.19 | 9.23 |
| 2007 | 5.28 | 9.08 |
| 2008 | 5.26 | 9.09 |
| 2009 | 5.53 | 9.84 |
| 2010 | 5.05 | 9.53 |
| 2011 | 4.69 | 9.40 |
| 2012 | 4.48 | 9.41 |
| 2013 | 4.40 | 9.45 |
| 2014 | 4.35 | 9.54 |
| 2015 | 4.14 | 9.91 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir.

Grafik 4: Türkiye’de ve Dünya’daki Toplam Cari Sağlık Harcamalarının Gayri safi Yurt içi Hasıla İçindeki Oranı



Grafik 4’e göre Dünyadaki toplam cari sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt içi Hasıla içindeki oranına bakıldığında 2000-2015 döneminde dalgalı bir seyir izlediği görülmektedir. Cari sağlık harcamalarındaki artış, 2015 yılında en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Türkiye açısından bakıldığında, benzer bir değişim görülmesine karşın, son yıllarda bir azalma gösterdiği de dikkati çekmektedir.

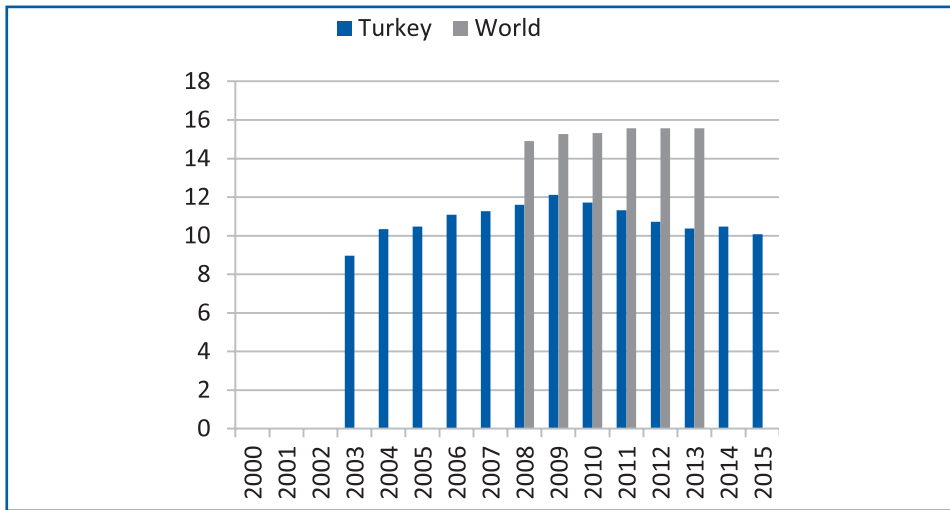
Sağlık harcamalarının finansmanı kamuya ait sağlık harcamaları ve özel sektöre ait sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Türkiye’de ve Dünyada toplam kamuya ait sağlık harcamalarının genel devlet harcamaları içindeki payı incelenmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda kamuya ait sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payının nasıl şekillendiği, o ülkedeki sağlık harcamalarını yüklenen kesim açısından bilgi vermektedir. Türkiye’de ve Dünyada kamu tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki oranı Tablo 5’te ve Grafik 5’te sunulmuştur.

Tablo 5: Türkiye’de ve Dünyadaki Toplam Kamuya Ait Sağlık Harcamalarının Genel Devlet Harcamaları İçindeki Oranı

| Yıl | Türkiye (%) | Dünya (%) |
|------|-------------|-----------|
| 2000 | .. | .. |
| 2001 | .. | .. |
| 2002 | .. | .. |
| 2003 | 8.96 | .. |
| 2004 | 10.33 | .. |
| 2005 | 10.48 | .. |
| 2006 | 11.09 | .. |
| 2007 | 11.27 | .. |
| 2008 | 11.60 | 14.91 |
| 2009 | 12.12 | 15.27 |
| 2010 | 11.72 | 15.32 |
| 2011 | 11.32 | 15.57 |
| 2012 | 10.72 | 15.57 |
| 2013 | 10.37 | 15.57 |
| 2014 | 10.47 | .. |
| 2015 | 10.07 | .. |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir.

Grafik 5: Türkiye’de ve Dünyadaki Toplam Kamuya Ait Sağlık Harcamalarının Genel Devlet Harcamaları İçindeki Oranı



Grafik 5'e göre Türkiye'de genel devlet harcamaları içindeki kamuya ait sağlık harcamalarının payı 2003-2009 döneminde artış göstermiştir. Buna karşın, 2009-2015 döneminde ise kademeli bir şekilde azaldığı görülmektedir. Buna göre son yıllarda devlet harcamaları içindeki kamuya ait sağlık harcamaları payının azaldığı anlaşılmaktadır.

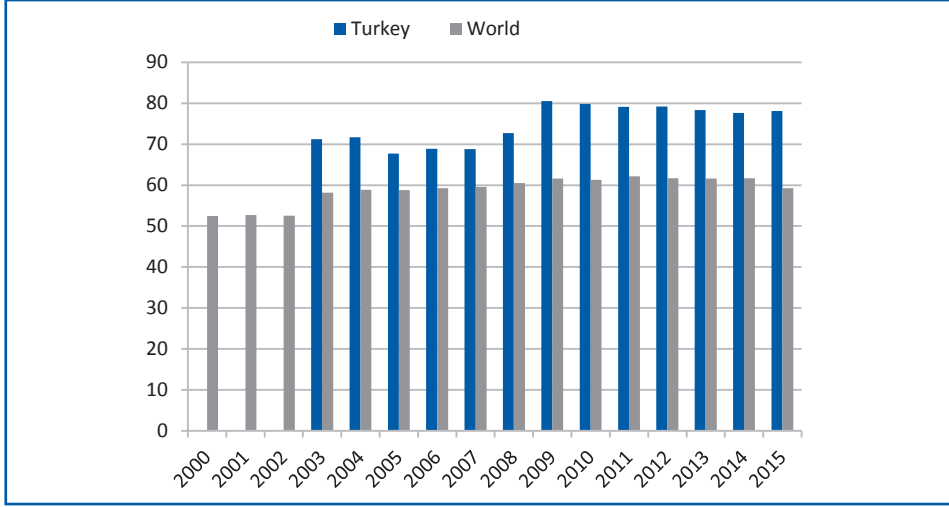
Türkiye'de ve Dünyada yurt içi genel kamu sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içindeki payının yıllara göre gösterdiği eğilim, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların düzeyini göstermektedir. Türkiye'de ve Dünyada yurt içi genel kamu sağlık harcamalarının cari sağlık harcamalarının içindeki payının yıllara göre gösterdiği eğilim Tablo 6 ve Grafik 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Türkiye'de ve Dünyadaki Yurt içi Genel Kamu Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı

| Yıl | Türkiye (%) | Dünya (%) |
|------|-------------|-----------|
| 2000 | .. | 52.47 |
| 2001 | .. | 52.72 |
| 2002 | .. | 52.53 |
| 2003 | 71.21 | 58.13 |
| 2004 | 71.70 | 58.86 |
| 2005 | 67.75 | 58.78 |
| 2006 | 68.85 | 59.25 |
| 2007 | 68.78 | 59.61 |
| 2008 | 72.69 | 60.54 |
| 2009 | 80.50 | 61.58 |
| 2010 | 79.81 | 61.29 |
| 2011 | 79.13 | 62.18 |
| 2012 | 79.17 | 61.68 |
| 2013 | 78.35 | 61.58 |
| 2014 | 77.61 | 61.72 |
| 2015 | 78.13 | 59.25 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir.

Grafik 6: Türkiye’de ve Dünyadaki Yurt içi Genel Kamu Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı



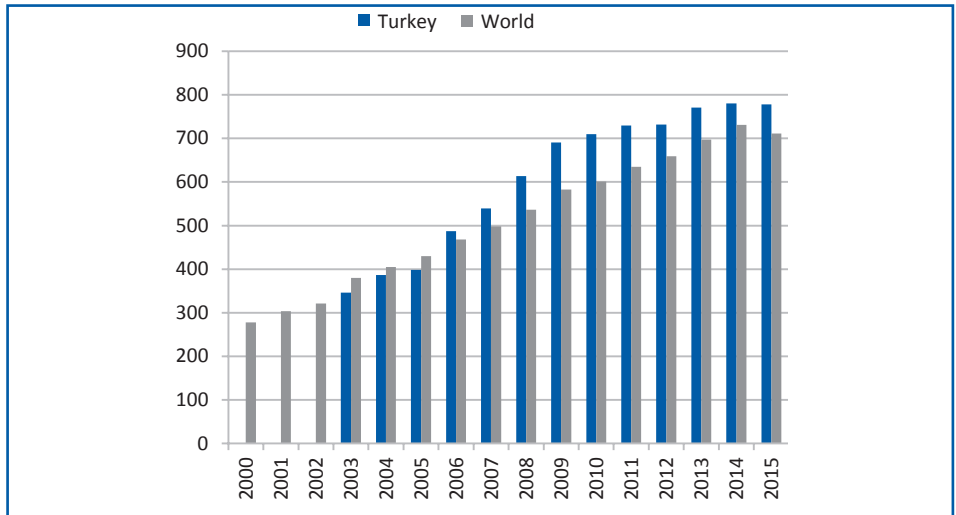
Grafik 6’ya göre, Dünyada yurt içi genel kamu sağlık harcamalarının cari sağlık harcamalarının içindeki payının ortalama düzeyleri genel olarak stabil görülmektedir. Buna karşın Türkiye’de 2009 yılında en yüksek seviyeye ulaşmış olup, son yıllarda kısmen de olsa azalma gösterdiği anlaşılmaktadır.

Türkiye’de ve Dünyada Kişi Başına Düşen Yurt içi Genel Kamu Sağlık Harcamaları incelenmiştir. Türkiye’de ve Dünyada kişi başına düşen yurt içi genel kamuya ait sağlık harcamaları, tutar olarak incelendiğinde 2000-2015 döneminde son yıllara göre harcamaların arttığı görülmektedir. Türkiye’de ve Dünyada kişi başına düşen yurt içi genel kamuya ait sağlık harcamalarının tutarı Tablo 7 ve Grafik 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Türkiye’de ve Dünyadaki Kişi Başına Düşen Yurt içi Genel Kamu Sağlık Harcamaları (US \$)

| Yıl | Türkiye | Dünya |
|------|---------|--------|
| 2000 | .. | 277.62 |
| 2001 | .. | 303.19 |
| 2002 | .. | 321.38 |
| 2003 | 345.95 | 379.61 |
| 2004 | 386.49 | 405.12 |
| 2005 | 397.97 | 429.53 |
| 2006 | 486.84 | 468.21 |
| 2007 | 539.02 | 498.32 |
| 2008 | 613.56 | 536.59 |
| 2009 | 690.57 | 582.74 |
| 2010 | 709.94 | 600.97 |
| 2011 | 729.30 | 634.95 |
| 2012 | 731.69 | 659.02 |
| 2013 | 770.57 | 697.26 |
| 2014 | 780.38 | 731.03 |
| 2015 | 778.19 | 711.29 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir. Değerler, Amerikan Dolarını ifade etmektedir.

Grafik 7: Türkiye’de ve Dünyadaki Kişi Başına Düşen Yurt içi Genel Kamu Sağlık Harcamaları (US \$)

Grafik 7'ye göre Türkiye'de ve Dünyada kişi başına düşen yurt içi genel kamuya ait sağlık harcamalarının tutarı yıllara göre sistematik bir artış göstermektedir. Dünya ortalamasıyla karşılaştırıldığında, Türkiye'de kişi başına düşen yurt içi genel kamu sağlık harcamaları düzeyinin daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Dünyadaki gelişime paralel olarak son yılda azalma olduğu görülmektedir.

4.2.2. Türkiye'de ve Dünya'da Özel Sağlık Harcamalarının İncelenmesi

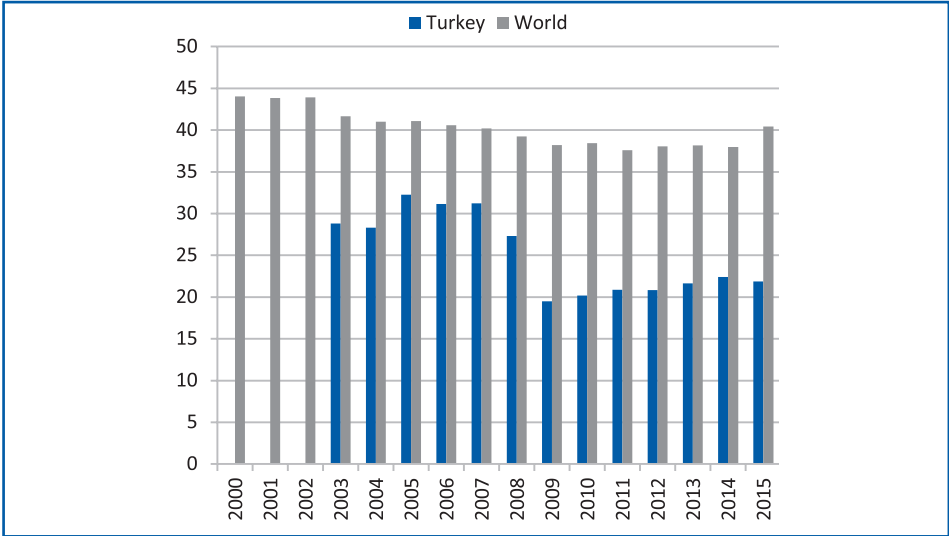
Sağlık hizmeti sunumunda kamunun yaptığı harcamaların yanında özel sağlık sistemine ait harcamalarda yer almaktadır. Türkiye'de ve Dünyada yapılan özel sağlık harcamalarının nasıl şekillendiği bu çalışmada incelenmiştir. Türkiye'de ve Dünyada cari sağlık harcamalarının yüzdesi olarak yurt içi özel sağlık harcamalarının düzeyi, bir ekonomide özel kesimin hangi oranda sağlık sistemine katkı sunduğunu göstermektedir. Ayrıca, bireylerin kendi ceplerinden yaptıkları sağlık harcamaları hakkında fikir vermektedir. Türkiye'de ve Dünyada yurt içi özel sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içindeki payı Tablo 8'de ve Grafik 8'dey almaktadır.

Tablo 8: Türkiye'de ve Dünyadaki Yurt içi Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı

| Yıl | Türkiye (%) | Dünya (%) |
|------|-------------|-----------|
| 2000 | .. | 44.03 |
| 2001 | .. | 43.85 |
| 2002 | .. | 43.93 |
| 2003 | 28.79 | 41.64 |
| 2004 | 28.30 | 40.99 |
| 2005 | 32.25 | 41.06 |
| 2006 | 31.15 | 40.58 |
| 2007 | 31.22 | 40.21 |
| 2008 | 27.31 | 39.26 |
| 2009 | 19.50 | 38.21 |
| 2010 | 20.19 | 38.45 |
| 2011 | 20.87 | 37.57 |
| 2012 | 20.83 | 38.05 |
| 2013 | 21.65 | 38.17 |
| 2014 | 22.39 | 37.99 |
| 2015 | 21.87 | 40.44 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir.

Grafik 8: Türkiye’de ve Dünyadaki Yurt içi Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı



Grafik 8’e göre Türkiye’de yurt içi özel sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içindeki oranı 2009 yılında en düşük düzeyde elde edilmiştir. 2005-2009 döneminde özel sağlık harcamalarında önemli bir azalma olduğu dikkati çekmektedir. Son yıllarda izlenen eğilim ise, daha durağan bir seyir göstermektedir. Dünya genelinde özel sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içindeki oranı incelendiğinde, bu oranın 2000-2015 döneminde genel olarak azalma eğiliminde olduğu dikkati çekmektedir. Ancak Türkiye’deki azalmanın göreceli olarak daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

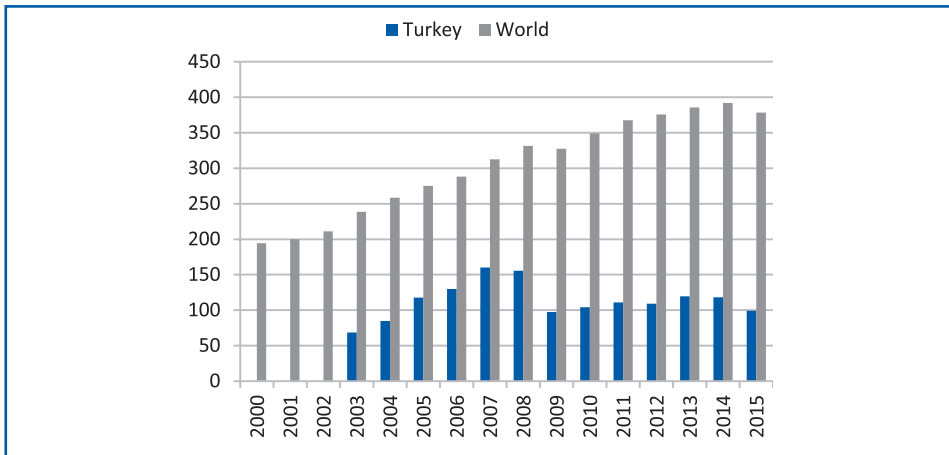
Türkiye’de ve Dünyada Kişi Başına Düşen Yurt içi Özel Sağlık Harcamaları incelenmiştir. Sağlık sisteminin finansmanında kişi başına düşen özel sağlık harcamalarının tutarı bir ülke ekonomisi açısından önem arz etmektedir. Bu tutarın yüksek olması, sağlığın finansmanında o ülkedeki bireylerin önemli katkılar sağladığını göstermektedir. Türkiye’de ve Dünyada kişi başına düşen yurt içi özel sağlık harcamaları Tablo 9 ve Grafik 9’da sunulmuştur.

Tablo 9: Türkiye’de ve Dünyadaki Kişi Başına Düşen Yurt içi Özel Sağlık Harcamaları (US \$)

| Yıl | Türkiye | Dünya |
|------|---------|--------|
| 2000 | .. | 194.25 |
| 2001 | .. | 199.85 |
| 2002 | .. | 211.33 |
| 2003 | 68.73 | 238.67 |
| 2004 | 84.77 | 258.66 |
| 2005 | 117.70 | 275.27 |
| 2006 | 129.85 | 288.44 |
| 2007 | 160.06 | 312.65 |
| 2008 | 155.83 | 331.75 |
| 2009 | 97.52 | 327.57 |
| 2010 | 104.24 | 349.25 |
| 2011 | 110.96 | 367.74 |
| 2012 | 109.31 | 375.90 |
| 2013 | 119.59 | 385.91 |
| 2014 | 118.07 | 392.04 |
| 2015 | 99.41 | 378.38 |

Kaynak: Tablodaki veriler Dünya Bankası Veri Tabanından elde edilmiştir. Değerler, Amerikan Dolarını ifade etmektedir.

Grafik 9: Türkiye’de ve Dünyadaki Kişi Başına Düşen Yurt içi Özel Sağlık Harcamaları (US \$)



Grafik 9'a göre, dünyada kişi başına düşen yurt içi özel sağlık harcamaları 2000-2015 döneminde bir artış eğilimi göstermektedir. 2014 yılında dünyadaki özel sağlık harcamaları en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Türkiye'de ise, aynı dönemde özel sağlık harcamalarının dalgalanma gösterdiği görülmektedir. 2007 yılında özel sağlık harcamaları en üst seviyeye ulaşmıştır. Son yıllarda ise, giderek azaldığı anlaşılmaktadır.

Sonuç

Bu çalışmada, sosyal güvenlik uygulaması ve sağlık finansman sistemlerinin incelenerek, Türkiye ve Dünyadaki mevcut durum değerlendirilmiştir. Türkiye'de ve Dünyada sosyal güvenlik politikalarının sonuçları karşılaştırılarak, ülkemiz açısından sosyal güvenlik ve sağlık finansman sistemlerinin etkin bir şekilde uygulanıp uygulanmadığı hakkında mevcut durum tespit edilmiştir. Sağlık finansman sistemlerinden, kamusal nitelikli finansman sistemleri ve özel nitelikli finansman sistemleri detaylı bir şekilde incelenerek, kamu ile özel sağlık harcamaları hakkında ortaya çıkan sayısal veriler değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, Türkiye'de ve Dünyada sağlık finansman sisteminin mevcut durumu, nüfusun genel yapısı, toplam milli gelir, devlete ait sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları Dünya Bankası Veri Tabanı'ndan (2018) elde edilen veriler üzerinden araştırılmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, Türkiye'de ve Dünyada nüfus artış hızı incelendiğinde, özellikle 2008 yılından sonraki dönemde Türkiye'deki nüfus artış hızının dünya ortalamasına oranla daha hızlı bir artış gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte, Türkiye'de toplam milli gelirin 2003 yıllarından başlayarak bir artış eğiliminde olduğu ve bu artışın dünya ortalamasına göreceli olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de ve Dünyada Gayri Safi Yurt içi Hasılanın 2000-2015 döneminde sürekli bir değişim gösterdiği, 2009 finansal krizinde önemli seviyede azaldığı tespit edilmiştir. Türkiye'de 2001 ve 2009 finansal krizlerinin etkisiyle, Gayri Safi Yurt içi Hasıladaki yüzde değişim negatif değerlerde elde edilmiştir. Türkiye'de genel devlet harcamaları içindeki devlete ait sağlık harcamalarının payı 2003-2009 döneminde artmış, ancak, 2009-2015 döneminde ise kademeli bir şekilde azalmıştır. Son yıllarda devlet harcamaları içindeki devlete ait sağlık harcamaları payının azaldığı tespit edilmiştir. Gayri Safi Yurt içi Hasıla içindeki toplam cari sağlık harcamaları

konusunda Dünya ortalamasına bakıldığında, 2000-2015 döneminde dalgalı bir seyir izlediği belirlenmiştir. Benzer şekilde Türkiye'de de değişken bir yapının olduğu ancak son yıllarda Gayri Safi Yurt içi Hasıla içindeki toplam cari sağlık harcamalarının artış göstermiştir.

Bu çalışmada Türkiye ve Dünya'daki özel sağlık harcamalarının gösterdiği değişim araştırılmıştır. Dünya Bankası verilerine göre, Dünyada kişi başına düşen yurt içi özel sağlık harcamaları 2000-2015 döneminde bir artış eğilimi göstermektedir. 2014 yılında dünyadaki özel sağlık harcamaları en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Türkiye'de ise, aynı dönemde özel sağlık harcamalarının değişken olduğu saptanmıştır. Türkiye'de 2007 yılında özel sağlık harcamaları en üst seviyeye ulaşmıştır. Dünya'da cari sağlık harcamalarının içindeki yurt içi genel devlet sağlık harcamalarının payının ortalama düzeyleri genel olarak durağan olduğu saptanmıştır. Buna karşın Türkiye'de 2009 yılında en yüksek seviyeye ulaşmış olup, son yıllarda azalma gösterdiği anlaşılmaktadır.

Sağlık finansmanının dünyada ve Türkiye'deki gelişimi ve değişiminin ortaya konulması uygulanan sağlık ve sosyal güvenlik politikalarının ne derece etkili olduğu hakkında fikir vermektedir. Türkiye'de ortalama yaşam süresinin yükseldiği ve 65 yaş üstü nüfusun arttığı da dikkate alındığında, gelecek dönemlerde sosyal güvenlik sisteminin ve sağlık finansmanı konularının daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve projeler geliştirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Kaynakça

- Alper, Y. (2008). ABD Sosyal Güvenlik Sistemi Bir Model Olabilir Mi?. *Çimento İşveren Dergisi*, Mart-Nisan, 1-28.
- Çelik, A. (2013). *Sosyal Politikanın Kökleri ve Gelişimi*.
<https://Azizcelik2013.Files.Wordpress.Com/2013/10/Sosyal-Politikanc4b1n-Kc3b6kleri-Vegelisimi.Pdf>, Erişim Tarihi 06.06.2018.
- Dilik, S. (1988). Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 43(1-2), 41-80.
- Dünya Bankası Veri Tabanı. (2018) The World Bank Data <https://data.worldbank.org/>
- Erumut, M. C. (2015). Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 15, 93-126.
- Güzel, A. (2005). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mü?. *Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 4, 61-76.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kıroğlu, M. M. K. (2006). Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması: AB ve Latin Amerika Ülkelerinde Emeklilik Reformları. *İktisat Dergisi*, 478, 18-30.
- Korkmaz, S. (2007). *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Finansman Açıkları Ve Sosyal Güvenlik Kurumunun Bu Açıklar Üzerindeki Olası Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Levent, R. (2013). *Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Gelişimi*. İş Ve Sosyal Güvenlik Mevzuat Bilgi Kültür Haber Platformu, <Http://Www.İsvesosyalguvenlik.Com/Dunyada-Ve-Turkiyede-Sosyal-Guvenligingelisimi/>
- Ofluoğlu, G., Oran, S. (2011). Farklı Ülke Deneyimleri Çerçevesinde Özel Emeklilik Programlarının Oluşumu ve Ortaya Çıkardığı Sonuçlar. *Kamu-İş Dergisi*, 12(1), 43-71.
- Oran, S. (2010). *Sosyal Güvenliğin Dönüşümünde Emeklilik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

- SGK 2012/41 Sayılı Genelge. (2012). Sağlık Hizmet Sunucuları İnceleme Ve Kontrol Standartları, Ankara: Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, 15-20.
- Özmen, Z. (2017). Refah Modelleri Açısından Avrupada ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 88-117.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103-133
- Taşçı, F. (2013). Avrupa Birliği Sosyal Güvenlik Sistemi Ve Türkiye: Harcamalar Üzerinden Karşılaştırma. *Kamu-İş Dergisi*, 13(1), 59-101.
- Zengin, E., Şahin, A., Özcan, S.(2012). Türkiye’de Sosyal Yardım Uygulamaları. *Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 19(2), 133-142.

